

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

XI CONGRESO NACIONAL. Lleida, octubre 1997

“PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA COMPRENSIÓN PSICODINÁMICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE”

- P. FERRARI Modelo psicoanalítico de comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces.
- G. FAVA VIZZIELLO Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros.
- B. GOLSE Importancia de la forma y del continente en la instauración del psiquismo del bebé.
- A. BRACONNIER Emergencias ansiosas en la adolescencia.
- F. MARTI FILIPO
y J. OTERO RODRÍGUEZ Aspectos psicodinámicos y psicoterapéuticos de la consulta pública.
- M. SOULE La cuestión de una posible búsqueda de sus progenitores por el niño adoptado, y la novela familiar.
- C. CRISTÓBAL SERRA,
C. MARTIN IZARD,
M.L. MIQUEL PUIGSERVER
y A. GOMILA BLANCH Análisis de la demanda. Caso clínico.
- N. FILLAT TRAVESET Víctor, un niño deprimido.
- V. MIRABENT JUNYENT
y E. TORRAS DE BEA La comprensión psicodinámica y la salud mental: el psicólogo en la escuela.
- M. A. MARSELLES VIDAL Una experiencia en la aplicación de medidas preventivas para el mejor desarrollo psicológico y emocional de la población infantil de una comarca.
- J. LÓPEZ CASTAN,
C. FEU RAVENTOS,
J. COMPANYYS CANADELL
y T. MACIA QUEROL El asesoramiento psicopedagógico: Consideraciones en torno a una relación.
- * * * *
- A. LASA ZULUETA Renè Diatkine.
- G. FAVA VIZZIELLO Como los compañeros interactúan con un niño autista en una clase normal.

N.ºS 23/24 1997

**(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y del Adolescente)**

JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

Presidente:

Alberto Lasa Zulueta (Bilbao)

Vicepresidente:

Marian Fernández Galindo (Madrid)

Secretario:

L. Fernando Cabaleiro Fabeiro (Madrid)

Vicesecretario:

Ana Jiménez Pascual (Ciudad Real)

Tesorero:

Jaume Baró Aylon (LLeida)

Publicaciones:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Vocales:

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Amparo Escrivá Catala (Madrid)

Alicia Sánchez Suárez (Madrid)

M.^a Carmen Navarro Rodero (Salamanca)

Director de la Revista:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Envíos:

Manuel Hernanz Ruiz

Heros, 19-6.º dcha.

48009 Bilbao

E-mail: mhernanz@correo.cop.es

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

XI CONGRESO NACIONAL. Lleida, octubre 1997 "PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA COMPRESIÓN PSICODINÁMICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE"

P. FERRARI	Modelo psicoanalítico de comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces.	5
G. FAVA VIZZIELLO	Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros.	23
B. GOLSE	Importancia de la forma y del continente en la instauración del psiquismo del bebé.	51
A. BRACONNIER	Emergencias ansiosas en la adolescencia.	61
F. MARTI FILIPO y J. OTERO RODRÍGUEZ	Aspectos psicodinámicos y psicoterapéuticos de la consulta pública.	67
M. SOULE	La cuestión de una posible búsqueda de sus progenitores por el niño adoptado, y la novela familiar.	87
C. CRISTÓBAL SERRA, C. MARTIN IZARD, M.L. MIQUEL PUIGSERVER y A. GOMILA BLANCH	Análisis de la demanda. Caso clínico.	95
N. FILLAT TRAVESET	Víctor, un niño deprimido.	101
V. MIRABENT JUNYENT y E. TORRAS DE BEA	La comprensión psicodinámica y la salud mental: el psicólogo en la escuela.	111
M. A. MARSELLES VIDAL	Una experiencia en la aplicación de medidas preventivas para el mejor desarrollo psicológico y emocional de la población infantil de una comarca.	121
J. LÓPEZ CASTAN, C. FEU RAVENTOS, J. COMPANYYS CANADELL y T. MACIA QUEROL	El asesoramiento psicopedagógico: Consideraciones en torno a una relación.	131
* * * *		
A. LASA ZULUETA	Renè Diatkine.	141
G. FAVA VIZZIELLO	Como los compañeros interactúan con un niño autista en una clase normal.	151

N.ºS 23/24 1997

**(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y del Adolescente)**

Edita: Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño
y del Adolescente

Imprime: Berekintza, S.L.
Heros, 7 - 48009 Bilbao

D. L.: BI-1.383-95

MODELO PSICOANALÍTICO DE COMPRESIÓN DEL AUTISMO Y DE LAS PSICOSIS INFANTILES PRECOCES*

Pierre Ferrari**

El autismo es una afección de determinismo plurifactorial en la que, en proporciones variables, aparecen implicados factores genéticos, biológicos y psicológicos. El modelo de comprensión que vamos a presentar no aspira a erigirse en un modelo con pretensiones etiológicas ni explicativas de la génesis de los estados autistas.

Este modelo se basa en un postulado fundamental que sirve de guía para nuestra práctica y de fundamento para nuestra ética y que podría resumirse así: todo niño autista, sea cual sea la naturaleza y la gravedad de sus trastornos, debe de ser reconocido como sujeto portador de una historia personal única y portador de una vida psíquica específica por mucho que la misma aparezca gravemente desorganizada durante el examen. Hay que considerarlo como un sujeto capaz, a condición de que se le ofrezcan las posibilidades, de organizar una vida relacional con su entorno, vida relacional cuya naturaleza e importancia convendría reconocer. Por lo tanto, el niño autista es portador de una vida psíquica que organiza sus modelos rela-

* Ponencia presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA), que bajo el título: "Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente" se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Catedrático de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Universidad de París. Sud. Director de la Fundación Vallée. Gentilly (Francia).

cionales con su entorno, que origina su sufrimiento actual y que es movilizable y susceptible de mejorar en su funcionamiento.

Este modelo pretende detectar ciertos mecanismos que, presentes en el niño autista o psicótico, puedan ser aprehendidos por un observador o un terapeuta que utiliza conceptos provenientes del campo del psicoanálisis. Sin embargo, el modelo psicoanalítico clásico utilizado en los estados neuróticos o psicóticos del adulto no permite explicar la totalidad de los fenómenos observados en el niño psicótico, de ahí que nos veamos obligados a recurrir a otros conceptos provenientes de autores que se sitúan particularmente en el campo del movimiento post-kleiniano.

Antes de adentrarnos en el meollo del tema conviene aclarar una serie de puntos.

- a) A mi entender, más que una heterogeneidad, lo que hay es una continuidad tanto a nivel clínico como metapsicológico entre las psicosis autistas y las psicosis no autistas precoces y, además, existen formas de paso entre unas y otras. En el caso de las psicosis no autistas, no se trata únicamente de que haya "trastornos invasivos" del desarrollo (DSM-3-R), sino de que, al igual que en el caso del autismo, se trata de auténticas formas de psicosis en las que las modalidades del funcionamiento psíquico, aun manteniendo su originalidad, se muestran en continuidad con las del funcionamiento propiamente autista.
- b) El modelo que presentamos plantea un tema importante: saber si los mecanismos así descritos corresponden a una fijación en un estado anterior a la constitución de la psique (dicho de otra manera, ¿habría una posición autista?), o se trata de un reajuste defensivo ante determinadas amenazas cuya naturaleza en el caso de un niño que intenta acceder a una relación con el mundo y con los objetos vamos a intentar precisar más adelante;

así, el carácter defensivo de estos mecanismos explicaría la resistencia al cambio de los estados autistas.

- c) Señalar finalmente, para terminar esta introducción, en relación a éste modelo propuesto por nosotros, que se trata de un modelo inacabado e incompleto susceptible de múltiples reajustes y aportaciones posteriores.

1) Una de las características del funcionamiento autista es la importancia que tiene en el mismo la auto-sensorialidad que se caracteriza por la atracción que ejercen sobre el self ciertas sensaciones: sensaciones-huellas (autistas, shaps de TUSTIN), sensaciones que ejercen un fuerte poder de atracción sobre el self del niño autista. De esta manera, el objeto productor de las sensaciones se muestra como indisolublemente unido a la propia sensación, en una relación de identidad entre la zona corporal así estimulada y el objeto estimulante.

Este aferramiento sensorial de la psique viene a consecuencia de una desorganización del funcionamiento psíquico, de una especie de automutilación conceptualizada por D. MELTZER de forma muy interesante bajo el nombre de "desmantelamiento" que él mismo define como "un desfallecimiento de la consensualidad que lleva a que los diferentes sentidos se vinculen al objeto más estimulante del momento de forma disociada. Entonces, el self se reduce a una multitud de acontecimientos unisensoriales no utilizables para alimentar un funcionamiento psíquico normal y no disponibles, por tanto, para la memoria y el pensamiento.

2) Se puede entender este desmantelamiento como un mecanismo defensivo puesto en funcionamiento para luchar contra los efectos desestructurantes para el self de las angustias impensables de la depresión psicótica, como un último intento de reunir al self alrededor de una modalidad sensorial privilegiada, alrededor de un objeto sensorial susceptible de retener la atención y como un último intento de reunir las partes dispersas del self.

3) Este desmantelamiento, en el que el sujeto se reduce únicamente a una función perceptora indisolublemente ligada a lo percibido, suscita en el otro y en el terapeuta un sentimiento de extrañeza y sorpresa ante un veredicto de no-existencia. Lleva sobre todo, según la afortunada expresión de Piera AULAGNIER, a poner fuera de circulación a las representaciones idéicas y fantasmáticas en beneficio de la sola representación pictográfica. Pero pienso que, de hecho, este desmantelamiento descrito por D. MELTZER como un proceso puramente pasivo (sin angustias persecutorias y sin sadismo) es menos pasivo de lo que parece.

A menudo es el propio niño el que lo busca activamente, sobre todo en algunas etapas del proceso transferencial en el que parece cubierto por una vivencia de ruptura en la continuidad corporal.

4) Las consecuencias de la puesta en funcionamiento de estos procesos de desmantelamiento son múltiples. Veamos algunas de ellas:

- Una me parece esencial: la pérdida de la dimensión espacial de la psique. El niño vive su propio self como desprovisto de envoltura, de interior, como una pura superficie sensible en un mundo uni o bidimensional en el que no se diferencian los espacios psíquicos internos y externos y en el que el self y los objetos son vividos como co-fundidos. Esta pérdida de la dimensión espacial de la psique, esta no-inscripción del funcionamiento autista dentro de las referencias espaciales constituye un dato fundamental cuyas implicaciones terapéuticas las vamos a ver más adelante.
- Recordemos antes la importancia atribuida por FREUD a estos aspectos del funcionamiento psíquico cuando postulaba la existencia de una diferenciación psíquica de un cierto número de sistemas poseedores de una exterioridad y especialización entre sí, susceptibles de ser considerados metafóricamente como lugares psíquicos a

los que cabe atribuir una representación espacial. Esta espacialización de la psique sería incluso anterior a la del espacio físico que, de hecho, no sería más que su proyección secundaria. "La psique, dice FREUD, se despliega sin ella saberlo".

- Otra consecuencia se refiere a las modalidades de identificación de un sistema como éste: la única modalidad de funcionamiento identificatorio accesible al self es la identificación adhesiva descrita por E.BICK y que aparece como muy característica de los estados autistas. Se trata de una forma de identificación muy primitiva que tiene a atribuirse el funcionamiento del Otro sin reconocerlo y sin poner en funcionamiento las funciones del Yo. Es una especie de reacción de adherencia a la superficie de un objeto que es sentido como desprovisto de envoltura y de interior, como él mismo se siente. De hecho, tal como lo veremos, no se trata de un verdadero mecanismo de identificación.

5) Otro punto importante tiene que ver con la manera como el niño inviste y utiliza la superficie corporal y el interior del cuerpo. La superficie corporal no parece estar verdaderamente investida de una carga libidinal que le permita una función de intercambio libidinal con otro. Más aún, el niño parece vivenciar esta superficie corporal como llena de agujeros y discontinuidades.

Sin lugar a dudas es la boca la que, con todo lo que ella implica de discontinuidad corporal, se nos muestra como el prototipo de todo este daño corporal, como el primer lugar de esta "depresión psicótica", de este "agujero negro provisto de odiosas púas persecutorias" descrito por F. TUSTIN. Por otra parte, esta noción de "depresión psicótica" ya había sido descrita por WINNICOTT como "la asociación de una pérdida del objeto y de la pérdida de una parte del sujeto que el objeto perdido se lleva con él". Se podría entender esta depresión psicótica como un acontecimiento primordial cuya vivencia

vendría a señalar la interrupción autista del desarrollo: vivencia de ruptura en la continuidad corporal y vivencia de daño corporal, resultado de una separación prematura que viene a romper brutalmente la ilusión de una continuidad corporal que es la que permite habitualmente a la pareja madre-niño prepararse para la separación: "el niño, dice TUSTIN, no ha podido nunca reelaborar el dolor ni el duelo provocados por el descubrimiento de que este conjunto de sensaciones estáticas asociadas al pecho no forma parte de la boca."

Esta experiencia del agujero negro, de desconexión corporal aunque también mental y afectiva entre la madre y el niño, alucinación negativa del objeto y de su satisfacción, es la que estaría en el origen de las angustias catastróficas, angustias de derramamiento de la sustancia corporal, de licuefacción, de caída sin fin y de fragmentación. Se trata de angustias no elaboradas psíquicamente, no ligadas a una representación y que no han sufrido este trabajo de elaboración psíquica que les permitiría alcanzar un verdadero status de estado afectivo. De hecho, se trata de una pura descarga energética análoga a las angustias impensables de WINNICOTT que se encuentran en el origen del funcionamiento de los mecanismos defensivos de desmantelamiento y de autosensorialidad.

6) Hay que insistir igualmente en las particulares modalidades de investimento del interior del cuerpo y de su utilización. El desconocimiento y la no-utilización por parte del niño autista de ciertas partes de su cuerpo le llevan, a veces, a realizar toda clase de escisiones intra-corporales, tanto a nivel sagital, lo que ha llevado a hablar a autores como H.HAAG de hemiplejía autista, como horizontal.

Se puede describir un fenómeno particular: se trata del fenómeno de caparazón, de segunda piel, observado en algunos niños autistas: se trata de un investimento muy particular de la corteza corporal y a veces de su entorno inmediato como por ejemplo la ropa. Este fenómeno tiende a crear una especie de cáscara autista rígida. Lo podemos entender como un

intento de delimitación de las fronteras del self, de cierre de las dehiscencias corporales, incluso de refuerzo de los sistemas de paraexcitación. Esta constatación nos lleva evidentemente a la noción de Yo-Piel desarrollada por D.ANZIEU, como configuración utilizada por el yo del niño para representarse a sí mismo a partir de su propia experiencia de la superficie corporal como un yo contenedor de procesos psíquicos.

7) Para ilustrar estos puntos que acabo de evocar, voy a contar brevemente el caso de un niño autista llamado Gerard.

Gerard es un niño pequeño disforme con microcefalia. Su cuerpo es extraordinariamente rígido, brazos tendidos en extensión, puños cerrados y tronco inclinado hacia delante. Siempre parece que está a punto de caerse llevado por el peso de su cabeza. La ropa que viste siempre parece nueva, y dentro de ella parece como encerrado y no se quita casi nunca el anorak. Fuera de algunas ecolalias no hay ningún atisbo de lenguaje.

En Gerard, los episodios de desmantelamiento son muy claros y frecuentes y aparecen sobre todo durante la terapia cuando cae presa del pánico ante la caída de un objeto o también, cuando el terapeuta le impide aferrarse a ciertos objetos que le pertenecen (¿reviviscencia de la experiencia primaria de arrancamiento del pecho?). Entonces protesta, escupe en el suelo, observa la caída de sus "perdigones" a la luz y reinicia una secuencia comportamental esbozada muchos meses antes; se coloca junto a la ventana frente a la luz, se pone a echar "perdigones" o si no, se dedica a arrancar minúsculas pelusillas de su jersey. La visión de la caída de sus minipompas o de sus trocitos de ropa a contraluz le colocan en un estado de extraordinaria excitación, pero sin ningún contacto. Sus músculos se ponen extremadamente tensos y con unos temblores que parecen procurarles cierto placer. En esos momentos se nos muestra totalmente solo y con la atención centrada en la brillantez de las partículas en movimiento. La visión de la caída de los copos de nieve le procura la misma fascinación y el mismo aislamiento.

Poco a poco, después de que el terapeuta intenta entrar en comunicación con él verbalizando sus temores de derramamiento y de estallido, la visión de la caída de los copos deja de provocar estas reacciones autistas. Aunque persiste una cierta fascinación por el esplendor de estos copos, la visión de la nieve se va convirtiendo en una experiencia lúdica y estética generadora de un cierto placer compartible con el terapeuta. Entonces va a poder verbalizar la comunicación de su experiencia: "¡está nevando, oh mirada dolida, está nevando!" Más adelante, durante la terapia, va a poder mimar la caída de la nieve recortando trocitos de papel y lanzándolos al aire al tiempo que invita al terapeuta a deslizarse.

En Gerard, la elaboración de un caparazón con funciones de segunda piel resulta particularmente clara e intensa. Su ausencia total de iniciativa motriz y su inmovilidad evocan de alguna manera un cuadro catatónico. Ante cualquier intento de movilización de su caparazón utiliza habitualmente los objetos autistas con el fin de taponar las dehiscencias corporales (ropa, toalla metida en la boca).

Cualquier intento de aproximación o ruido más o menos violento parece una intrusión en esta envoltura y provoca la intensificación de sus contracturas así como ligeros temblores en todo el cuerpo. Cualquier intento de cogerlo de la mano provoca un aumento de las contracciones musculares y de los crujidos en todas sus articulaciones.

El psicomotricista que se ocupa de él observa que es posible percibir, a veces incluso visualmente, el juego de sus articulaciones unas sobre otras. El abandono del caparazón va a llegar en el momento en el que Gerard va a ser capaz de constituir un espacio psíquico interno y un objeto interno. Este rompimiento y abandono del caparazón va a posibilitar un investimento más libre y más flexible de su cuerpo, una capacidad de iniciativa motriz, la participación en paseos e incluso en ejercicios musculares como la bicicleta por ejemplo, pero, al mismo tiempo, este rompimiento del caparazón va a venir

acompañado de numerosas manifestaciones agresivas (intentos de ataque al terapeuta o de destrucción del objeto) como si este rompimiento hubiese liberado importantes pulsiones agresivas que habrían estado como presas dentro de este caparazón.

8) El punto clave en la evolución autista y seguramente pivote de la misma está constituido por la aparición de un espacio psíquico interno del self, que le hace salir del mundo autista para hacerle entrar en un mundo, todavía psicótico evidentemente, pero ya no autista y en el que van a empezar a funcionar mecanismos menos mutilantes para la psique y para la relación de objeto (como por ejemplo la introyección o la escisión del objeto).

- La identificación introyectiva con un objeto continente va a ayudar a liberarse de la autosensorialidad a la vida mental del niño autista y va a posibilitar la interiorización y circulación de los afectos y de los fantasmas así como la instalación de diferentes objetos internos.
- Sin embargo, este ajuste de un espacio psíquico propio del niño solo es posible si el terapeuta es capaz de asegurar una función de contención. Dicha función es absolutamente esencial: por parte del cuidador supone una capacidad real para acoger, contener, vivir las emociones primitivas aun no organizadas del niño, verbalizarlas y darles un sentido para devolvérselas de una forma asimilable por él. Solo cuando haya sentido en el adulto esta capacidad para contener sus emociones, va a ser capaz, en un segundo momento, de hacerse cargo él mismo de esta función de contención, de constituir su propio espacio psíquico y de organizar su vida emocional.
- Para el educador o terapeuta que está en contacto diario con el niño se trata de una función análoga a la postulada por BION en todas las madres bajo el nombre de "capacidad de rêverie materna", capacidad de la madre para tolerar y contener los primeros elementos sensoria-

les y emocionales de su hijo y devolvérselos como desintoxicados en forma de pensamiento onírico asimilable por el niño, capaz ya desde ese momento de introyectarlos. Se trata de una verdadera función de tejido de una piel psíquica. El establecimiento de un espacio psíquico interno del self explica el origen de muchas de las modificaciones tanto en el funcionamiento psíquico como, de forma paralela, en el desarrollo de la terapia, modificaciones todas ellas que quisiera comentar ahora.

- Esta evolución está marcada en primer lugar por un investimento pulsional, una libidinización de la superficie y de los orificios corporales. Esta libidinización se produce gracias a las experiencias y contactos cutáneos frecuentes e intensos con el adulto. Es un tiempo comparable a este tiempo de cuerpo a cuerpo madre-niño, tiempo de "seducción primaria" de FREUD, tiempo complementario y antitético del apoyo (étayage), tiempo que va a permitir el enraizamiento de la pulsión libidinal en el cuerpo del niño a través del deseo y de los cuidados maternos, consiguiendo así crear zonas de excitabilidad y de erogeneidad en el cuerpo del niño.
- Con frecuencia, para que pueda instaurarse esta progresiva libidinización de la superficie corporal, es necesario el establecimiento de una relación simbiótica. Es un momento crucial aunque difícil en el abordaje del niño autista. Supone que el educador o el terapeuta pueda aceptar dejarse englobar en ciertos momentos, dentro de la psique del niño sin perder por ello su propia individualidad.
- Esta época está también marcada por importantes modificaciones en la utilización de la mirada. Es conocida la utilización que el niño hace de la mirada en los períodos autistas más intensos: mirada suspendida en las experiencias de desmantelamiento, mirada como a través de las personas o breve ojeada periférica en otros momentos.

- Este período simbiótico está marcado por el establecimiento del contacto ocular, ojo a ojo, y de la comunicación a través de la mirada visual con intentos de interpenetración, es decir, por momentos en los que el niño, al aproximar su mirada a la del adulto, parece querer penetrar en su interior, acercamiento intenso al objeto externo como si el niño intentase controlar la angustia ligada a la percepción de la profundidad de la distancia entre el objeto y él.
- Este momento de simbiosis es muy rico dentro de la evolución del niño pero también muy difícil para el conjunto del equipo responsable. La presencia del resto del equipo como referencia a un tercero es a menudo necesaria para que no acabe con cada uno de los protagonistas de esta simbiosis (el niño autista y su cuidador) dentro de ella y pueda esbozarse la inevitable separación.

9) Simbiosis, espacio interno, primer objeto interno.

En esta etapa simbiótica se desarrollan en el niño intensas actividades auto-eróticas y aparecen unas exigencias muy tiránicas de presencia del cuidador, así como manifestaciones muy intensas de angustia de separación que pueden poner muy duramente a prueba al cuidador.

De forma paralela, va a enraizarse en el interior de la psique naciente del niño el primer objeto interno a la imagen del objeto externo que el niño ha podido investir. La solidez de este anclaje o sus eventuales desfallecimientos van a modular toda la evolución psíquica posterior.

Por lo tanto, este período está marcado por la aparición de intensas angustias de separación: el niño no soporta la ausencia de la persona especialmente investida por él (cuidador o educador), por lo que se muestra muy poco sensible a las palabras de tranquilización provenientes de otras personas. La ausencia del objeto externo la vive como una especie de aniquilación del mismo. Solo la constitución de un objeto interno

va a poder garantizar la posibilidad por parte del niño de aceptar la separación del objeto externo; solo entonces va a poder vivir la ausencia como una presencia en otro lugar.

Este período está marcado por el paso de la bi a la tridimensionalidad (siguiendo la expresión de MELTZER, bidimensionalidad en la que no existe ninguna distinción entre espacio interno y externo, en la que la relación con el otro es una relación de adherencia y el tiempo es un tiempo circular de lo inmutable y lo repetitivo; un espacio tridimensional con la aparición del espacio interno del self y del objeto, en el que van a poder desarrollarse los procesos de proyección e introyección, y en el que el tiempo va a adquirir una dimensión lineal y direccional. Sin embargo, la diferenciación de los espacios interno y externo no es todavía total. Todavía existe en ciertos momentos una cierta confusión entre los espacios interno y externo. Las modalidades identificatorias se dan al estilo de la identificación proyectiva, pero el objeto es vivido lo suficientemente separado como para poder ser deseado y representado.

10) Las actividades de simbolización

Dentro de esta dinámica, las actividades de simbolización van a aparecer como formas de representación del objeto perdido. La aparición de las actividades de simbolización coincide con este período de control de las angustias de separación. Las primeras actividades simbólicas, y particularmente las de lenguaje, aparecen así relacionadas con estos intentos de control, así por ejemplo la aparición del significante por el que el niño puede nombrar la presencia o ausencia de su educador o incluso la posibilidad para él de representar cualquier cosa de la ausencia.

Van a seguir otras actividades de simbolización pero sin que sea posible sistematizar el momento preciso de su emergencia en la vida del niño: actividades de juego, de hacer como, nacimiento de las capacidades de imitación, primeros rudimentos del lenguaje o incluso la aparición de las primeras operaciones mentales.

La emergencia de estas actividades de pensamiento y de simbolización supone un momento muy importante en la evolución del niño autista. Resulta gratificante para los terapeutas y los equipos responsables que ven en esta emergencia la confirmación de lo que siempre han esperado, es decir, la conservación de las capacidades intelectuales del niño.

Generalmente, es éste el período elegido por nosotros para dar paso al abordaje pedagógico, tanto dentro de la institución como dentro del marco de un intento de integración escolar en una escuela normal.

Sin embargo, este período resulta también decepcionante porque el niño psicótico puede poner permanentemente en cuestión estas posibilidades de simbolización, dispuesto como está siempre a confundir el significante con la cosa, a ocultar la dimensión metafórica del lenguaje o a utilizar sus primeras adquisiciones de manera mecánica y repetitiva.

11) Ejemplo clínico: Cédric.

Cédric tiene 4 años cuando le vemos por primera vez. No tiene ningún lenguaje si exceptuamos algunas raras ecolalias. Parece indiferente a todo, tanto a la presencia como a la ausencia de los padres. Rechaza todo contacto y cuando se le coge en brazos, se echa para atrás y se pone muy rígido. Tiende a huir del contacto evitando la mirada y cuando ésta raramente parece haberse posado en el interlocutor, deja a éste con el sentimiento de ser transparente. Durante un primer abordaje dentro de un grupo, Cédric no es más que una huida perdida a través de los pasillos, un destrozo de objetos y un golpeo de puertas. Tira todo por los aires, lo desparrama todo y corre por todas partes. A la menor ocasión, cualquier puerta entreabierta puede observar su huida. Solo el obstáculo de una pared es capaz de detener su loca carrera. Nadie parece existir para él, ni siquiera los niños que él violentamente empuja contra las paredes, ni los adultos con los que choca al pasar pero con los que no existe contacto alguno. Evoca la imagen de un tornado de movimientos que nada parece ser capaz de

detener. Su aprehensión del espacio es similar a su psique, sin ningún límite. Sus propias modalidades de desmantelamiento parecen dobles; hay una parte de desmantelamiento sonoro: parece envolverse dentro de una auténtica concha sonora hecha de diferentes ruidos, especialmente de efectos sonoros hechos con la boca, de ruidos repetidos de portazos y de objetos rotos; pero por otra, asistimos a un desmantelamiento ligado a las estimulaciones kinestésicas y vestibulares que le procuran a este niño una incesante agitación.

- Durante un primer período, el papel terapéutico de la institución ha consistido en crear un espacio psíquico, un "otro lugar" receptivo, un continente sólido susceptible de aceptar la contención de esta violencia arcaica surgida del cuerpo de Cédric así como de las huellas emocionales que la acompañan. Este continente institucional ha necesitado de muchísima capacidad de resistencia para no sentirse destrozado por estos asaltos llenos de violencia; asimismo, a los cuidadores les ha hecho falta muchísimo análisis de sus propias actitudes contra-transferenciales para poder llevar a buen puerto y sin desfallecimiento esta función de contención. La solidez y perseverancia de este continente son las que han hecho posible que, entre Cédric y el psicomotricista que en ese momento se ocupa de él, se instaure un espacio de intercambios lúdicos a través de juegos con agua durante las sesiones de chapoteo, sesiones durante las cuales su angustia e inestabilidad comienzan a ceder un poco y empieza a ser capaz de soportar la presencia del adulto cerca de él.
- El segundo período de la evolución de Cédric está marcado por el establecimiento de una relación fusional simbiótica con una educadora.
- Durante este período, Cédric busca intensamente el contacto físico, se acurruca contra su educadora y demanda caricias que se transforman a veces en excitación

masturbatoria. Las exige permanentemente y no soporta su ausencia que él llena con lloros y gritos. En esos momentos se muestra insensible a cualquier intento verbal de tranquilización por parte de otras personas. El logro de la aceptación de la separación va a llevar mucho tiempo. Durante un largo período va a vivir la ausencia de su educadora como una desaparición "en ninguna parte" y para luchar contra la angustia de este aniquilamiento del objeto, va a exigir durante su ausencia que se le dibuje una "gigi" o que se le construya una con plastilina. Poco a poco, Cédric va a ir siendo capaz de nombrar a su educadora, nombrar su presencia y su ausencia y sobre todo va a ser capaz de tolerar su ausencia. De forma paralela, aparece en su lenguaje la pareja semántica "gigi/no gigi" con la que nombra la presencia y ausencia de la educadora, al tiempo que el propio lenguaje se va desarrollando y enriqueciendo. Avanzando en su andadura psíquica, Cédric va a ir siendo capaz de empezar a relacionarse con el resto de los miembros del equipo y con los demás niños. De forma paralela, el tiempo comienza a diferenciarse de la distancia y pierde su carácter oscilante y circular para dar paso a la adquisición de su estructuración lineal y direccional definitiva. De esta manera, Cédric va a enriquecer rápidamente su lenguaje con los significantes "antes, después, pronto" que van a marcar en él esta estructuración lineal del tiempo.

12) Como conclusión y para terminar, quisiera insistir en los siguientes aspectos:

- Sea cual sea la o más bien las causas del autismo, el autismo y las psicosis precoces siguen siendo, para nosotros, algo diferente a un simple déficit o a una suma de déficits aunque éstos existan; se trata de una forma de organización global del psiquismo y de la personalidad cuya semiología autista no es más que la consecuencia.

- De forma global se puede afirmar que los procesos autistas tienen un sentido y que este sentido radica en la constitución de un sistema defensivo de lucha en dos direcciones:
 1. Contra las intolerables e impensables angustias ligadas a la dolorosa experiencia de la separación del agujero negro, pero también
 2. Contra la vivencia persecutoria y dolorosa de los procesos de pensamiento, en cuyo caso la actividad defensiva parece movilizarse al servicio de una destrucción del pensamiento.
- A mi entender, los principales significados de los mecanismos autistas son los siguientes:
 - Desmantelamiento
 - Refugio dentro de una sensorialidad auto-inducida y auto-organizada
 - Absorción en lo concreto
 - Intolerancia al cambio y refugio en lo inmutable
 - Intento de destrucción de todo lo que tenga un valor simbólico
 - Intento de reducción del sentido al no sentido
 - Intento de vaciar toda experiencia humana de su significado y de su carga emocional
 - Vivencia de discontinuidad corporal
- Desde esta perspectiva, nuestros objetivos terapéuticos son los siguientes:
 - Ayudar al niño a librarse de la auto-sensorialidad
 - Ayudar al niño a crear su propio espacio interno y a organizar los primeros rudimentos de su vida fantasmática
 - Ayudar al niño a acceder al proceso de simbolización y a disfrutar de él

- Finalmente, ayudar al niño a reconocer la existencia del otro en su alteridad y, especialmente, como un otro provisto de intencionalidad y pensamiento.

Aunque estamos a favor de la acción educativa y de la aportación pedagógica, sin embargo, somos poco partidarios de las medidas pedagógicas correctoras basadas en el único sistema de recompensa y de sanción, porque, a nuestro entender, no conducen más que a la elaboración de un falso self por medio de un plaqueado de aprendizajes no verdaderamente integrados dentro de la personalidad del niño, caparazón de aprendizajes que procura la ilusión provisional de una mejor inserción social pero que no permite al niño enfrentarse a situaciones nuevas con creatividad y, sobre todo, que contribuye a la asfixia y negación de su propia vida psíquica.

REPRESENTACIONES MATERNAS, APEGO Y DESARROLLO EN LOS NIÑOS PREMATUROS*

Graziella Fava Vizziello**, Lucilla Rebecca***
y Vincenzo Calvo****

RESUMEN

Un grupo de 34 niños prematuros internados al nacer, con riesgo neuropsíquico de bajo o mediano nivel, y un grupo de niños nacidos a término fueron observados durante un período de 12 meses.

Además de la evaluación normal (observación del niño y su relación con su madre, entrevista clínica y evaluación de desarrollo) se realizó una entrevista semiestructurada con las madres (NICU-R). La entrevista NICU-R proporciona información sobre la representación materna con respecto al niño, a sí misma y al padre, y sobre su desarrollo a través del tiempo (5 días después del primer contacto físico materno con el niño, y al cuarto, séptimo y duodécimo mes de edad compensada). Se investigan las representaciones perceptuales y definitivas. También se aplicaron la Situación Extraña (Strange Situation) y la Entrevista AAI para la evaluación del apego del niño y de la madre.

* Ponencia presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYRNA), que bajo el título "Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente" se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Graziella Fava Vizziello, profesora de Psicopatología General y Evolutiva, Facultad de Psicología, Universidad de Padua (Italia).

*** Hospital de Camposampiero (Padua) Italia. Psicólogo.

**** Universidad de Padua (Italia) Psicólogo.

Los resultados fueron los siguientes:

1. El peso al nacer, la edad gestacional y los días de internamiento no influyen en el apego.
2. El 36.4% de los niños prematuros tienen un apego seguro, el 21.2% inseguro-evitativo, el 12.1% inseguro-ambivalente y el 30.3% desorganizado. Esta distribución difiere estadísticamente en los niños nacidos en término. Existe una mayor presencia, estadísticamente relevante, del estilo ambivalente de unión afectiva en los niños prematuros respecto a los niños nacidos en término. Desde el punto de vista clínico, los estilos de apego son diferentes debido a una mayor presencia de niños desorganizados y una presencia atípica de cuatro niños inclasificables (UABC).
3. La Entrevista AAI demostró que el porcentaje de madres con apego “complicado” (Entangled) que tienen niños prematuros es mayor que las que tienen niños nacidos en término. Probablemente esta situación de conflicto haya estado presente antes del nacimiento.
4. En las madres con niños prematuros las diferencias en los estilos de apego están relacionadas con un cambio más paulatino de las Representaciones Perceptuales.
5. La evolución positiva depende de la capacidad de las madres de organizar rápida y coherentemente sus representaciones, sobreponiéndose a su ambivalencia con respecto al niño. Una fuerte interacción y las dificultades de relación influyen en el coeficiente de desarrollo a lo largo del tiempo, induciendo faltas de armonía en el desarrollo.

REPRESENTACIONES MATERNAS, APEGO Y DESARROLLO EN LOS NIÑOS PREMATUROS

Un primero seguimiento de niños prematuros de alto riesgo neuropsíquico al nacimiento (niños que hoy tienen 14 años)

dio importantes informaciones sobre el desarrollo anómalo y la gran complejidad de una evaluación de la psicopatología de estos niños, que es muy elevada (Fava Vizziello, Zorzi, & Bottos, 1992). Entonces hemos pensado en estudiar de manera más profunda las situaciones de organización patológica en relación con el apego, pues salió muy claro en el primer seguimiento que el problema central es de relación y no orgánico.

Se organizó la observación y seguimiento, en función de los aspectos evolutivos, de un grupo de niños prematuros internados al nacer con un riesgo neuropsicológico moderado. Se utilizaron evaluaciones clínicas y métodos diseñados especialmente para analizar cuidadosamente el mundo representativo materno con relación al desarrollo del niño y al tipo de apego. Actualmente, atravesamos una etapa en la cual las implicaciones clínicas del apego ocupan gran parte de las investigaciones experimentales y estudios longitudinales, especialmente aquellos diseñados para detectar factores de riesgo en forma temprana y para poder establecer medidas preventivas. Entre las herramientas utilizadas (las cuales se mencionarán en el texto), queremos mencionar como herramienta de investigación la Entrevista de la unión afectiva de adultos (Adult Attachment Interview, AAI; George, Kaplan & Main, 1985). Se considera que esta herramienta predice el apego del niño si se le aplica a la madre desde el tercer período del embarazo (Fonagy, Steele, & Steele, 1991).

El objetivo de aplicar ambas entrevistas, R Interview (Stern et al., 1989), que provee información sobre las formas de organización materna a través del tiempo, y la Entrevista de la unión afectiva de adultos (AAI), fue para entender, por lo menos en parte, el tipo y nivel de conocimiento y el poder de predicción de estas herramientas en la práctica clínica. Además, podemos comprender mejor y disponer de mayor información precisa sobre el desarrollo irregular y atípico durante los primeros años de vida de los niños prematuros, especialmente con todo lo relacionado a las indicaciones y contraindi-

caciones de las intervenciones. En los últimos años, las características atípicas en el desarrollo de estos niños han provocado formas de ayuda discordantes, que no siempre tienen el efecto deseado y producen en más de una ocasión resultados negativos.

Tratamos de comprender, al menos en parte, como se organiza este desarrollo a pesar de ser atípico y que factores lo causan y son causados por éste. Se reconsideró, no solamente la literatura sobre los niños en riesgo (Butcher, Kalverboer, Minderaa, Van Doormaal, & Wolde, 1993; Field, Dempsey, & Shuman, 1983; Goldberg, Corter, Lojkaser, & Minde, 1990; Kreisler, 1977; Minde et al., 1989; Rubin, Rosenblatt, Balow, & Balow, 1973; Sameroff & Chandler, 1975) y nuestras propias experiencias durante las observaciones (Fava Vizziello, 1981; Fava Vizziello, Zorzi, & Bottos 1992), sino, también la importancia de los factores considerados patógenos (peso al nacer, período de internamiento, etc.). Esto llevó a una revisión de las funciones que otros estudios han atribuido a los estilos de apego y a estudiar su distribución en nuestra muestra. Los datos de la literatura no coinciden en sus resultados en cuanto al apego en niños prematuros. Algunos autores destacan que no emergen diferencias significativas en la distribución de los estilos de apego entre los niños prematuros y los demás (Brown & Backeman, 1980; Easterbrooks, 1989; Frodi & Thompson, 1985; Goldberg, 1988; Goldberg, Perrotta, Minde, & Corter, 1986; Macey, Harmon, & Easterbrooks, 1987; Rode, Chang, Fisch, & Sroufe, 1981). Sin embargo, otros mantienen que existen diferencias perceptibles, particularmente cuando se asocia la condición prematura con otro problema, como pueden ser una patología seria o, simplemente una situación socioeconómica desfavorable. Plunkett et al. (1986), por ejemplo, encuentra un porcentaje mayor de niños con apego inseguro-ambivalente en un grupo de niños prematuros con patologías respiratorias al nacer; Wille (1991) también denuncia un porcentaje mayor de niños con apego inseguro-ambivalente en los niños prematuros con bajo peso al nacer.

MÉTODO

El Grupo

El grupo consiste de 34 niños prematuros nacidos entre la 27^a y 36^a semana de gestación (promedio 33.1) en el Hospital Camposampiero, cerca de Padua (Italia). Se monitorizaron desde el nacimiento hasta los doce meses de vida. Estos niños (16 varones, 47.1% y 18 niñas, 52.9%), nacidos en un período de 2 años entre 1991-1992, tenían peso heterogéneo y trastornos al nacer, causa de la prematuridad y el tiempo de internación (Tabla 1). El grupo se eligió al azar.

TABLA I
**INFORMACIONES GENERALES SU
 EL NACIMIENTO (N = 34)**

Edad gestacional (semanas de gestación)	promedio = 33.1, ds = 2.73	intervalo = 27-36
Peso al nacer (gramos)	promedio = 1880.6, ds = 621.9	intervalo = 870-3380
Hipodistrofia (Small for Gestational)		
- si	N = 14	41.2%
- no	N = 20	58.8%
período de internamiento del niño (días)	promedio = 39.5, ds = 26.9	intervalo = 7-90
Tipo de parto		
- natural	N = 6	17.6%
- cesárea	N = 28	82.4%
Causa de prematuridad		
- placenta previa	N = 7	20.6%
- ruptura saco amniótico	N = 10	29.9%
- gestosis	N = 11	32.4%
- embarazo múltiple	N = 2	5.9 %
- insuficiencia de la placenta	N = 2	5.9 %
- diabetes en embarazo	N = 1	2.9 %
- otro	N = 1	2.9 %

Para comparar los estilos de apego utilizamos:

(1) Nuestro grupo de control de 32 niños nacidos en término cuyas madres, pertenecientes a una población general, habían acordado formar parte de un estudio longitudinal en el momento en que se inscribieron en el curso prenatal (Fava Vizziello, Maestro, & Simonelli, 1996).

(2) Otro grupo de Italia, constituido por 48 niños nacidos a término (Ammaniti, Candelori, Pola, Speranza, & Tambelli, 1994).

Hipótesis

A través de esta investigación deseábamos analizar cinco hipótesis principales.

1. La presencia de diferencias significativas entre la distribución de los estilos de apego en el grupo de investigación (niños prematuros) y en los dos grupos de control de niños de Italia nacidos a término.
2. Cualquier relación entre la historia clínica del niño y su familia y el tipo de apego a los 12 meses de vida.
3. Cualquier relación entre la representación de la percepción materna del niño y otras figuras importantes, el tipo de perfil emergente y la dirección del movimiento del perfil a lo largo del tiempo, además de cualquier relación con los estilos de apego.
4. La relación entre las representaciones perceptivas maternas, tipo de apego de la madre y los estilos de apego del niño a los 12 meses.
5. La relación entre el tipo de apego y el desarrollo psicomotor del niño durante el primer año de vida.

Materiales

Todos los niños y las madres fueron entrevistados en etapas determinadas (cuarto día posterior al primer contacto con el niño; cuarto, séptimo y décimo segundo mes de edad compensada). Se eligieron estas etapas para que coincidieran con nuestro grupo de niños nacidos a término (Fava Vizziello, Anto-

nioli, Cocci, & Invernizzi, 1992, 1993), considerando el cuarto día posterior al primer contacto como el cuarto día post-parto y, subsiguientemente, la edad corregida en vez de la edad real. En cada etapa se le administró a la madre la Entrevista NICU-R, una versión modificada de la Entrevista R (Stern et al., 1989), para analizar las experiencias maternas con respecto al embarazo, el nacimiento y el niño, y la forma en que la madre organiza su experiencia dentro de una estructura narrativa. La estructura narrativa de cada entrevista fue analizada por un grupo independiente para identificar un tema contratransferencial dominante relacionado con el niño y con el yo como madre. Estos temas luego se clasificaron en cuatro categorías principales de acuerdo a su función manifiesta en la economía psíquica de la mujer (Fava Vizziello et al., 1993):

- (A) Organización orientada al deseo: agrupa temas que tienen una función reparatoria o compensatoria dirigida a mantener un ideal estable del yo.
- (B) Organización orientada a la defensa: expresa una dimensión intrapsíquica que protege contra la herida del narcisismo y tiene una función homeostática para mantener la autoestima.
- (C) Organización orientada al miedo: agrupa todos los temas que expresan miedos y preocupaciones referente al desarrollo del niño y a la capacidad paternal, revelando la ambivalencia materna.
- (D) Falta de organización: agrupa los temas que no tienen una función reconocible. Incluye todas las situaciones en que la mujer no parece tener un espacio mental para el niño o para sí misma como madre. Generalmente es de origen conflictivo o relacionado con traumas o aflicciones no resueltas.

La entrevista NICU-R (NICU-R Interview) también incluye seis escalas perceptuales relacionadas con el yo como madre y como mujer, con el niño, con la propia madre, y con la pare-

ja tanto como hombre y como padre. Las Escalas de Evaluaciones Perceptuales (Perceptual Assessment Scales), que tienen una estructura similar a la Escala Lickert, son de dos tipos: la primera se utiliza para evaluar la representación materna del niño y de sí misma como mujer; la segunda para evaluar su yo como madre y a su propia madre; las cualidades utilizadas se refieren a la función personal, estilo interpersonal, aspectos afectivo-emocional y al papel paternal.

Desde el cuarto mes en adelante, al niño se le aplica la Escala de Desarrollo Psicomotor (Brunet & Lézine, 1951), diseñada para calcular un cociente general de desarrollo (CD) para los niños entre uno y treinta meses de edad¹.

A los 12 meses se grabó en vídeo con la madre el procedimiento de la Situación Extraña (Strange Situation, SS, Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Ainsworth & Wittig, 1969). Este es un procedimiento estándar de laboratorio², desarrollado para activar y/o intensificar el comportamiento de apego en los niños. El objetivo es identificar cuatro estilos principales de apego (A inseguro-evitativo, B seguro, C inseguro-ambivalente, y D inseguro desorganizado-desorientado³), basados en la

¹ Los ítems se dividen en cuatro áreas: Escala P (desarrollo motor y de postura), Escala C (desarrollo de la coordinación, ajuste y comportamiento con los objetos), Escala L (desarrollo del lenguaje pre-verbal y verbal), Escala S (desarrollo de las relaciones sociales). La posibilidad de contar con un cociente general y una puntuación para cada área nos permite identificar un perfil diseñado para facilitar la comprensión del desarrollo sintónico en cada etapa evolutiva.

² La Situación Extraña consiste en ocho episodios que ocurren en un período determinado, durante el cual se expone al niño a un estrés moderado y creciente, debido a separaciones constantes de la madre, a la presencia de una persona extraña y al entorno poco familiar. Esto conduce a una situación que el niño vivencia como potencialmente peligrosa, forzándolo a adoptar estrategias de comportamiento dirigidas a traer de regreso a la madre y con ella el sentimiento de seguridad. Dado que los esquemas del comportamiento se estructuran a los doce meses, el objetivo de la Situación Extraña es evaluar las diferencias individuales al enfrentar este tipo de estrés.

³ Esta categoría la introdujo en una fecha posterior Main y Solomon (1986, 1990).

manifestación del comportamiento del niño a lo largo del procedimiento y en particular en los momentos de separación y reunión con la madre. En nuestra investigación, tres investigadores independientes clasificaron la Situación Extraña, alcanzando un acuerdo inicial del 79%. El grupo estudiaba cada desacuerdo en la clasificación hasta llegar a un consenso.

Por último, nuevamente a los doce meses de edad compensada del niño, se realizaba con la madre la Entrevista de la unión afectiva de adultos (Adult Attachment Interview, AAI; George, Kaplan & Main, 1985). Esta es una entrevista semiestructurada, cuya transcripción está diseñada para llegar a una clasificación definitiva para la predicción del apego⁴.

PROCEDIMIENTOS DEL ANÁLISIS

Se utilizaron los siguientes métodos para analizar las distintas hipótesis:

1. Para la comparación estadística entre la distribución de los estilos de apego en nuestro grupo y en los grupos de control seleccionados, utilizamos el método propuesto por Van IJzendoorn et al. (1992)⁵.
2. Para evaluar las relaciones entre los estilos de apego y los diferentes factores de predisposición (historia clínica y factores familiares), utilizamos el análisis Chi square

⁴ Estas categorías son: Ds (Dismissing, Dimisionaria del apego). F (Free, Seguro, Libre, Autónomo), E (Entangled, Preocupado/Implicado) (Main & Goldwyn, 1994).

⁵ Este involucra la construcción de una tabla de contingencia en la cual una de las dos distribuciones marginales consisten en el número de individuos en cada uno de los grupos considerados, y la otra en la frecuencia de las clasificaciones A, B, C, D de estos grupos. Los residuos estandarizados son calculados para cada casillero, cuya suma al cuadrado corresponde al Chi square de Pearson (χ^2). En grupos suficientemente extensos, estos residuos se distribuyen asintóticamente como puntos z e indican la amplitud y dirección de la desviación de las frecuencias observadas y de las esperadas, de acuerdo a la distribución marginal. El z crítico es de 2.60 por $\alpha = .05 / r * c$.

de Pearson (χ^2) para las variantes de categoría (sexo, causa de la prematuridad, tipo de parto, patología perinatal, hipodistrofia, pérdidas anteriores, hermanos nacidos muertos, educación y profesión de las madres), y el análisis de la variación (ANOVA) para variantes continuas (semanas de gestación, peso al nacer, duración de la hospitalización del niño).

3. Se utilizaron los exámenes ANOVA y T-test para comparar los promedios del perfil perceptivo de acuerdo a los estilos de apego, y para evaluar el movimiento de las representaciones perceptivas a lo largo del tiempo. Por último el análisis χ^2 de Pearson y el análisis Log-Linear (logarítmico-lineal; Cristante, 1990) se utilizó para evaluar la asociación entre los estilos de apego y las organizaciones narrativas.
4. Para evaluar la relación entre los estilos de apego infantil, tipo de apego y la organización narrativa materna, utilizamos el análisis χ^2 de Pearson y el análisis Log-Linear (logarítmico-lineal).
5. Se utilizó ANOVA para comparar los promedios del perfil del desarrollo y los estilos de apego, y el examen T (T-test) para estudiar las variaciones de los cocientes de desarrollo (CD) a lo largo del tiempo.

RESULTADOS

1. Distribución de los Estilos de Apego

La **Situación Extraña**⁶ clasificada de acuerdo a las tres categorías tradicionales de apego (inseguro-evitativo, seguro, inseguro-ambivalente) proporcionó la distribución que muestra la Tabla 2.

⁶ La Situación Extraña fue codificada únicamente en 33 niños; un niño fue excluido debido a un error en los procedimientos.

TABLA II

DISTRIBUCION DE LOS ESTILOS DE APEGO DE ACUERDO A LAS TRES CATEGORIAS A, B, Y C DE AINSWORTH

Apego	Frecuencia	Porcentaje
Estilo A, inseguro-evitativo	8	24.2 %
Estilo B, seguro	13	39.4 %
Estilo C, inseguro-ambivalente	8	24.2 %
Inclasificable (UABC)	4	12.1 %

En el grupo prevalecen los niños seguros (39.4%), los niños inseguros se distribuyen del mismo modo entre los estilos de apego evitativo (24.2%) y ambivalente (24.2%). Por último, cuatro niños (12.1%) no pudieron ser clasificados (UABC, Unclasificable as A, B, C, Main & Solomon, 1990). Si la nueva categoría D (Desorganizado-Desorientado), introducida por Main & Solomon (1986, 1990) también se utiliza, el grupo se distribuye de la siguiente manera: 12 niños con estilo de apego seguro (36.4%), 7 niños con apego evitativo (21.2%), 4 niños con apego ambivalente (12.1%) y 10 niños con apego desorganizado (30.3%). Los cuatro niños anteriormente considerados inclasificables con las categorías Ainsworth A, B y C, mostraron altos índices de desorganización, por lo tanto se los clasificó como D. También se encontraron señales consistentes de desorganización en otros seis niños, que habían sido clasificados anteriormente en las otras categorías (1 en A, 1 en B y 4 en C) (Tabla 3).

TABLA III

DISTRIBUCION DE LOS ESTILOS DE APEGO DE ACUERDO A LAS CATEGORIAS A, B, C Y D

Apego	Frecuencia	Porcentaje
Estilo A, inseguro-evitativo	7	21.2 %
Estilo B, seguro	12	36.4 %
Estilo C, inseguro-ambivalente	4	12.1 %
Estilo D, desorganizado-desorientado	10	30.3 %

La comparación entre la distribución de los estilos de apego en nuestro grupo de niños prematuros y los niños italianos nacidos en término muestra una distribución substancialmente similar en los estilos de apego Seguros. Existe una mayor presencia, estadísticamente relevante, del estilo de apego ambivalente en los niños prematuros que en los dos grupos de niños nacidos en término (Tabla 4 y Tabla 5).

TABLA IV

DISTRIBUCION DE LOS ESTILOS DE APEGO EN LOS NIÑOS PREMATUROS Y LOS NIÑOS ITALIANOS NACIDOS EN TERMINO (FRECUENCIA Y PORCENTAJE)

Grupos	Apego A evitativo	Apego B seguro	Apego C ambivalente	Apego D desorganizado
Nuestro grupo de 33 niños prematuros	7 21.2%	12 36.4%	4 12.1%	10 30.3%
Nuestro grupo de 32 niños nacido en término Fava Vizziello et al., 1996)	9 28.1%	17 53.1%	0 0%	6 18.7%
Otro grupo de Italia de 48 niños nacido en término (Ammaniti et al., 1994)	17 35.4%	18 38.7%	0 0%	13 27.1%

TABLA V

DISTRIBUCION DE LOS ESTILOS DE APEGO EN LOS NIÑOS PREMATUROS Y LOS NIÑOS ITALIANOS NACIDOS EN TERMINO (RESIDUOS ESTANDARIZADOS)

Grupos	Apego A evitativo	Apego B seguro	Apego C ambivalente	Apego D desorganizado
Grupo de niños prematuros	-0.85	-0.47	2.62**	0.53
Grupo 1 de niños nacido en término (Fava Vizziello et al., 1996)	-0.11	1.01	-1.06	-0.77
Grupo 2 de niños nacido en término (Ammaniti et al., 1994)	0.80	-0.44	-1.30	0.19

Nota: ** residuo estadísticamente relevante

2. Historia Clínica y Datos Familiares

El análisis de las relaciones entre los estilos de apego y los factores físicos y ambientales muestra que el tipo de apego es totalmente independiente de: sexo ($\chi^2 (3) = 4.71$, **ns**), tipo de parto (cesárea o natural, $\chi^2 (3) = 2.08$, **ns**) edad gestacional al momento del nacimiento (**F** (3, 29) = 2.37, **ns**), peso al nacer (**F** (3, 29) = .37, **ns**), hipodistrofia⁷ ($\chi^2 (3) = 1.56$, **ns**), enfermedades perinatales ($\chi^2 (3) = 1.23$, **ns**), y tiempo de internación (**F** (3, 29) = 1.11, **ns**).

Las aflicciones previas, pérdidas o parto muerto no parecen estar directamente relacionados con el estilo de apego del niño. Cuando dichos conflictos se registran en la entrevista como experiencias traumáticas que la madre reconoce como factores que pueden influir en su relación con el niño, existe una tendencia de asociación con los índices de desorganización en el apego (análisis logarítmico-lineal, $p < .10$); y viceversa, en la ausencia de conflictos no resueltos, puede desarrollarse un estilo A, B, o C.

3. Las Representaciones y el Apego

El análisis de la asociación entre las organizaciones temáticas y los estilos de apego revela la existencia de una tendencia hacia un significado estadístico entre el estilo de apego desorganizado y la ausencia de la organización temática del niño y del yo como madre (análisis logarítmico-lineal, $p < .10$), en el cuarto día post-parto. La ausencia de organización es el elemento que con mayor frecuencia caracteriza las representaciones del niño y el yo como madre de mujeres con niños desorganizados. En seis de diez casos (60%) por lo menos una ausencia de desorganización se infirió en las etapas consideradas, mientras que en los 23 niños restantes (estilos A, B y C) solamente se presentó en 6 niños (26%).

⁷ La presencia de la hipodistrofia se evaluó de acuerdo a la Escala Denver (Denver Grid).

Con respecto a las escalas perceptivas, analizamos el movimiento y dirección de los perfiles a lo largo del tiempo. Esperábamos que el análisis longitudinal revelara, ya sea que las madres de niños desorganizados tenían una estabilidad representativa superior a las otras, no pudiendo adaptar sus representaciones al niño, o mayores puntuaciones a lo largo del tiempo, idealizando al niño para compensar sus propias incapacidades. El análisis MANOVA confirmó estos últimos resultados.

Comparando el perfil perceptivo de las madres de niños con estilos de apego diferentes para cada etapa individual, vemos como las diferencias se marcan principalmente en las escalas relacionadas con el niño, el yo como mujer y el yo como madre. Las diferencias principales en la escala con respecto al niño conciernen a la función personal (no inteligente / inteligente, enfermo / saludable) y a los ítems afectivo-emocionales (feo / guapo, desprendido / afectuoso, sin vida / vivaz, triste / feliz). Por otro lado, la escala relacionada con el yo como madre, muestra un número mayor de pares de cualidades con diferentes puntuaciones, especialmente en el área interactiva (controladora / sumisa, avara / generosa, ocupada / disponible, dependiente / independiente) y en el área que se refiere al papel maternal insatisfecha / satisfecha, desilusionada / orgullosa). No obstante, en todas las escalas las madres de niños desorganizados tienden a tener una puntuación en el punto extremadamente positivo de la escala.

4. Apego Materno y Apego Infantil

Los resultados de la **Entrevista de la unión afectiva de adultos** (AAI) indican una preponderancia de las madres E (**Entangled**, Implicadas) (43.8%) y F (Libres) (37.5%), con un menor porcentaje de madres Ds (**Dismissing**, Dimisionarias*)

* N. del T. "Dismissing", cuyo infinitivo verbal es "Dismiss" traducible como "despedir(se), dimitir, licenciar(se), rechazar... un trabajo. Se elige "dimisionarias" entendiendo que se alude a madres que dimiten de sus responsabilidades maternas.

(19%). Por lo tanto, existe una gran presencia de madres E (**Entangled**, coimplicadas), lo que indica más del doble comparado a otros trabajos que se han realizado de niños nacidos en término (Ainsworth & Eichberg, 1991; Attili et al., 1994). El segundo punto a destacar es que las madres que en el cuarto día post-parto tienen organizaciones orientadas al miedo hacia ellas como madres o hacia el niño, a los doce meses frecuentemente exhiben un apego F (libre) (especialmente, si la organización del miedo sigue constante en el cuarto mes post-parto) (Análisis logarítmico-lineal).

En el nivel transgeneracional encontramos concordancias entre la Situación Extraña y la Entrevista de la unión afectiva de adultos en prácticamente la mitad de los casos, un acuerdo menos marcado de lo que generalmente aparece en la literatura (en general, la asociación es 69-87% de los casos, Main & Goldwyn, 1994). Dichas concordancias se destacan más entre las madres F y los niños seguros y madres E o U y ambivalentes o desorganizados, y es más débil entre las madres Ds y los niños evitativos.

5. Desarrollo y Apego

La comparación de cocientes de desarrollo (CD) en niños con diferentes estilos de apego en las distintas etapas revela que no existen mayores diferencias. La tendencia general indica que los niños ambivalentes y desorganizados tienen un cociente menor de desarrollo, en particular en términos del desarrollo de la postura a los 12 meses ($F(3, 29) = 3.42, p < .05$). Este retraso se acentúa si comparamos los perfiles evolutivos de los cuatros niños con estilo de apego desorganizado, que se consideraron inclasificables dentro de las categorías A, B y C (UABC, Unclasificable as A, B, C). El cociente de estos niños es particularmente bajo en el cuarto mes (cociente general, postura y coordinación) y a los 12 meses (cociente general, postura, lenguaje y socialización) (Tabla 6).

TABLA VI
**PROMEDIO DE LOS COCIENTES DE DESARROLLO
 Y APEGO (ANOVA)**

	Apego A	Apego B	Apego C	Apego U _{ABC}	F (3,29)	P
4 meses						
cociente general	102.6	102.9	98.8	80.5	6.63	.0015 **
postura	101.2	103.2	98.5	68.5	8.36	.0004 **
coordinación	101.8	100.4	97.7	80.5	3.45	.0291 *
lenguaje	105.1	105.7	110.0	90.2	2.22	ns
socialización	104.8	103.0	97.8	90.5	1.22	ns
7 meses						
cociente general	106.5	105.1	105.8	97.0	1.19	ns
postura	109.2	106.8	106.6	98.7	.74	ns
coordinación	105.6	104.6	104.5	93.2	1.43	ns
lenguaje	107.8	99.6	109.1	95.5	2.36	ns
socialización	102.1	102.9	105.0	100.2	.25	ns
12 meses						
cociente general	105.8	104.1	101.7	87.7	5.70	.0037 **
postura	110.5	110.9	98.8	88.2	4.61	.0099 **
coordinación	103.3	103.6	98.4	90.5	2.27	ns
lenguaje	94.1	98.5	105.5	78.5	3.87	.0200 *
socialización	112.8	104.8	108.8	86.0	3.81	.0212 *

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

Con referencia al desarrollo a lo largo del tiempo, observamos que, en términos generales los niños con estilos de apego A, B y C tienden a mantener una evolución constante a lo largo del tiempo, mientras que, los niños con apego desorganizado demuestran una marcada mejoría a los siete meses, y una disminución a los 12 meses.

Por último, debe considerarse la gran falta de armonía⁸ evolutiva en el grupo, la cual no parece estar ligada a ningún

⁸ Una pequeña falta de armonía evolutiva se refiere a una diferencia entre 15 a 25 puntos entre dos de las escalas de desarrollo. Una seria falta de armonía evolutiva se refiere a una diferencia mayor a los 25 puntos.

estilo de apego (Tabla 7). En particular, la presencia de la falta de armonía a los cuatro meses (especialmente en los casos serios) está relacionada con un menor cociente de desarrollo a los 12 meses de edad corregida (Tabla 8). Esto es muy interesante en cuanto que la falta de armonía evolutiva es muy frecuente en los grupos de niños prematuros.

TABLA VII

ARMONIA Y FALTA DE ARMONIA EN LOS COCIENTES DE DESARROLLO (PORCENTAJE)

	4 meses	7 meses	12 meses
armonía en los cocientes de desarrollo	35.3%	61.8%	16.1%
pequeña falta de armonía	29.4%	26.5%	45.2%
seria falta de armonía	35.3%	11.8%	38.7%

TABLA VIII

PROMEDIO DE LOS COCIENTES DE DESARROLLO Y APEGO (ANOVA)

	Armonía evolutiva 4 meses (N = 12)	Pequeña falta de armonía a 4 meses (N = 10)	Seria falta de armonía a 4 meses (N = 12)	F (3,31)	p
12 meses					
cociente general	108.8	100.3	96.3	7.45	.0025 **
postura	113.0	100.3	98.8	3.40	.0490*
coordinación	106.6	102.0	93.7	6.21	.0059**
lenguaje	102.0	92.2	94.1	1.30	ns
socialización	114.2	100.9	100.2	3.34	.0499 *

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Las conclusiones de nuestra investigación muestran diferencias consistentes entre los niños prematuros y los demás

con referencia al tipo de apego. Si consideramos las diferencias entre el grupo experimental y los dos grupos control (de Italia), de niños nacidos a término utilizando el análisis estadístico de residuales estandarizados, la falta de madurez incrementa la presencia del estilo de apego inseguro-ambivalente. Desde un punto de vista clínico, el grupo de niños prematuros difiere de los nacidos en término.

Notamos además que existe una gran frecuencia de estilos desorganizados⁹ entre los niños prematuros de nuestra investigación. Entre ellos vale la pena destacar a cuatro, que no pudieron ser clasificados de acuerdo a las categorías originales de Ainsworth, cuyos comportamientos durante la **Situación Extraña** no reflejaron una estrategia de organización. En los casos que consideramos, el tipo de apego no estuvo correlacionado con algunos de los parámetros relacionados con las características de la prematuridad consideradas en la literatura, más bien, solamente expresaba las dificultades maternas para adaptarse a los nuevos canales perceptivos. Clínicamente hablando, estos resultados retroceden a las dificultades y alteraciones de las vivencias maternas. En el nivel representativo se observó como la incapacidad de crear un espacio mental para el niño, marcada por la ausencia de organizaciones temáticas del niño y del yo como madre, especialmente en el momento del primer contacto con el niño, constituye un elemento desfavorable del pronóstico para la relación madre-niño. Esto se expresa frecuentemente en forma de un tipo de apego desorganizado y difiere del grupo de los niños nacidos en término en el cual la organización temática en el período postparto no tiene una importancia pronóstica desfavorable. En cambio, debemos considerar que las madres que han tenido un largo tiempo para organizar mentalmente al niño durante el tiempo en que no pudieron tratarlo como a un niño nacido en

⁹ Crittenden (1997) configura la desorganización como una situación de pasaje y no necesariamente de un apego con problemas mayores.

término, son madres que tienden a implicarse (complicarse) en la representación traumática de la prematuridad. Nuestra hipótesis está avalada por el alto número de madres E (**Entangled**, coimplicadas) en el grupo. Este resultado puede explicarse de dos formas:

- Las madres E tienen una mayor predisposición y están más sujetas a los nacimientos prematuros, o
- el nacimiento prematuro tiene un efecto muy marcado en la madre, forzándola a reelaborar sus modelos intergeneracionales.

El nacimiento prematuro constituye un trauma que puede tener un profundo efecto de desorganización en la personalidad. Además, las estructuras del hospital y el ambiente crean y transmiten expectativas para las madres. Frecuentemente existe la intención (útil y perfectamente legítima) de mostrar a las madres los aspectos positivos y más aceptables del niño y ayudarles a contactar con su niño y superar los primeros días, en los cuales existe un profundo sentido de insuficiencia. Las madres sienten que se espera de ellas que estén especialmente involucradas en la atención del niño, mientras que probablemente ellas sienten que tienen que "compensar por la incomodidad y la insuficiencia" que el niño ha experimentado durante la internación. Esta situación puede, por un lado, inhibir sentimientos agresivos o resaltar la necesidad de reelaborar en un corto período sus propios modelos de estilos de comportamiento y apego. Además la distancia "real" con el niño, creada por la separación después del nacimiento, puede sacar a relucir el problema de la distancia afectiva de las madres con sus propios modelos maternos. En algunos casos ocasionando la reelaboración de los modelos intergeneracionales. El resultado de la acción sinérgica de estos factores puede ser un movimiento hacia una organización maternal menos coherente, más confusa, conflictiva y psicológicamente más involucrada, como el apego E (Entangled, implicado). Las

madres que a los 12 meses pueden mantener un apego libre son aquellas que han podido localizar las características del niño y de ellas mismas como madres en su propio espacio mental, por lo tanto, permitiendo que surja su ambivalencia (organización del miedo) desde el primer contacto con el niño y mantener esta postura estable en los meses siguientes.

Por lo tanto, el nacimiento prematuro parece afectar la identidad maternal en algunas madres, dificultándoles la organización de su propio flujo representativo, especialmente en el período inmediato al post-parto.

En particular, las madres de niños desorganizados son las que enfrentan mayores dificultades para organizar coherentemente la representación del niño, como si aún estuvieran ocupadas elaborando la pérdida de su capacidad de generar un niño perfecto. Parece existir una tendencia en el nacimiento prematuro, por su carácter de situación traumática y desorganizadora, a reactivar pérdidas anteriores que no han sido elaboradas por completo por estas madres, y a constituir una aflicción en sí misma. Esto confirma la importancia de conflictos no resueltos en la organización del apego (Main & Solomon, 1990). No obstante, no deben dejarse de lado algunos aspectos clínicos importantes.

1. Los niños prematuros tienen mayor dificultad para protegerse de los estímulos, y eso les hace más vulnerables que los niños nacidos a término.
2. El proceso de separación-individualización a los nueve meses tiene mayor influencia en los niños prematuros, que llegan a esta etapa antes de poder enfrentarla. Por lo tanto, puede ser que algunos estilos desorganizados se deban a esta razón, por lo cual es importante el factor evolutivo, por ejemplo, al observar si estos estilos son estables a lo largo del tiempo o son meramente temporales.

3. Pueden existir estilos de apego desorganizados típicos de niños prematuros, que los sistemas de codificación actualmente disponibles no nos permiten detectar.

El análisis de las escalas perceptivas nos permitió observar indirectamente los medios por los cuales las madres se perciben y describen a sí mismas, al niño y a su propia madre a lo largo del tiempo y de acuerdo a los cambios y crecimiento del niño. Este análisis se basó esencialmente en la idea de que las representaciones perceptivas cambian a lo largo del tiempo, adaptándose a la realidad a que se refieren, y están conectadas con el comportamiento materno y el tipo de interacción. En particular, las madres de niños ambivalentes y desorganizados tienden a polarizar sus juicios en el punto más positivo de la escala, indicando que sus representaciones son más extremas, especialmente con respecto al niño, o marcan mayor adherencia a los estereotipos socialmente deseables. Además, las madres de niños con apego desorganizado tienden a acentuar este rasgo a lo largo del tiempo, casi como para compensar la desilusión que produjo la herida narcisista resultante del nacimiento prematuro y negar el fracaso de no poder cumplir con sus expectativas previas.

Con respecto al cociente de desarrollo del niño, no se observaron diferencias relacionadas con el apego. En general, los niños desorganizados tienen la menor puntuación que, desde el punto de vista clínico, sugiere una mayor dificultad en la integración funcional, y se destaca más en la transición a través de las etapas esenciales del desarrollo. Las mayores dificultades se observaron en los tres niños inclasificables, quienes a los 4 y 12 meses tiene una puntuación extremadamente baja en todas las escalas. Este resultado nos indica la probable existencia de dificultades inherentes a los niños en sí, que no son detectables en los análisis que actualmente se suministran en las clínicas, o que la madre tiene un desorden psíquico. El factor que más precisamente caracteriza a estos niños es una cierta falta de fluidez en su comportamiento

(observada durante la Situación Extraña), como si tuvieran dificultad en conectar elementos del ambiente, sintetizarlos y adaptar armoniosamente su comportamiento a los cambios exteriores. Frecuentemente, cuando adoptaban un nuevo comportamiento, comenzaban la actividad abruptamente y se retrasaban con respecto al contenido, por lo tanto, creando una situación de discordancia con la madre.

Nuestra hipótesis clínica es que estos niños pueden progresar en todas las funciones, pero les cuesta integrarlas en un todo. Por consiguiente, la interacción con la madre está marcadamente afectada por esta dificultad, dado que el intercambio adulto-niño se establece cuando existe la armonía en algunos canales de comunicación pero no en otros.

Este intercambio es muy difícil de manejar por ambos, el adulto (quien habiendo integrado sus propios canales, es desorientado por el niño), y por el niño (que tiende a adherirse a patrones del comportamiento o a retrasarlos para evitar perder de vista su organización en situaciones interpersonales rápidamente cambiantes).

Con respecto al desarrollo del niño a lo largo del tiempo, el grupo de niños no desorganizados (A, B, C) muestra un desarrollo relativamente constante a lo largo del tiempo, sin ninguna variación significativa, mientras que se observó una mejoría general en los niños desorganizados a los siete meses (cuando alcanzan niveles similares a los de los demás), seguido de un empeoramiento a los doce meses. Este resultado nos parece extremadamente interesante comparado con los resultados de un estudio previo (Fava Vizziello, Zorzi, & Bottos, 1992) sobre niños con alto riesgo debido al bajo peso al nacer, quienes presentaron un perfil similar cuando las madres se encontraban al límite o tenían estructuras psicóticas de la personalidad. A través del grupo, el proceso de mutuo ajuste es más lento, contabilizando las mejoras observadas a los siete meses y la disminución consistente de los perfiles con falta de armo-

nía. Por otro lado, los niños a los doce meses ya han comenzado el proceso de separación-individualización, con un incremento en la independencia que requiere de nuevos ajustes por parte del niño y de las madres. La adquisición del lenguaje y de la locomoción requiere que la madre reelabore sus representaciones, especialmente donde la relación es altamente simbiótica, como es el caso de varios niños ex-prematuros con madres que no pueden recuperar su propia identidad. Esta reelaboración es particularmente compleja en niños desorganizados, cuyo cociente de desarrollo disminuye nuevamente, aunque todo el grupo parece sentir el efecto de este período delicado de transición, sufrido por el alto porcentaje de perfiles con falta de armonía.

Podemos suponer que el factor de "prematuridad" tiene cierta influencia en el origen de esta falta de armonía evolutiva, considerando el alto porcentaje de casos observados en nuestro grupo, aunque análisis más específicos de las variables (edad gestacional, peso al nacer, representaciones maternas, apego) muestran que ninguno de éstos por sí solos influye significativamente en el desarrollo armónico.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos sugieren que ningún factor del niño tiene una influencia determinante en el tipo de apego establecido en la relación madre-niño.

Más bien, son los rasgos del niño y la forma en que éstos están en afinidad con las fantasías y necesidades psicológicas maternas, junto con la capacidad de la madre de comprender los comportamientos de demanda y respuesta del niño, de lo cual emerge una interacción compleja, un proceso de mutuo ajuste y una representación final (aunque no definitiva) de la relación. Con respecto a esto, los resultados de nuestro estudio muestran que las representaciones maternas pueden ser

una fuente importante de índices que predicen el subsecuente desarrollo de la relación con el niño.

El elemento esencial está conectado con la capacidad de enfrentar el nacimiento prematuro, que difiere de madre a madre, y tal vez está relacionado con dificultades previas en la organización psicosomática de la función maternal en la experiencia de varias de estas madres, como lo comprueban las frecuentes pérdidas o la muerte de niños anteriores. Estas dificultades afectan directamente el desarrollo de la identidad maternal. Nuestros resultados indican que el período crítico para las madres es inmediatamente después del parto o en los días en que se establece el primer contacto con el niño. Es ahí cuando la incapacidad de organizar las representaciones, especialmente del niño, indica que las madres tienen graves dificultades en establecer las bases de su nuevo papel. Esta situación, que se presenta con mayor frecuencia en madres de niños prematuros que en aquellas de niños nacidos en término (Fava Vizziello, Rebecca, Buffadini, Possamai, & Ceccanti, 1995), responde parcialmente al gran número de niños con apego ambivalente o desorganizado.

Esta dificultad influye en el desarrollo del niño. Los niños con apego marcadamente desorganizado parecen experimentar un desarrollo más inconstante e incierto. Están más ligados a las vicisitudes de la relación, y la adquisición de las funciones requiere de mayor tiempo, especialmente las motoras.

Es durante este período crítico en el que se necesita trabajar más para ayudar a las madres a escapar de los estereotipos de la prematuridad.

BIBLIOGRAFÍA

- AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E., & WALL, S. (1978).* Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- AINSWORTH, M. D. S., & EICHBERG, C. (1991).* Effect on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160-183). London: Tavistock.
- AMMANITI, M., CANDELORI, C., POLA, M., SPERANZA, A. M., & TAMBELLI, R. (1994).* Influenze culturali e dinamiche relazionali nell'attaccamento infantile. Indagine su un campione italiano. *Età Evolutiva*, 47, 99-109.
- ATTILI, G., VERMIGLI, P., & FELACO, R. (1994).* Modelli mentali dell'attaccamento negli adulti in qualità della relazione madre-bambino. *Età Evolutiva*, 47, 110-117.
- BOWLBY, J. (1988).* *A secure base*. London: Routledge.
- BROWN, J. V., & BAKEMAN, R. (1980).* Relationships of human mothers with their infants during the first year of life: effect of prematurity. In R. W. Bell & W. P. Smotherman (Eds.), *Maternal influences and early behavior* (pp. 353-375). Lancaster, PA: MTP.
- BRUNET, O., & LÉZINE, I. (1951).* *Le développement psychologique de la première enfance*. Paris: Presses Universitaires de France. (Traducción italiana: *Lo sviluppo psicologico nella prima infanzia*, Torino: Boringhieri, 1982).
- BUTCHER, P. R., KALVERBOER, R. B., MINDERAA, E. F., VAN DOORMAAL, Y., & WOLDE, T. (1993).* Rigidity, sensitivity and quality of attachment: The role of maternal rigidity in the early socio-emotional development of premature infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88 (375), 375- 538.
- CARLSON, V., CICCETTI, D., BARNETT, D., & BRAUNWOLD, K. (1989).* Disorganized-disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- CRISTANTE, F. (1990)* Variabili qualitative in psicologia: MÉTODO e modelli statistici. Padua: UPSEL.

- CRITTENDEN, P. M. (1985). Maltreated infants: vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26, 85-96.
- CRITTENDEN, P. M. (1989). Relationship at risk. In J. Belsky, & T. Netz-worski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 742-775). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- CRITTENDEN, P. M. (1997). *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Milano: Masson.
- EASTERBROOKS, M. A. (1989). Quality of attachment to mother and to father: Effects of perinatal risk status. *Child Development*, 60, 825-830.
- FAVA VIZZIELLO, G. (1981). *Per una clinica di neuropsichiatria infantile*. Milano: Masson.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., ANTONIOLI, M. E., COCCI, V., & INVERNIZZI, R. (1992). Dal mito al bambino reale. In M. Ammaniti (Ed.), *La gravidanza tra fantasie e realtà* (pp. 159-180). Roma: Il Pensiero Scientifico.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., ANTONIOLI, M. E., COCCI, V., & INVERNIZZI, R. (1993). From pregnancy to motherhood: The structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14, 4-16.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., ZORZI, C., & BOTTOS, M. (1992). *Figli delle macchine*. Milano: Masson (Traducción española Los hijos de las maquinas, Nueva Vision, Buenos Aires, 1993).
- FAVA VIZZIELLO, G. M., MAESTRO, P., & SIMONELLI, A. (1996). Implicazioni cliniche nella valutazione dell'attaccamento. *Imago*, 3, 311-322.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., REBECCA, L., BUFFADINI, C., POSSAMAI, A., & CEC-CANTI, S. (1995). Il cambiamento della rappresentazione nel post-partum: confronto tra madri di bambini prematuri e nati a termine. *Complessità e Cambiamento*, 4, 33-50.
- FIELD, T. M., DEMPSEY, J., & SHUMAN H. H. (1983). Five-year follow-up of preterm respiratory distress syndrome and post-term postmaturity syndrome infants. In T. M. Field, & A. Sostek (Eds.), *Infant born at risk: Physiological, perceptual and cognitive processes* (pp. 317-335). New York: Grune & Stratton.
- FONAGY, P., STEELE M., & STEELE, H. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

- FRODI, A., & THOMPSON, R.* (1985). Infants affective responses in the Strange Situation: Effects of prematurity and quality of attachment. *Child Development*, 56, 1280-1290.
- GEORGE, C., KAPLAN, N., & MAIN, M.* (1985). Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- GOLDBERG S.* (1988). Risk factors in infant-Mother attachment. *Canadian Journal of Psychology*, 42, 173-188.
- GOLDBERG, S., CORTER, C., LOJKASER, M., & MINDE, K.* (1990). Prediction of behavior problems in 4-year-olds born prematurely. *Development and Psychopathology*, 2, 15-30.
- GOLDBERG, S., PERROTTA, M., MINDE, K., & CORTER, C.* (1986). Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons. *Child Development*, 57, 34-46.
- KREISLER, L.* (1977). *Le devenir de la prématurité*. Paris: PUF.
- MACEY, T. J., HARMON, R. J., & EASTERBROOKS, M. A.* (1987). Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 846-852.
- MAIN, M., & GOLDWYN, R.* (1994). Adult Attachment Classification System. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- MAIN, M., & SOLOMON, J.* (1990). Procedures for identifying infants as disorganized-disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschooler years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- MINDE, K.* (1993). Prematurity and serious medical illness in infancy: Implications for development and intervention. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (87-105). New York: The Guilford Press.
- MINDE, K., GOLDSBERG, S., PERROTTA, M., WASHINGTON, J., LOJKASEK, M., CORTER, C., & PARKER, K.* (1989). Continuities and discontinuities in the development of 64 very small premature infants to 4 years of age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 391-404.
- NEGRI, R.* (1994). *Il neonato in terapia intensiva. Un modello neuropsicoanalitico di prevenzione*. Milano: Raffaello Cortina.

- O'CONNOR, M. J., SIGMAN, M., & BRILL, N. (1987). Disorganization of attachment in relation to maternal alcohol consumption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 831-836.
- PLUNKETT, J., MEISELS, S., STIEFEL, G., PASIK, P., & ROLOFF, D. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of American Academy Child Psychiatry*, 25, 794-800.
- RODE, S. S., CHANG, P. N., FISCH, R. O., & SROUFE, L. A. (1981). Attachment patterns of infants separated at birth. *Developmental Psychology*, 17, 188-191.
- RODNING, C., BECKWITH, L., & HOWARD, J. (1989). Characteristic of attachment organization and play organization in prenatally drug exposed toddlers. *Developmental and Psychopathology*, 1, 277-289.
- RUBIN, R. A., ROSENBLATT, C., BALOW M. A., & BALOW, B. (1973). Psychological and Educational Sequelae of Prematurity. *Pediatrics*, 86, 391-397.
- SAMEROFF, A. J. (1981). Longitudinal Studies of Preterm Infants. In S. L. Friedman & M. Sigman (Eds.), *Preterm birth and psychological development* (pp. 387-394). New York: Academic Press.
- SAMEROFF, A. J., & CHANDLER, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, E. M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research*. Vol. 4 (pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- STERN, D. N., ROBERT-TISSOT, C., BESSON, G., RUSCONI-SERPA, S., DE MURALT, M., CRAMER, B., & PALACIO, F. (1989). L'entretien R. In S. Lebovici, P. Mazet, & J. Visier (Eds.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 151-161). Paris: Ed. Eschel.
- VAN IJZENDOORN, M. H., GOLDBERG, S., KROONENBERG, P. M., & FRENKEL, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.
- WILLE, D. E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, 14, 227-240.

IMPORTANCIA DE LA FORMA Y DEL CONTINENTE EN LA INSTAURACIÓN DEL PSIQUISMO DEL BEBE*

Bernard Golse**

FORMAS Y CONTINENTES PRIMERO^{N.T.}

Desearía abordar el delicado problema de la prioridad de las formas y los continentes respecto a los contenidos, a los que preceden en el marco de la génesis del psiquismo. Y notablemente en lo que concierne a los continentes grupales que, creo yo que por una especie de reverberación, proporcionan todo su interés a la reflexión en grupo a propósito del material clínico que ofrecen los bebés.

En todos los grupos de trabajo en los que he podido participar o participo actualmente, me ha parecido que así como es relativamente fácil entenderse sobre lo que se observa a nivel del cuerpo del niño, o a nivel de representación en juego (pensamiento, representaciones mentales...), así también es difícil ponerse de acuerdo en cuanto a la vivencia emocional del bebé (afecto) y al grado de concienciación de sus intenciones (acto, actividad).

* Texto de la Ponencia presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYPNA), que bajo el título "Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente" se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Catedrático de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad René Descartes. París V. Jefe de la Unidad de Psiquiatría Infantil Hospital St. Vicent de Paul. París.

Dicho de otro modo, actos y afectos, tienen ambos algo del registro del cuerpo y del pensamiento, pero poseen probablemente un status intermedio, más o menos ambiguo y complejo, que reflejan las dudas de la reflexión grupal y ello incluso cuando los grupos de estudios se componen de personas muy cualificadas. Unos consideran que del bebé observado emanan bienestar y placer, y otros perciben al bebé en una gran dificultad, y con un gran desasosiego.

En mi opinión se trata de un reflejo contratransferencial grupal, de los procesos íntimos del propio niño, que afecta a la instauración, inscripción y estructuración de los niveles de funcionamiento del grupo que, gracias a la localización y construcción de formas, continentes y envolturas psíquicas, podrá permitir ulteriormente la puesta en acto y la afectivización. Y por ello la elección de mi título: “Las formas y los continentes primero” que resuena como un eco lejano del clásico: “Mujeres y niños primero”. En cierto modo: ¡Sálvese quien pueda! Sin duda, no se trata aquí de naufragio o catástrofe sino por el contrario de edificación y construcción.

Sin embargo, incluso en este movimiento de crecimiento, de maduración y desarrollo, la función de continencia (contención) puede aparecer como una función anti-dispersión, anti-desparramamiento, que permite reunir el primer contenido fundacional, y constituir un molde para el siguiente.

Es lo que trataré de ilustrar a continuación.

ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES.

Desde hace ya unas décadas, a partir de los trabajos de W.R. BION, la temática de las relaciones dialécticas entre continentes y contenidos está en pleno auge.

Tras haberse interesado por los contenidos segmentarios del lenguaje (fonemas, monemas, sílabas, palabras...) y por su

organización estructural (doble articulación, leyes sintácticas...), la lingüística –y sobre todo la lingüística subjetiva y discursiva –así como la pragmática, se han dedicado seguidamente al estudio de los continentes suprasegmentarios (ritmo, débito, timbre, prosodia, musicalidad...) en su función propia de representación (representatividad) así como en su inter-relación con los contenidos citados precedentemente.

También, en la teorización psicoanalítica, creemos haber podido reconocer un psicoanálisis de los continentes (Yo-Piel, holding, envolturas psíquicas...) desarrollado sobre las adquisiciones de un precedente psicoanálisis de los contenidos (percepciones, afectos, fantasmas, ideas...).

En realidad, aunque solo sea por efecto de la contextualización, existe una dialéctica profunda entre continentes y contenidos, que no están solamente en una relación de ajuste o de inclusión más o menos estática. La aprehensión de las cosas no puede ser aquí más que resueltamente dinámica y citaré algunas frases de D. Houzel, sacadas de un trabajo dedicado a la integración de la bisexualidad psíquica como elemento crucial, a nivel de los terapeutas (“soignants”) y de los dispositivos de tratamiento, y del impacto del bebé sobre los que de él se ocupan:

“He explicado, (en otro lugar), como concebía el proceso representado por las metáforas del contenido y del continente. Yo supongo que se trata de un proceso de estabilización estructural en el sistema dinámico que se crea entre la madre y el niño con la censura del nacimiento. Los aspectos maternos del objeto juegan un papel de polo de atracción, es la función seductora de la madre en la teoría psicoanalítica, ampliamente retomada por Jean Laplanche. Los aspectos paternos son los que, a mi entender, permiten organizar los niveles de estabilidad, formas estables, en el gradiente de energía que se crea entre sujeto y objeto. Corresponden a los pliegues de los que habla Geneviève Haag, cuya huella puede

imprimirse en la psique del niño para constituir poco a poco su mundo interno”.

Lo cual, con toda seguridad, remite a toda la cuestión del rodeo por (a través) el otro en la edificación de la psique del niño. No insistiremos más en ello.

Los filósofos por su parte, a través del concepto de entorno, se interesan por las inter-relaciones entre fondo y forma, entre continente y contenido, y resulta interesante releer, desde esta perspectiva, a M. Serres (“El contrato natural”), que atestigua a su manera de esta manera de ver las cosas.

Para terminar con estas propuestas preliminares, recordaremos que, si bien la operación epistemológica habitual se centra ante todo sobre las características del objeto ya instaurado, más que en el estudio de los prerequisites o de los precursores, entonces –ya que en materia de psiquiatría y de psicoanálisis precoz el estudio de los continentes ha sucedido al de los contenidos– podemos sin duda deducir que la puesta en marcha de los continentes psíquicos precede y condiciona el advenimiento de los contenidos, tal y como testimonian, por ejemplo, los trabajos de D. Anzieu sobre el Yo-piel.

LOS CONTINENTES PRIMERO EN LOS DIFERENTES CAMPOS

En su obra titulada “El hilo del tiempo”, A. Leroy-Gourham sostiene la hipótesis de que, a nivel de la producción pictórica prehistórica, las representaciones abstractas habrían aparecido antes que las figurativas.

Dicho de otra manera, la inscripción de motivos rítmicos, de contornos temporales elementales (alternancia del día y la noche, ciclos estacionales, retorno de referencias celestes...) parece preceder, de lejos, las primeras representaciones de animales, de personajes o de escenas diversas (caza, guerra...).

En música igualmente, desde el punto de vista del compositor, el marco de la obra se encuentra a menudo definido antes de su escritura propiamente dicha, pero es sobre todo del lado del oyente cuando la percepción y el investimento del continente en su conjunto (contornos rítmicos, frase melódica, intensidad, armonía, orquestación...) se impone de primeras sobre la sensibilidad a los contenidos musicales en sí mismos (motivos, temas, variaciones...).

En este terreno, los trabajos psicoanalíticos de autores como M. Poizat o G. Rosolato, resultan muy elocuentes.

En esta perspectiva, se puede además sin duda, avanzar la idea de que la fuerza de atracción de un cierto número de composiciones musicales depende de su capacidad de entrar o no en resonancia con nuestros ritmos corporales más profundos y arcaicos.

La ópera utiliza, por ejemplo, cierta organización progresiva del caos (movimientos de muchedumbres, sonidos informales, esbozos rítmicos...) para hacer emerger temas o leit-motiv que a modo de figuras resaltan sobre un fondo más o menos desorganizado.

Estos procesos de despeje evidencian una dialéctica continente-contenido fundada sobre la precesión de los continentes sonoros o vocales.

En el campo de la creación literaria, cabe mencionar el célebre estudio del tímido por G. Flaubert, que, a semejanza del obsesivo, y a causa de su ansiedad, descubre al otro “poquito a poco”, remontando desde los pies hasta la cabeza, como si tuviera que retrasar al máximo el cruce de miradas, el afrontamiento mental, y la visión finalmente sintética o global del otro.

Finalmente, en materia de descubrimientos y creaciones, la aparición de nuevas técnicas de medida o de estudio (continentes) ha permitido con frecuencia nuevos descubrimientos

(contenidos) que a su vez abocan sobre nueva tecnologías, generando una espiral de procesos de innovación.

La puesta a punto del electrómetro por Pierre y Marie Curie, así como el descubrimiento del telescopio, ilustran perfectamente este tipo de operación científica y esto a sabiendas de que ya para G. Bachelard (como ha recordado útilmente D. Houzel), toda invención técnica materializa de alguna manera los conceptos teóricos de una disciplina concreta en un momento de su historia.

PRIORIDAD DE LOS CONTINENTES EN EL CAMPO DEL DESARROLLO, DE LA PSICOPATOLOGÍA Y DE LA CURA

No se trata aquí más que de algunos señalamientos en cursiva y de algunos datos no exhaustivos que tratan solamente de ilustrar la hipótesis propuesta.

1. En el terreno del desarrollo precoz, del crecimiento y de la maduración psíquica, surgen rápidamente algunos ejemplos

- Cada vez se acepta con más unanimidad que, para el bebé, la interiorización del holding, del handling, de la voz y de los ritmos maternos tiene lugar mucho antes de la instauración del objeto en tanto que tal.

Este proceso debuta quizás desde el período intra-uterino durante el cual el feto percibe (¿e integra?) cierto número de ruidos surgidos del interior del cuerpo materno (latidos cardíacos y aórticos, borborígmicos digestivos...), cierto número de fenómenos más o menos rítmicos (contracciones parietales, presiones trans-parietales...), e incluso ciertos fenómenos que emanan del entorno externo próximo de la madre (voz humana por ejemplo).

Todas estas interacciones feto-maternales constituyen probablemente los cimientos (en el sentido arquitectónico del término) del futuro sistema interactivo que se instaurará tras el nacimiento y que, él también a su vez, estará centrado en la noción de continentes.

- En su extraordinario movimiento de atracción hacia el rostro humano, el bebé, va a dedicarse, desde el comienzo de su vida, a una verdadera exploración visual del contorno del rostro del adulto (trabajo de demarcación en cierto modo de la figura –o del rostro– con respecto al fondo) antes de aventurarse en la localización de los elementos incluidos, contenidos, en ese contorno (ojos, nariz, boca...). La fase de exploración de contornos, correspondería más bien a la época de las dos o tres primeras semanas de vida del bebé, durante las cuales predomina la mirada “pegada - húmeda - suspendida” que describe G. Haag, mientras que la exploración del “dentro” de la cara implicaría, según los términos de esta autora, la utilización de la mirada “penetrante”, que no excluye la precedente.
- En otro lugar, he mencionado, refiriéndome al Pequeño Príncipe de Saint-Exupery, como, en mi opinión, la edificación de envolturas psíquicas condiciona y prepara la instauración de vínculos objetales propiamente dichos, lo cual remite, quizás, a que la identidad grupal precede a la identidad individual. Y aquí también las cosas pueden comprenderse en términos de dialéctica continente /contenido.
- En cuanto a los trabajos de D.Stern, también a su manera, no hablan sino de continentes, se trate de “feeling shapes”, de representaciones de interacción generalizadas, de envolturas proto-narrativas, o incluso de la armonización de afectos, ya que todos estos conceptos permiten, en el fondo, comprender como el bebé va rápi-

damente a localizar el estilo interactivo del adulto que se ocupa de él, extrayéndolo, en cierto modo, del ruido de fondo de sus múltiples estimulaciones sensitivo-sensoriales. Y precisamente, el estilo interactivo - noción eminentemente dinámica - permite acceder mucho más a un contorno de conjunto del co-partícipe (“partenaire”) relacional que a una imagen puntual, más o menos estática del mismo. Lo cual, por otro lado, confiere retrospectivamente un valor absolutamente premonitorio al famoso comentario de S. Lebovici: “El objeto es investido antes de ser percibido”.

- En esta línea se podrían todavía escoger otros ejemplos en el campo del desarrollo precoz. La “capacidad de ensoñación (rêverie) maternal” (W. Bion) como función de contención y de transformación de las producciones psíquicas iniciales del bebé a fin de que puedan advenir en tanto que contenidos de pensamiento pensables y asimilables por la psique del niño; las primeras denominaciones del niño que, también según Bion, juegan un papel de molde, de cáscara anti-dispersión de “conjunciones constantes” localizadas antes de llenarse de contenidos privados específicos de cada biografía; finalmente, los fantasmas originarios no representan en el fondo más que moldes generales de la organización fantasmática, condición “sine qua non” de la actividad fantasmática ulterior que, aquí también, se llenará progresivamente de temas, contenidos y escenarios propios de cada sujeto.

2. En el terreno de la psicopatología y de la cura

Se podría igualmente citar numerosas situaciones en que formas y continentes parecen ser investidos antes que los contenidos, lo que, por supuesto nos aleja un poco del bebé y de los procesos de emergencia del pensamiento.

Evoquemos, sin embargo, todo el terreno de la psicología de las percepciones, que muestra bien que finalmente se percibe siempre antes la rosa que los pétalos, pero sabemos hasta que punto la psicopatología puede venir a perturbar este movimiento habitual. Basta, por ejemplo, pensar en los protocolos del Rorschach de sujetos obsesivos esquizofrénicos, o de niños disléxicos, que parecen, precisamente, tener dificultades para poner en marcha el barrido visual globalizador, previo a la localización analítica y segmentaria de la frase escrita.

En cuanto a la cura o a las psicoterapias, se podría disertar a gusto sobre las relaciones mutuas entre funciones continentes y mutativas de la interpretación, sobre la actividad de ligazón que precede necesariamente toda elucidación de contenidos e incluso del lugar de las interpretaciones tópicas en la dinámica del tratamiento.

Esta es la rápida enumeración de problemáticas en las que prevalece la idea del investimento previo de los continentes respecto de los contenidos.

Y es que, finalmente, ¿es que verdaderamente hay algo en todo esto como para asombrarnos?.

¿No es el psicoanálisis, en su conjunto, ante todo una metapsicología del encuadre, como lo ha señalado D. Houzel en su comparación entre la observación llamada experimental y la psicoanalítica?.

En cuanto a la emergencia del psiquismo, del cuerpo al pensamiento, ¿hay que asombrarse de que los continentes ocupen un lugar primordial e inaugural una vez que se mantiene con firmeza la importancia de la ausencia en la inducción de los procesos del pensamiento, la teoría de las pulsiones y el concepto de “a posteriori” (“après-coup”)?

¡Ausencia, pulsiones y “a posteriori”!: tres elementos cruciales que el bebé nos invita sin duda a replantear, y, ciertamente, a no abandonar!

La ausencia que remite a la auto-continencia, las envolturas que anuncian los vínculos por investimento pulsional del objeto, el “a posteriori” que puede diferirse o condensarse en el tiempo pero que requiere siempre el soporte de envolturas narrativas.

Si nos mantenemos sobre nuestras posiciones psicoanalíticas, quizá llegaremos algún día a hacer del bebé un sujeto que no sea un intruso ni resulte herético, al incluirlo en la reflexión metapsicológica más rigurosa.

EMERGENCIAS ANSIOSAS EN LA ADOLESCENCIA*

Alain Braconnier**

La teoría freudiana de l'après coup está en el centro de la cuestión de la emergencia ansiosa en la adolescencia. Pero ¿se debe hablar de emergencia o de reemergencia?

Por mi parte distingo tres modalidades psicológicas de emergencia ansiosa en la adolescencia:

1. La angustia puberal, ligada a las incertidumbres de lo que denominamos “cuerpo liberado”, es decir, de un cuerpo liberado de las limitaciones del desarrollo, no habiéndole permitido todavía al niño poder disfrutar plenamente, el conjunto de las potencialidades del cuerpo humano, como el caso de ese joven en psicoterapia por una fobia del semblante que desplazaba y proyectaba sobre su rostro, sus angustias sexuales.
2. La angustia decisional ligada a las incertidumbres del “psiquismo liberado”, es decir de un psiquismo liberado de las identificaciones de la infancia, en particular edípicas, a las imagos parentales y por lo tanto a las elecciones.

* Artículo publicado en *Psicoanálisis de niños y adolescentes*, 1996, 9, 120-129. Reeditado con autorización del autor. Sobre este artículo versó su Ponencia presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA), que bajo el título “Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente” se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Francia. Director de la Asociación de Salud Mental del Distrito XIII. París.

nes parentales, como el caso de esa joven hija adoptada, ante la elección entre el miedo de parecerse a su madre adoptiva y el de parecerse a su madre biológica a quien ella no podía imaginar como una mujer sin moral.

3. Por último, la angustia depresiva ligada a las incertidumbres del “self liberado”, es decir de la representación de si liberada o, en otros términos, de una subjetividad que induce al sujeto a tratar a la vez sus fantasmas y su conocido riesgo implícito del sentimiento de fracaso, de insuficiencia y de impotencia, como esos numerosos adolescentes de quienes ya he hablado en mis artículos sobre lo que denominé “la amenaza depresiva”. Particularmente, pienso en esa adolescente haciendo un viaje inicial en el transcurso de sus vacaciones de verano y recorriendo Rusia en el Transiberiano, viaje en el cual se sintió traicionada por sus dos amigos que la acompañaban, quienes consideró que no la había protegido suficientemente, y, tras ellos, traicionada por su padre quien había debido prevenirla de los peligros que debía enfrentar en ese país, que él conocía bien por razones profesionales, y respecto del cual ella había querido mostrar su capacidad para desenvolverse sola, efectuando ese viaje a ese país, que, a nivel inconsciente, la acercaría a su padre. Esta amenaza depresiva constituye una especificidad clínica de la psicopatología del adolescente.

CLÍNICA DE LA AMENAZA DEPRESIVA EN LA ADOLESCENCIA

En 1986, introduje la idea de que existía en la adolescencia un cierto tipo de depresión, que no era ni el trabajo de duelo de todo el proceso adolescente normal, ni la melancolía, ni las crisis depresivas fácilmente reversibles que conocen muchos adolescentes.

Se trataba a mi juicio de un estado que sustituye al proceso normal de la adolescencia y que trataba muy seriamente el futuro del sujeto. Escribía entonces. “Este estado se caracteriza para nosotros por una incapacidad transformacional del objeto de amor, es decir por una gran amenaza del investimento sexual y erótico de nuevos objetos de amor para el basamento narcisístico del adolescente. Frente a esta amenaza, el adolescente renuncia, se vacía de todo nuevo investimento de objeto y puede deprimirse gravemente”. Esta amenaza, que representa para el basamento narcisístico del adolescente, el investimento sexual y erótico de nuevos objetos, no remite a una conflictualidad entre dos formas de relaciones objetales (el viejo y el nuevo), sino una sustitución de un modo edípico por una relación a “un objeto de amor original”. Esta verdadera sustitución es vivida de manera tan insoportable por ciertos adolescentes, que ninguna transformación del objeto de amor deviene posible. Aquí se observa en los comportamientos, de búsquedas incesantes pero estériles de nuevos representantes de este objeto de amor original y no transformado, tal que se les puede ver en las conductas sexuales desordenadas o asexuadas, en las conductas adictivas graves y aun más en la renuncia más o menos definitiva de búsqueda de ese objeto, como se puede encontrar en los fracasos escolares masivos, en los estados depresivos francos o en la elección por desesperación que viene a realizar un gesto suicida. Esta amenaza depresiva adquiere todo su peso en las rupturas del tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico en el momento en que el terapeuta no ha podido anticipar este movimiento más allá de las apariencias, descansándose en la manera en que el adolescente no puede transferencialmente “enamorar-se” (compartir con el otro lo más íntimo que tiene) por miedo a no poder “desprenderse” (del vínculo de apego a ese objeto de amor original). La adolescencia constituye un modelo exploratorio de esta clínica de la transferencia, de este traspaso del vínculo de apego original que recorrerá toda la existencia pero que se pone a prueba particularmente en el curso de ciertas

etapas de la vida, aquellas que confrontan al sujeto a lo que podemos llamar un trabajo de transformación.

MIEDO, ANGUSTIA, PAVOR, AMENAZA

¿Podemos hoy ampliar esta clínica de la amenaza? ¿Qué tendrá de específica frente a la clínica del miedo, de la angustia o del pavor?. Cuando el niño ve, en la noche, en su cuarto, a través de las persianas, el cartel luminoso de un negocio, frente a él puede tener miedo, como nos ha contado un adulto recordando sus miedos infantiles. El miedo plantea el problema del objeto. Cuando el mismo niño debe ir a acostarse, se angustia. La angustia plantea el problema del miedo sin objeto o del miedo sin su miedo. Cuando todos los días este mismo niño presenta terror nocturno, se desborda, invadido por una reacción cataclísmica, se asusta: “Pavor, miedo, angustia, son términos que se pueden utilizar como sinónimos, su relación al peligro permite diferenciarlos. El término angustia designa un estado caracterizado por la espera del peligro y la preparación a éste, aún si es desconocido; el término miedo supone un objeto definido a lo que temer; en cuanto al término pavor, designa un estado que sobreviene cuando se cae en una situación peligrosa sin estar preparado” (S. Freud).

Pero cuando el mismo niño se siente amenazado porque había una sombra en su habitación, experimenta pavor, el miedo, la angustia, ¿se podría decir que se siente desde el comienzo y ante todo amenazado? Allí no hay desbordamiento (ni pavor, por lo tanto) ni relación lógica, proporcional, adaptada al peligro (No hay por lo tanto tampoco miedo), ni indeterminación total del peligro (por lo tanto, ni angustia). El término “amenaza” instala todo el problema de la angustia en relación a la realidad y al fantasma. ¿La sombra, para ese niño, no tenía el problema de esta relación? Más ampliamente, puede haber angustia de castración sin la percepción de la castración. El pequeño tiene un pene, la niña no lo tiene, se le ha

cortado. Una realidad muy simple pero por la cual a pesar de todo, Freud siempre ha necesitado dos ingrediente. La construcción (o lo abstracto, lo teórico) y la percepción (o lo concreto, lo práctico). ¿Antes de hablar de angustia de castración o de percepción de la castración, no se podría más felizmente permanecer en la ambigüedad de la sombra, es decir, no hablar ni de angustia ni de percepción pero si de amenaza... de castración?

Esta amenaza está presente en tanto que esta relación entre la realidad y el fantasma permanecen vagas, ambiguas, en búsqueda de sentido, de semantización. La clínica transferencial de la amenaza, deviene entonces en una clínica temporal de la relación transferencial donde el terapeuta puede, en un primer momento, sentirse él también invadido por su sombra, una sombra amenazante, la de la indeterminación entre la realidad y el fantasma del peligro. El primer encuentro (que puede durar mucho tiempo) entre el sujeto y su psicoterapeuta o su psicoanalista es, para el primero, conscientemente, pero para el segundo, más a menudo inconscientemente, un encuentro marcado por esta sombra y por lo tanto por esta amenaza. La elaboración, durante el desarrollo del tratamiento y los diferentes sentidos o la semantización designada verbalmente de este peligro adquieren así todo su valor. El psicoanálisis opera ciertamente sobre los actos del lenguaje, pero en la medida donde estos últimos sirven para significar una acción, es decir el sentido de los actos, podemos añadir aquí el sentido de amenaza que estos actos del lenguaje enuncian, los tratamientos psicoterapéuticos que proponemos nos permiten comprender entonces su utilidad.

Amenazas depresivas, amenazas ansiosas, amenazas desorganizantes o psicóticas aparecen de manera manifiesta como una búsqueda de elaboración de esta semantización inscribiéndose desde el comienzo del encuentro entre un sujeto y aquel que busca para ayudarlo y de quien él realmente espera ayuda. Muchos niños para hacer frente a una vida adulta, tal es

la problemática de la adolescencia, la adolescencia concebida no tanto como una etapa de la vida sino también como un proceso que el análisis del adulto recompone en múltiples partes de las cuales la infancia y la edad adulta se amenazan siempre recíprocamente.

La emergencia ansiosa de la adolescencia no puede ser seguramente aislada de un punto de vista semiológico como de un punto de vista psicopatológico de la ansiedad del niño. Ella no persiste como un objeto específico de estudio para la comprensión de lo que sucede en la adolescencia sino también para la comprensión de la angustia humana general.

BIBLIOGRAFÍA

- BRACONNIER, A.* Le syndrome de menace dépressive. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1991 398-9, 337-340.
- FRED, S.* *Essais de Psychanalyse*. Payot, París, 11^o éd.. 1968.
- HAYWARD, C., KILLEN J., HAMMER L., WILSON D., SIMMONDS B., TAYLOR C.* Pubertal stage and panic attack history in sixth and seventh grade girls. *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149, 1239-1243.
- KAGAN J., REZNICK J.S., SNIDMAN N.* The physiology and psychology of behavioral inhibition in young children. *Child Dev.* 1987, 58, 1459-1473.
- MARKS I.* Blood injury phobia. A Review. *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145, 1207-1213.
- THYER B. A., PARRIS R.J., CURTIS G.C., NESSE R.M., CAMERON O.G.* Ages of onset of DSM-III. *Anxiety Disorders Compr. Psychiatry*, 1985, 26, 113-122.

ASPECTOS PSICODINAMICOS Y PSICOTERAPÉUTICOS DE LA CONSULTA PUBLICA*

Francisco Martí Felipo y Juan Otero Rodríguez*****

Las ideas que vamos a exponer se basan en la revisión que realizamos durante el tiempo transcurrido entre los meses de Marzo y Junio de 1997 de un grupo de niños que acudían periódicamente a la consulta ordinaria, después de haber realizado las primeras consultas entre 3 y 7 años antes del momento actual.

Sobre las características de estos niños destacamos que su lugar de residencia es el área metropolitana de la zona sur de Madrid, que rodea a nuestro hospital, por lo que en su mayoría pertenecen a una clase social y económica baja o muy baja.

Nuestra consulta está situada como uno más entre las distintas especialidades pediátricas. Así se facilita que muchos de los niños que llegan a la consulta vengan derivados por nuestros vecinos de otras áreas médico-quirúrgicas. De las veinte familias que hemos seleccionado para nuestra reflexión, 4 casos llegaban de Alergia, 4 de Gastroenterología, y 6 de otras

* Ponencia presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYNA), que bajo el título "Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente" se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Psiquiatra y Psicoanalista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

*** Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

especialidades pediátricas. El resto de los casos fueron enviados por equipos de atención primaria desprovistos de cobertura en salud mental infantojuvenil.

De estos 20 casos, 6 niños iniciaron las consultas entre los 2 y los 5 años de edad, otros 9 niños al entrar en la latencia (6-8 años), y los 5 restantes contaban entre 9 y 12 años en el momento de las primeras consultas. Existía un predominio de los varones, trece, sobre las chicas. Vemos pocos bebés, puesto que, en las unidades de neonatología y lactantes, son las madres las que nos son remitidas por un alto grado de angustia. Pensamos que bastantes pediatras carecen de una visión unitaria que integre suficientemente la psicopatología del vínculo entre la madre y los niños menores de tres años.

El motivo de consulta principal es el psicosomático (doce niños), bien sea bajo la forma de una enfermedad como el asma, o bien como síntomas físicos no lesionales, sobre todo de tipo digestivo. Los otros ocho niños acuden por perturbaciones afectivas o problemas en las relaciones interpersonales.

Estos niños vienen con una periodicidad de 1-2 veces al mes, o bien semanalmente en los momentos de crisis.

A todos ellos se les ha practicado una exploración con técnicas proyectivas (Rorschach, Gráficos, CAT), para discutir mejor entre nosotros tanto los aspectos estructurales de la personalidad como la evolución clínica de los casos. De esta manera articulamos las impresiones diagnósticas y psicoterapéuticas, y conservamos merced al marco de trabajo que describimos nuestra identidad como profesionales de orientación psicodinámica.

La edad del niño en el momento de las pruebas era al menos 3 años después de las primeras consultas. Nuestro diagnóstico estructural abarca: 1) una neurosis traumática, 2) ocho niños con neurosis sintomáticas (una de ansiedad, dos fóbicas, dos obsesivas y tres depresivas), 3) dos niños con

neurosis de carácter, 4) ocho niños con personalidad pregenital o borderline, 5) una muchacha esquizofrénica.

En primer lugar, nos ocuparemos de ilustrar a través de viñetas clínicas tomadas del contacto con estos niños, algunos aspectos psicodinámicos cuya consideración nos parece relevante: la relación entre enfermedad somática y conflicto psíquico, el dolor infantil por abandono, y los fracasos en la mentalización.

En segundo lugar abordaremos las cuestiones psicoterapéuticas básicas que nos ha planteado la evolución de estas consultas con el grupo de niños y sus familias: ¿Cómo llegan? ¿Qué traen a las primeras entrevistas y cómo se les recibe? ¿Por qué siguen viniendo? y ¿En qué les es útil?

ENFERMEDAD SOMÁTICA Y CONFLICTO PSÍQUICO

Daniel, de cuatro años, comenzó con asma a los 18 meses, requiriendo múltiples ingresos al principio; en líneas generales ha ido mejor pero ahora le castigan mucho por su comportamiento y tiene pesadillas.

Al conocerlos, Daniel exige una atención exclusiva e intensa: “Píntame un E.T. muy grande, ¡grandioso!... ¡Serás mi amigo!” La descripción de la madre nos recuerda el tipo psicósomático de relación objetal que describió Melitta Sperling (1955): “yo soy así por cómo ha estado el niño. Discrepamos mi marido y yo sobre si protegerle o no hacerle ni caso, si agobiarnos o decirle que no”.

Las pesadillas de Daniel son muy variadas y motivan miedos al dormirse: “Hay un fantasma verde que no deja entrar en la cueva a los niños que se acercan. Iba a repartir un tesoro con sus piratas del ojo tapado. Mientras se arreglaban para hacerse una foto, yo era el jefe de un bar con gente mala”.

A los siete años, y ante la lámina 9 del C.A.T., frente al conejito solitario en la cuna, Daniel da una respuesta que inicia

nuestro diálogo sobre la relación entre enfermedad somática y conflicto psíquico (Schneer, 1963; Moran, 1987).

Daniel: “Hay una cama del hospital 12 de Octubre, el niño tiene una enfermedad de muerte, el Sida, que se infecta la sangre de muerte, hay que quitar y buscar un antídoto”.

“Es que a veces estar enfermo te asusta mucho a ti”.

Daniel: “Pero como me regañen, toso. Porque me castigan”.

“O sea que es peor cuando te hacen enfadar”.

Daniel: “Vengo un poco malito hoy, porque me ha pegado mi madre cuando veníamos en el tren hasta aquí”.

“Ya te veo disgustado con tu madre y conmigo porque te parece que no te queremos”.

Daniel: “Eso sí que es verdad. Ahora te voy a ganar a las fichas. He soñado que uno de los Gremlins buenos hacía cosas a mamá, y yo le mataba”.

“Entonces lo de quedarte con mamá para ti sólo, y lo de querer ganarme a mí, te parece a veces que es de niño malo”.

Eulalia Torras (1996) postula la potenciación de los elementos terapéuticos del trabajo diagnóstico y pronóstico en la asistencia pública. Cuando Daniel cumple diez años, los padres afirman que “ha mejorado muchísimo en su salud y prácticamente hace la vida normal”. No obstante, sigue sin tener amigos y la madre se deprime con él. El estudio psicológico practicado va a mostrar que la adaptación a la realidad de Daniel es insuficiente, con dificultades para su proceso simbólico. Se observa un déficit de recursos y una fragilidad defensiva. En su estructura borderline existen rasgos psicóticos latentes, y llama poderosamente nuestra atención una inusual preocupación por el cuerpo, que actúa como defensa frente a angustias de fragmentación y de muerte que no puede elaborar.

EL DOLOR INFANTIL POR EL ABANDONO

En algún momento del seguimiento es necesario atender a otras personas de la familia. Nos enteramos así de cómo fue la infancia de la madre, la relación con su propia madre, y en qué estado se encontraba cuando nació (Stern, 1995). De acuerdo con nuestra experiencia, muchas de estas madres sienten como internamente conflictivo precisamente aquello que se refleja en la relación con el hijo que traen a consulta, y que tiene precisamente que ver con su maternidad. En nuestra muestra, tenemos mujeres deprimidas (ocho casos), conflictos graves de pareja con divorcio parental (cuatro familias) y un subgrupo de padres abandonantes que dejaron que su recién nacido creciera parcial o totalmente en manos de la abuela materna (cinco niños).

No es corriente ser testigos de las intensas crisis dolorosas de uno de estos niños abandonados:

Sergio ha vivido con los abuelos maternos y fue remitido a los cinco años porque los pediatras observaron que, “cuando se relaciona con la madre, aumenta su sintomatología de vómitos”. Dos años después, Sergio acude repetidamente a la urgencia pediátrica por unos episodios de fuertes cefaleas y vómitos que desconciertan a los neurólogos infantiles. Acudimos a verle y nos espeta una sarta de preguntas: “¿Por qué mi madre es tan mala? ¿Por qué no me compra juguetes?... Ni me lleva al cine, ni cochecitos ni cuentos suyos he tenido... ¿Por qué no me llevaba al colegio?... ¿Por qué me abandonó?”.

Es difícil transmitir la lucha infantil contra el dolor psíquico que Sergio sostiene en esos momentos, como si le fuera imposible asumir la realidad de que es su abuela quien le había acogido desde el medio año de vida.

Meses después, Sergio sufre crisis de angustia al dormirse, acompañadas de la sensación de que su madre está presente a su lado y se queda con él: “Desde mi cama veo su cara. Lue-

go sueño que mi perrito se ha muerto y que está desembarcando un tiburón en la playa de mi cama. Y sobre todo que viene una chica con su serpiente y me asesina. Doctor amigo, ¿y si tú te mueres?, ¿y si le pasa algo a mi abuela?... ¿dónde voy yo?. Me mandarían a un internado, tengo la cabeza demasiado llena... Ha de volver mi padre. Cuando hago los deberes, siempre pienso que no tengo hogar”.

Quiere dibujar una ambulancia porque va a ser conductor, “para velar por la seguridad de las personas”. La casa que pinta queda también reducida a una silueta, vacía por dentro. Los contactos sociales de Sergio son precarios, aunque precise mucho de las demás personas, y busca satisfacer necesidades elementales con algunos adultos. En el Rorschach practicado a los once años, dominan los rasgos psicóticos sobre una estructura borderline. Hay alteraciones y distorsiones del curso del pensamiento, y parece en riesgo de caer en la confusión delirante ante un conflicto. Sus déficits narcisistas acompañan a los graves problemas de identidad.

LOS FRACASOS EN LA MENTALIZACIÓN

Cuando ordenamos el grupo completo de historias, caemos en la cuenta de que los niños que llevan acudiendo espontáneamente de cuando en cuando por la consulta durante años, ofrecen graves dificultades para la mentalización y para la representación simbólica de sus conflictos.

En los ejemplos clínicos hasta ahora resumidos, los síntomas psicósomáticos evolucionan como trastornos de personalidad, porque falta o falla la misma función yoica o preconscious que transforma las sensaciones somáticas y los afectos (Lecours y Bouchard, 1997). Se cae en diversos tipos de actuación y de externalización (una manifestación borderline o prepsicótica), o bien se sufre una somatización en sentido amplio, que abarca cualquier salto de lo psíquico a lo físico (la

salida psicósomática). La agresión y otros derivados instintivos elementales no se contienen en la propia mente y son dirigidas hacia fuera, mientras que en otros momentos las sensaciones pulsionales permanecen en el interior de cuerpo como fuente de malestar.

La perturbación en las relaciones interpersonales (la falta de amigos), el trastorno en el contacto con la realidad (las fantasías omnipotentes y mágicas), la intensidad y el exceso de ansiedad, el comportamiento impulsivo, nos inclina a pensar en un síndrome borderline infantil (Robson, 1983). Vamos a relatar ahora el caso de un niño que logra una mejor mentalización gracias a los años de seguimiento.

Un fondo depresivo narcisista se encuentra tras el estado borderline de Miguel. La madre, en quien tendremos simultáneamente que tratar una depresión clínica, trae a su hijo a los nueve años por sus peleas y por su fama de mentiroso. “Ellos siempre empiezan. Los amigos se pueden volver en enemigos. No tengo amigos y me dan lo mismo los castigos del colegio y de casa”. Nos hace entrega de un carnet de socio de su “Club de monstruos”, club que ha organizado con su amigo para por ejemplo perseguir y asustar a las chicas. “Nuestra contraseña personal será “gafotas”, y el escudo del club es un rey que vuela con flechas y cadenas en el corazón”.

Está claro que en la consulta, Miguel no quiere parecer malo sino llevarse bien, sentirse aceptado y quizás querido, por ejemplo intentando arreglar los juguetes desmontados y rotos del consultorio. Nos confía el elemento traumático contenido en su angustioso primer recuerdo:

“Fue cuando tenía cuatro años y me entró pánico de la imaginación. Oí ruidos por la noche, con mi hermana acabada de nacer. Les dije a mis padres que pusieran crucifijos. Quería dormir en la cuna con Laura. Y voy y sueño que viene un aparato volador, que entra en casa y quiere matar a mi familia. Yo me quedé con un ojo cerrado y otro abierto, allí empezó el

trauma (sic). Me da miedo hablar de esas cosas de pequeño porque es como una caja fuerte que tengo en el alma y da temor abrirla”.

Le decimos: “Te sientes muy solo si está tu hermana”.

Para Miguel ella es ahora el núcleo de la atención familiar: “Yo era pequeñito. A mi hermana la cogía como un trasto y, de tanta envidia, se me iba para un lado”.

Miguel es muy inteligente, pero capta el entorno de modo particular e inusual, chocando con el ambiente sin saber por qué. Se enfrenta sin medir el daño, y se aísla por miedo a ser rechazado o abandonado. Es agresivo y opositor, aunque necesita el contacto afectivo y sentirse valorado. Quiere despertar interés, falsamente, mediante el mal comportamiento. Con el tiempo se interesa por la informática, y cesan las peleas y broncas con los de su edad.

CUESTIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Las cuestiones psicoterapéuticas básicas que nos ha planteado la evolución de estas consultas con el grupo de niños y familias son las cuatro siguientes:

- 1. Los motivos PSICOTERAPÉUTICOS de consulta.
¿Cómo llegan? ¿Qué traen a las primeras entrevistas
y cómo se les recibe? ¿Qué encuadre y actitud
les podemos ofrecer?**

Abrimos la puerta a un niño preescolar o latente que presenta síntomas psicossomáticos, y la interconsulta solicitada a nosotros es una más entre las peticiones rutinarias de exploración.

Como alternativa a una entrevista semiestructurada, nos proponemos en las primeras consultas una recreación de las

condiciones etiopatogénicas de producción de los síntomas, precisamente gracias a la técnica de juego. Ello permite al niño la comunicación de aquello que le preocupa, la elaboración sublimada de sus conflictos, y la construcción de una cadena de unión entre sus intereses y el mundo exterior.

Desde el primer encuentro, para los niños más pequeños somos “un médico que habla y que juega”.

Azahara nos fue remitida a los dos años y medio por “accesos de angustia e irritabilidad, y actitud caprichosa con las comidas”. Estaba ingresada, y lo más llamativo al explorarla era su mutismo, así como el hecho de que fuera la abuela materna, según Azahara, quien se ocupara de ella. Los padres andaban muy ocupados en su negocio de hostelería.

Después de conocernos, Azahara quiere “subir a los juguetes”. El juego que repite, consulta tras consulta, es uno en el cual los animales invaden la casa de los niños y les roban la comida, dedicándose a preparar succulentos menús de fideos, filetes y cerezas. El cerdo, el elefante y el conejo se instalan en el piso superior, y, de este modo, Azahara se siente una y otra vez tan triunfante como “Los músicos de Bremen”. Solamente la oímos hablar mientras dura este juego, y su vergüenza hace que no hable en la escuela.

Durante el seguimiento se hace patente su ansiedad pregenital de devoración oral, así como el miedo a perder a la figura materna. En su pensamiento predomina el proceso primario, la magia y la indiferenciación entre sujeto y objeto, la división del mundo según lo placentero que resulte. Quiere venir siempre a ver al médico de los juguetes, para construir ese tipo de representaciones de ficción que hemos citado. Hasta los seis años no nos dice que disfruta en el colegio jugando al pillapilla, charlando sobre sus muñecas, y leyendo cuentos.

Adrián, a los siete años, es remitido desde varias consultas del hospital por dolor abdominal, despeños diarréicos, enure-

sis, crisis asmáticas, anorexia, pesadillas y mala escolarización. La madre nos comenta lo que el niño dice de nuestra consulta: “Me gusta este médico porque me cae bien y le hablo. Es mi amigo, ¿cuándo vamos a verle otra vez? Quiero contarle que tengo miedo de que alguien entre en casa y me mate, a ver qué me dice”. Vimos después que Adrián buscaba apoyo en su sano deseo de ser un hombrecito, y en la consulta procuraba hacerse el valiente, como si focalizara ahí la petición transferencial de ayuda.

El deseo de contar los conflictos propios a alguien amistoso, y la espera de una respuesta comprensiva, constituye la esencia de la relación psicoterapéutica.

Un gastroenterólogo acude a consultarnos sobre Claudia, una niña de ocho años, a quien no hay forma de convencer para que siga la dieta necesaria por su enfermedad celiaca. Al ver nosotros a Claudia, resulta algo imposible de creer por ella lo que le dicen: “si no hace el régimen ni crece ni engorda, y se queda estancada”. La dieta se convierte en el campo de batalla con la madre.

Lo que por las noches teme Claudia es a Freddy Kruger, el protagonista de “Pesadilla en Elm Street”, y al muñeco diabólico. “Esos sí que buscan la sangre. Ni con el osito me duermo, porque puede transformarse en algo malo, y abro la luz corriendo”. Las excursiones nocturnas al dormitorio de los padres se suceden según sueña que su madre le castiga porque ha robado dinero para ir a arreglarse a la peluquería. La madre soporta este ajeteo muy mal, y llora con sentimientos de culpa.

Con la entrada en la pubertad, la vida de Claudia pasa de la fobia a la psicopatía. En el Rorschach que aplicamos, se observa que su tendencia a la evacuación le lleva a actuar sin registrar dolor interno alguno. A pesar de ello, existe una conciencia elemental de enfermedad: “Vengo para que no me ponga histérica, es que con mi madre chilló para hacerla de rabiar.

Ahora hago más lo que me da la gana que de pequeña, y tengo amigas cuando mi madre me deja bajar a la calle. ¡Escucha, que no te he acabado de contar!: he soñado que me enrollaba con Jean Claude van Dam en el tren de venir aquí. El revisor se molestaba y nos pedía el billete. Luego yo iba matando a todos los de mi familia y discutía con mi amiga. Cualquiera día de estos, me escapo de casa”.

Cuando presentamos en una sesión del servicio de Psiquiatría el caso de David, nos preocupaba su marcada tendencia a refugiarse en la fantasía narcisista. A los seis años nos quería convencer en consulta de que “mi culo es muy bonito, ¡y mira como existe de verdad, suelto por el cielo como una cometa!. No quiero decirlo porque me regañan, pero mi culo hace todo lo que yo le mando. Son dos: mi amigo culo Pedón y luego el culo de hacer caca. Como vosotros os tiráis pedos, y me dais cagalera con lo que me decís”. Remitido por la ansiedad asociada a su asma, la madre daba a luz una hermana en esos mismos días, con lo que la idealización del trasero propio resultaba un peculiar recurso ante la ampliación familiar.

2. La formulación psicodinámica y el cambio estructural.

¿Qué es lo primero que nos dicen?

¿Qué tipo de material presentan

y qué es lo primero que entendemos?

Nos acordamos de los niños y de sus familias, como ellos de nosotros, porque han depositado realmente parte de su problema en nosotros, quienes implícitamente hemos barajado desde el primer momento una formulación diagnóstica que incida en los circuitos recurrentes para comenzar un cambio estructural. Encontrado familias que están genuinamente preocupadas por el círculo vicioso que saben se repite de una generación a otra. Esperan encontrar en el psicoterapeuta infantil una mente receptiva y abierta que ponga en palabras

sencillas lo que comprende sobre lo que está pasando en el mundo interno del niño y en la relación reexperimentada en el consultorio (Boston y Daws, 1977).

“No quiero que sea una cadena”, dice la madre de Mario cuando nos le trae con cuatro años y siente que puede pasar lo mismo ahora que en su infancia. Ella no sabe si divorciarse de su marido, quien está muy ausente del hogar, y a la vez se siente ácidamente criticada por su propia madre, por querer independizarse desde que ha alcanzado la adolescencia. Huía de la ambivalente relación con su padre, ahora muerto y entonces en conflicto con su madre.

Mario nos fue remitido por los logopedas, que no conseguían oírle hablar. De nuevo gracias a la técnica de juego se consigue que, un año después, se atreva a decir cosas en consulta, y aparecen los rasgos simbióticos y psicóticos que interfieren en la construcción del lenguaje. Mario necesita el soporte anaclítico externo, alguien en quien apoyarse para tolerar la ansiedad de separación y la diferenciación con los otros y con el mundo exterior.

Jugando, su cabrita, su caballo y su elefante irrumpen y destrozan en su persecución a la niña, a su papá y al bebé que viven en la casa de juguete. Los niños malos dan una paliza a los buenos, hasta que llega un perro que les defiende. A pesar de ello, los malos roban cuanto pueden en la casa sin que la policía pueda hacer nada. Al final los chicos matan al muñeco-padre porque estaba pegando a uno de ellos, quien se queda de rey del castillo e invita a los demás porque les necesita de compañía. Antes de irse, Mario nos explica y pregunta sobre métodos de muerte y salvamento, en lo que entendemos como una petición de ayuda ante sus angustias básicas de abandono.

Para estos niños con personalidades pregenitales (Delforge et al, 1973) (los futuros borderline), su juego en presencia del psicoterapeuta despliega una modalidad de representaciones de ficción que va más allá del pensamiento concreto y que

permite un mejor desarrollo de la realidad psíquica (Fonagy, 1995). La capacidad de los padres para seguir la ficción de sus hijos pequeños como un estímulo placentero, y de participar en sus juegos, ayuda a mitigar la ansiedad asociada al principio de realidad (Moran, 1987).

Otras veces se proyecta confusamente el conflicto infantil de la madre sobre su hijo, como ocurre en el caso de Javier, remitido a los seis años por estreñimiento. La madre dice: “Yo era muy llorona. He sido tan bruta como Javier, de por narices no hacer lo que me decían, si mi hermana no me seguía. Tan agresivo como él no fui, mi padre nunca me ha pegado como yo lo hago, trabajaba todo el día y era algo alcohólico cuando volvió de Suiza a mis diez años”.

En Javier predomina la persecución anal y los vínculos inmaduros sadomasoquistas. Con la preocupación corporal y digestiva se unifica narcisistamente como persona. De forma abierta cuenta que quiere irse a vivir con su abuela, donde cede el estreñimiento y el enfado con su madre: “¿Quién es el jefe aquí? Por no cagar soy el malhecho. Mi madre no me hace caso, me araña y me pega, no me quiere. Tú ahora has de callarte porque yo soy el profe. Dibujaré al médico que me hizo daño tocándome la tripa, y le voy a poner yo ahora la goma, con un golpe en la cara y los pelos de punta por poner su mano en el enchufe. Luego jugamos a que en la ambulancia te llevan a ti. Aquí me gusta mucho venir y por eso me porto bien”.

La formulación psicodinámica tiene un valor práctico en la psiquiatría infantil de orientación psicoterapéutica (Shapiro, 1989). Describe el conflicto básico que explica los síntomas actuales y se integra en la estructuración de la personalidad, con un valor predictivo respecto de las respuestas terapéuticas. En los ejemplos clínicos que damos se advierte que las preguntas al niño sobre lo que sueña, practicadas en el momento dinámico oportuno, se instauran como un apartado

más en la historia clínica y contribuyen a perfilar las hipótesis diagnósticas.

Aquello que repite el niño en la relación terapéutica nos ayuda a comprender el impacto subjetivo de sus experiencias vitales, de la misma manera que las reacciones contrartransferenciales se valoran como posibles representaciones de las personas importantes del pasado biográfico del paciente (Kernberg, 1995). Cuando un estado afectivo domina en la transferencia, nuestra atención se centra en las sucesivas relaciones objetales internalizadas que el niño va sacando y colocando en su actividad, tanto bajo la forma de versiones sobre sí mismo como en tanto que aspectos de los otros.

Anabel acude a consulta desde los tres años por sus perturbaciones en el comportamiento, que han llevado a los servicios sociales a creer que haya podido ser objeto de malos tratos y de abusos. No ha conocido a su padre y la madre sufre de un estado melancólico. A los cinco años sueña que, cuando iba a comprar chucherías, le saca en la tienda una señora roja las uñas verdes. Nos dice en consulta que la ayudemos porque se enfada mucho con su madre, e ingresa en una cama pediátrica porque oye voces que la mandan matarse a ella o a su madre. Le cuesta quedarse sola en nuestra consulta por si desaparece su familia.

A los nueve años, sigue transfiriendo su ambivalencia de una forma muy oscilante. “Hazme caso, no puedo seguir más en el colegio, yo cuidé a mi madre cuando tuvo la depresión. Me quiero quedar ingresada porque no aguanto a nadie y la cabeza me dice que me escape y me cure sola. Hoy he soñado que la doctora quería envenenar a mi madre. Mi madre es más graciosa que tú, pero yo la insulto porque qué asco de madre, quiere más a su hijo. No voy a decir nada hasta que venga, es que los maridos de mi madre se han portado muy mal”. Otras veces, reproduce en consulta las discusiones caseras y nos llama mentirosos o que sólo pensamos en regañarla.

3. LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

¿Por qué siguen viniendo? Estos niños continúan acudiendo periódicamente a consulta porque la relación que van desplegando les permite vehiculizar los afectos, emerger la fantasía agresiva y asumir los diversos componentes de la sexualidad infantil.

Rafael, de seis años, acude al hospital por vómitos, pero enseguida resulta llamativa su falta de compañeros de juego. Confecciona multitud de chapas de jugadores, de su equipo de fútbol y de ciclistas, a la vez que sueña que está en la guerra y hace una metralleta. Durante meses, sus visitas a nuestra consulta se reducían a jugar con el terapeuta partidos, carreras y campeonatos, donde los deportistas famosos iban siendo lentamente sustituidos por los nombre de sus compañeros de clase.

Transcurren dos años, y Rafael monta en el recreo el “Club de Master Guay”, con una reunión semanal obligatoria para planear juegos de rol, de la que él es el subjefe. Nos regala el correspondiente carnet de socio honorario, mientras confiesa que le ha dado un disgusto la chica de la clase que le gusta porque ha mirado a otro.

La conversión somática de Rafael se incrusta en un funcionamiento obsesivo. A los diez años, parece tomar conciencia de conflicto psíquico: “Apúntalo: me pongo muy rebelde con mi madre, porque le hace más caso a mi hermano. El próximo día que venga celebramos nuestro cuarto cumpleaños de consultas, y luego me das el alta porque tengo que estudiar”.

La madre de Rafael realiza un trabajo elaborativo de la neurosis infantil reactivada con su hijo: “Ya tuve una depresión muy gorda antes de nacer Rafael, que me venía de la niñez, desde que murió mi madre de corazón cuando yo tenía diez años. Me sentí culpable, soñé que se moría el mismo día que

se murió, luego me curé, y ahora es por las cuñadas que no me hablan. Si yo le quiero tanto, ¿por qué me pongo tan borde con Rafael? De tenerle muy protegido, en cuanto nació el pequeño, a Rafael le traté como muy mayor y le hice comer solo. Mi padre trata mejor al pequeño y yo, sin querer, hago lo mismo con Rafael, también permito más al pequeño. Le llevo siete años a mi hermano pequeño y ese me quitó todo, porque yo era la niña de la casa”.

La anamnesis asociativa permite observar los huecos en la biografía y en el peculiar mundo de vivencias de un niño a una determinada edad. El niño expresa y cuenta cosas que le han pasado desde la última vez que estuvo con nosotros, de forma que está usándonos para dar continuidad a su autobiografía. Nuestras opiniones y comentarios estimulan al yo del niño a desgajarse de la compulsión de repetición que activa sus síntomas neuróticos y sus comportamientos sadomasoquistas (Diatkine, 1982).

En nuestra veintena de familias se presentan situaciones traumáticas, de separación y de duelo, que ayudamos a elaborar.

Uno de los niños que crecen con la abuela es objeto de una violación anal que se convierte en un suceso desestructurante interno. El impacto es de tal naturaleza que sólo una ayuda prolongada puede intentar contrarrestar la sumación del trauma a su situación de partida con unos padres drogadictos. En cambio, una de las niñas, hija de padres separados y que también pasa el día con la abuela, sólo presenta una inhibición escolar depresiva y reversible con las consultas, en la medida en que sabe aprovechar la posibilidad de mantener un contacto fructífero y periódico con ambos padres. En cuanto al duelo en la infancia por la muerte del padre, nos ha tocado seguir a una niña en un largo y discontinuo trabajo de elaboración de dicha pérdida y de la consiguiente interferencia en el desarrollo.

4. Una ayuda para el crecimiento.

¿En qué les somos útiles? ¿Qué ocurre para que se consiga empujar el desarrollo del niño?

A lo largo de los seis años que abarcamos, cinco de estas familias desaparecen por un tiempo de la consulta. Pasados los meses, vuelven porque recuperan la confianza en nuestra forma de escucharles. En ocho de estos niños nos atrevemos a hablar de un pequeño cambio estructural en su funcionamiento mental. El asma desaparece porque, además de los tratamientos físicos, el niño ha ampliado su círculo vital e intereses. En ocasiones parece como si el paciente tolerara mejor la responsabilidad y efectos de sus acciones.

Paulina Kernberg (1995) considera criterios que sugieren una mejoría en el funcionamiento psíquico, como fruto de la psicoterapia infantil: una mayor libertad en la relación con el terapeuta, la percepción de la sensación de que hay un proceso en las sesiones y del poder de las intervenciones, así como la combinación de juegos, sueños y afectos, con una mejor comprensión y un desarrollo de las sublimaciones.

Tomás habló en su primera consulta a los ocho años de un hermano muerto antes que él, y de cómo fue convenciéndose de que el amigo imaginario que le acompañaba desde pequeño era una invención suya. Había sido remitido por su hipochondría en relación con el asma, así como por diversas obsesiones de limpieza. Cuatro años después, resumía el sentido de sus visitas: “Quiero venir para desahogarme y porque me gusta contarte lo que pasa. Me ayudaste al principio en lo de que con las manos no podía contagiarme. Ahora ya no me mandan tanto lo de haz esto y lo otro en casa...me veo más mayor y tengo más amigos. A Alergia no me importa dejar de ir, porque lo del asma ya no es nada...me va a costar desprenderme de ti y dejar de venir aquí de cuando en cuando”.

Parece que en la consulta psicoterapéutica, la relación con nosotros, se internaliza como algo positivo, tanto por sus fun-

ciones de apoyo y escucha como por las cosas que se recuerdan como interpretaciones comprensivas que dieron qué pensar. Anna Freud (1965) propugnó el desarrollo en los hospitales de una técnica de primeros auxilios mentales, que abarcara los distintos niveles de ayuda al yo del niño, desde los elementos lúdicos para la psicoprofilaxis de la ansiedad hasta la interpretación analítica significativa.

Interrumpiremos este trabajo rememorando la tercera agrupación infantil en la que tuvimos el honor de formar parte, mediante nuestro correspondiente “carnet de socio”. Durante un año, algunos de estos niños acudieron a un grupo de psicoterapia, mientras sus madres se reunían en el cuarto de al lado con otro terapeuta. El grupo de niños ideó y practicó una fantasía compartida: la de constituir un equipo quirúrgico nocturno que, una vez pasada revista a las novedades exploratorias de las que habían sido objeto durante la semana, reproducían lúdicamente, en la figura imaginaria del médico que les atendía, sus peculiares versiones del tratamiento médico-quirúrgico al que habían sido sometidos. El psicoterapeuta pasó de ser un posible voluntario para sufrir pasivamente dichos experimentos a admitírsele como un testigo y consultor excepcional de las formas psíquicas en que es vivida la enfermedad somática, los procedimientos terapéuticos, y el dolor en el propio cuerpo, enfermo y dependiente de los profesionales adultos.

BIBLIOGRAFÍA

- BOSTON, M.; Y DAWES, D.* (1977): The child psychotherapist and problems of young people. London, Wildwood House.
- DELFORGE, J.; HAYEZ, J.Y.; Y VANECK, L.* (1973): "Approche clinique des personnalités prégénitales chez l'enfant et l'adolescent". *Psych. Enfant*, 15, 2, 399-459.
- DIATKINE, R.* (1982): "Propos d'un psychanalyste sur les psychothérapies d'enfants". *Psych. Enfant*, 25, 1, 151-177.
- FONAGY, P.* (1995): "Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities". *Int. J. Psycho-Anal*, 76, 1, 39-44.
- FREUD, A.* (1965): The child in the hospital. En Bergmann, T.H.: Children in the hospital, New York, I.U.P., 135-151.
- KERNBERG, P.* (1995): Individual psychotherapy. En Kaplan, H. y Sadock, B. (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, William & Wilkins, 2399-2412.
- LECOURS, S.; Y BOUCHARD, M.A.* (1997): "Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation". *Int. J. Psycho-Anal*, 78, 5.
- MORAN, G.S.* (1987): "De l'interaction entre troubles psychologiques et diabète infantile". *Psych. Enfant*, 30, 1, 33-58.
- MORAN, G.S.* (1987): "Some functions of play and playfulness: a developmental perspective". *Psychoanal. Study Child*, 42, 11-30.
- ROBSON, K. S.* (ed.): The borderline child: Approaches to etiology, diagnosis and treatment. New York, McGraw-Hill.
- SCHNEER, H. I.* (1963): The asthmatic child. Psychosomatic approach to problems and treatment. New York, Harper & Row.
- SHAPIRO, T.* (1989): "The psychodynamic formulation in child and adolescent psychiatry". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28, 5, 675-680.
- SPEHLING, M.* (1955): "Psychosis and psychosomatic illness". *Int. J. Psycho-Anal*, 38, 5, 1-8.

STERN, D. (1995): *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy.* New York, Basic Books.

TORRAS, E. (1996): "Modalidades terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes: la dinámica subyacente". *Cuad. Psiq. Psicoter. Infantil*, 21/22, 83-104.

LA CUESTIÓN DE UNA POSIBLE BÚSQUEDA DE SUS PROGENITORES POR EL NIÑO ADOPTADO, Y LA NOVELA FAMILIAR*

Michel Soulé**

Las reticencias que conciernen a la información del niño se explican por el temor a que el niño quiera menos a sus padres adoptivos que a sus progenitores, a los cuales él considera sus “verdaderos padres”, y tenga la tentación de buscarlos. De hecho, cuando los padres adoptivos acuden al psiquiatra infantil, tanto éstos como el niño suelen recurrir al hecho de la adopción para explicar la causa de los trastornos, y muchos adolescentes adoptados se han basado en su adopción para justificar su malestar, sus fugas o su rebeldía.

Además de que los síntomas, las angustias y las fugas no son típicas de los niños adoptados, en la clínica y en la terapéutica se encuentran problemas específicos propios de la psicopatología general y el estudio clínico de los trastornos supuestamente ligados a la adopción pone en evidencia la existencia de dificultades derivadas de la movilización de las fantasías de la novela familiar, tanto en los padres como en el niño. Esta fantasía prevalece y está muy extendida ya que se encuentra, según Freud, en todos los destinos. Las páginas

* Documento aportado por M. Soulé sobre el que ha versado su exposición en el XI Congreso Nacional. Extraído de “La Adopción”, capítulo 156 del Nuevo Tratamiento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Dir. Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., 4 volúmenes, 3.200 páginas, PUF. ed., París 1995.

** Profesor Honorario de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en la Universidad René Descartes, París V, Director de COPES.

que escribió sobre ello figuran en el ensayo de Otto Rank *El mito del nacimiento del héroe*, aparecido en 1909 (trad. 1983).

Freud recuerda la necesidad de oposición entre generaciones y describe las etapas.

“La tensión, nacida del hecho de que sus propias inclinaciones difícilmente encontrarán la respuesta que exigen, tiende a resolverse dentro de esta idea, a menudo conscientemente evocada desde la infancia, de que es niño de otro lecho, un niño encontrado”.

La siguiente etapa en la puesta a distancia de los padres constituye la novela familiar de los neuróticos, que no siempre es evocable conscientemente, pero que, según Freud, aparece prácticamente siempre en el psicoanálisis.

El niño quiere realizar sus deseos y corrige la realidad. Se aleja de sus padres desdeñados, sustituyéndolos por otros de un mejor nivel social, bien sea utilizando el encuentro casual de elementos reales, bien por una elaboración surgida de lecturas o de deseos particulares.

Además, más adelante, el niño percibe la diferencia entre las funciones sexuales del padre y de la madre y comprende que “*Mater est certissima, sed pater semper incertus*”. Ya no duda del parentesco físico con la madre, pero elige otro padre al cual ennoblece. Éste es el segundo estado, llamado estado sexual de la novela familiar, con el deseo de imputar a la madre, objeto de la curiosidad sexual más grande, amores secretos y colocarla en una situación clandestina de adulterio.

Freud termina mostrando cómo el niño es capaz de saciar sus necesidades de venganza y represalias, de robar las prerrogativas a sus hermanos mayores y de sentirse inocente de toda atracción sexual, incestuosa, por sus hermanas que no son de su sangre.

E. Jones (1953) recalca que, teniendo en cuenta la particular relación entre las edades de los diversos personajes en su

constelación familiar, Freud se interesó muy pronto, desde las cartas de Fliess, por la novela familiar.

La novela familiar es una fantasía diurna consciente, más o menos elaborada, y que se sitúa dentro de reelaboraciones conflictivas muy diferentes.

Laplanche y Pontalis (1964), en su artículo sobre los fantasmas originarios, lo definen así: “Es un escenario con elaboración secundaria, una escena, en el sentido en que lo entiende Freud. Con relación al fantasma inconsciente, es un sueño contado a doble escalón y con doble transcripción.”

“Constituye una removilización del fantasma originario con interferencia de la vivencia individual.”

Sus relaciones con el recuerdo-encubridor fueron evocadas por el propio Freud: elementos sacados de la realidad, encuentro con personajes importantes, desacuerdos de los padres, seducción por personal del servicio, etc.

En todo caso, es un encubrimiento con valor temporal, donde la realidad con respecto a la fantasía, juega un papel comparable al del resto diurno en el sueño.

La novela familiar constituye un bello ejemplo del papel y de la función de las fantasías.

Su papel, con respecto al conflicto edípico, es flagrante, y se sitúa:

- a) Nivel del conflicto objetal
- b) Nivel de la restauración narcisista.

Fantasía típica del período de latencia, la novela familiar forma parte de la herencia del conflicto edípico que el niño reorganiza protegiéndose constantemente; y el conflicto edípico está ligado al lazo recíproco del parentesco y de la filiación, y no a la continuidad cromosómica: aun siendo informado de que tiene otros progenitores, que incluso pueden ser “racial-

mente” diferentes de sus padres, el niño adoptado no puede escapar de los fantasmas originarios, de la escena primitiva, del conflicto edípico y de sus angustias.

La novela familiar arregla el personaje paterno desvalorizándolo y haciéndole sufrir una castración simbólica en varios registros, privándole incluso de su filiación: su hijo ni vino de él ni le pertenece.

También el papel maternal es modificado. El niño reconoce la seducción sin sus peligros; se autoriza fantasías sexuales sobre su madre por un “héroe interpuesto” y corre menos riesgos prestándose a otro, todopoderoso, con el que se identifica. Utiliza además, a menudo, sus fantasías “manipulables” como tema masturbatorio.

Gracias a la novela familiar, segunda versión, el niño niega la escena primitiva. Separa a los padres y lleva las relaciones de su madre, todopoderosa, a otro lugar con un desconocido todopoderoso y no castrable.

La noción de la restauración narcisista está totalmente implícita en la temática de la novela familiar. Ésta, como indica Freud, está organizada por el resurgimiento de la megalomanía infantil, y es una tentativa para vivir el edipo de un modo conflictual. Restablece el “poder total” megalomaniaco del niño cuando en los momentos de desesperación, se siente impotente: edipo, castración. La personalidad banal y la impotencia social de los padres hacen que sea urgente una rehabilitación de personajes que asuman plenamente sus papeles.

Se crean unos padres míticos reconstituídos por un sobreinversión narcisista a la medida del individuo, es decir, desmesurados. Los héroes, o incluso los hombres, sólo pueden ser héroes u hombres porque han creado ellos mismos a sus padres, como superpoderosos. La novela familiar es, sin duda alguna, un intento de exteriorizar el Ideal del Yo sobre un personaje y librarle así de las relaciones conflictivas con el

padre real, Superyo presionante que se desinviste. Y en consecuencia el Ideal del Yo y una imago superyoíca tolerante se oponen al Superyo sádico.

Esta fantasía permite una reorganización muy beneficiosa y se comprende que la podamos encontrar en estructuras muy diferentes:

1. Ensoñación diurna consciente, utilizada como ensoñación masturbatoria con complacencia narcisista durante la preadolescencia;
2. Tema dinámico de ambición, de carrera e incluso de destino, como se comprueba en la historia de ciertos héroes y, particularmente, en la aventura de Alejandro Magno.
3. Fantasma proyectado como realidad en el psicótico; puede convertirse en el tema del delirio de filiación en el niño o en el adulto y proporciona el tema favorito de los delirios imaginativos.

El gran valor dinámico de la novela familiar, durante los períodos críticos del desarrollo, lo demuestra el interés que tienen adultos y niños en todas las producciones literarias relacionadas con ella, tanto si se trata de cuentos para niños como si son melodramas o mitologías, en las cuales la novela familiar constituye la “trama prototípica” (Robert M., 1967).

En cuanto a la elaboración de la novela familiar en las familias adoptivas, tenemos que observar primero si el niño adoptado, sobre todo si le adoptaron desde muy pequeño, es un niño comparable a los otros en este tema. Si elabora fantasías, si lo hace con el mismo fin que los otros, si utiliza los mismos métodos y temas que los demás niños. Su situación legal y su doble red de referencia parental son nociones que intervienen de forma tardía en el campo de su comprensión y bastante más tarde en las bases de sus identificaciones y su asentamiento narcisista.

Si busca el compensar heridas, son las de su condición de niño en el sentido más general. Y si, en algunos casos, más tarde empieza a echar de menos a estos padres o a los otros, es por las mismas razones que tienen otros niños legítimos desgraciados o decepcionados por unos padres débiles. La realidad no aporta fantasmas.

Helène Deutsch (1949) describe ejemplos en los cuales el hecho de que los padres rechazaran la idea de revelar al niño su verdadera filiación se debía a su propia culpabilidad dentro de su propia novela familiar anterior, culpabilidad reavivada por la situación, pero proyectada y atribuida al niño con un desfase de una generación.

Nos hemos encontrado con numerosas situaciones en las que los padres llegan a inventar, con intención de prevenir al niño, una novela familiar en cierto modo profiláctica: "Obligados por circunstancias funestas, tuvieron que confiar su verdadero hijo a padres nutricios y luego no pudieron encontrarlo." Entonces tuvieron que recurrir a la adopción legal para encontrar por fin los hijos robados.

Se entiende el juego de relaciones y las identificaciones cruzadas que estructuran definitivamente este temor de los padres. Éstos, que ya temían, como hemos visto, que la revelación reavivara sus angustias de castración, imaginan * gracias al recuerdo que tienen de su antigua fantasía de la novela familiar* que su hijo fijará el suyo en sus padres naturales que idealizará a su antojo; no ven en ello más que la agresividad, y creen que serán atacados y desvalorizados de nuevo.

Probablemente sea en este análisis de los temores de los padres adoptivos a la búsqueda de los progenitores, donde mejor se percibe el valor de la adopción como revelador de la dinámica intrafamiliar.

* N del T. En el original "déli", traducible como: "negarse a reconocer".

Una situación bien distinta es la del niño abandonado, educado en una institución o cuyos cuidadores no le aportaron precozmente una familia afectiva. Estos niños no disponen de adultos parentales capaces de soportar las proyecciones fantasmáticas que requiere la organización de la novela familiar. Esta situación, por las carencias que comporta, induce en muchos casos a una neurosis de destino y a una estupidez neurótica: el niño abandonado y que ha vivido sin una familia, ni siquiera sustituta, elabora ciertamente una novela familiar, pero como una tentativa de esperar, y para fundar las bases de su narcisismo y de sus identificaciones. Buscan, más que nadie, convertirla en una realidad. Sus fugas, al contrario que en el caso del niño, adoptado o biológico, no tienen como objetivo el arreglar una relación parental conflictiva sino el acreditar que posee un origen real. El hecho de que frecuentemente abandone las búsquedas cuando está a punto de lograrlas demuestra el temor de encontrar en la realidad una renegación* que reactivaría heridas narcisistas profundas.

Un caso particular, pero que cada vez aparece con más frecuencia, es el de los niños que han vivido desde muy temprana edad en familias de acogida y que más tarde se convirtieron por decisiones jurídico-legales en niños adoptables durante el transcurso de su novela familiar.

La pobreza, la mediocridad o la incultura de los cuidadores de acogida, junto a las presiones de quienes requieren al niño, llevan a menudo a pensar que la adopción por parte de otra pareja es preferible al mantenimiento del niño * sin adopción - por parte de su familia de acogida, o incluso a la adopción por parte de ésta.

Los padres propuestos al niño pueden ser investidos como los padres ideales de la novela familiar, y el niño adoptado puede pensar en vivir su "cuento de hadas"; los cuidadores con quienes el niño puede haber vivido plenamente su complejo de Edipo son "rebajados" al rango de mercenarios vulga-

res, sexuados, sórdidos. El equilibrio económico de los diferentes interesados y la fuerza de la realidad, arrastran con frecuencia a serios conflictos internos e interpersonales entre padres adoptivos, niños y familia de acogida.

Sin embargo, la transferencia hacia los padres adoptivos de las emociones edípicas no liquidadas vuelven a sumergir al niño en una situación de angustia, sin la posibilidad de poder recurrir a una nueva novela familiar que resulte eficaz. Entonces los genitores son investidos como los padres ideales, a menudo suele tratarse únicamente de una “virgen-madre”, mientras que los padres de acogida representarían a las imágenes primitivas aterradoras, dispuestas a una persecución vengativa justificada hacia los niños que les han traicionado.

Para los niños que han seguido esta evolución, es muy difícil efectuar con sus padres adoptivos la reconciliación liberadora que les permitiría sentirse el “verdadero hijo” de sus “verdaderos padres”.

La noción de “padres verdaderos” y su asimilación a los procreadores se constituyen únicamente al declinar la novela familiar. Los verdaderos padres son efectivamente aquellos a los que el niño ha devuelto su status de padres, aunque no sean ideales, y sí vulgares y sexuados. Son los que han cuidado a su hijo, sin ejercer la retaliación (muerte, maldición, abandono), a pesar de sus sentimientos edípicos y la traición de la novela familiar, y que le invitan a crecer para convertirse a su vez en sexuado y padre.

Se entiende pues, que los sentimientos de filiación y de parentesco se establecen, no entre procreadores y procreados, sino entre los que han vivido juntos el conflicto edípico y la novela familiar.

Se entiende también, que la adopción tardía pueda presentar riesgos y que sólo pueda conducir a lazos familiares reales si los padres de acogida toman grandes precauciones y se comprometen en una participación auténtica.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA. CASO CLÍNICO*

**Cristóbal Serra Oliver, M^a Luisa Miquel Puigserver,
Carmen Martín Izard, y Antonia Gomila Blanch****

La madre de Juan A. de 10 años y 6 meses acudió a nuestro Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente derivada por su médico de familia en septiembre de 1991. La demanda que nos hace es que ingresemos a Juan A. durante un año en el Hospital Psiquiátrico pues ella no puede aguantarlo más. A partir de ahí, y teniendo como referencia el aparato conceptual psicoanalítico, disponemos nuestra escucha. Nos cuenta, muy nerviosa, que el niño va muy mal en el colegio, “muchos días no quiere ir o si va se escapa y en casa es un desastre, se pelea constantemente con su hermano dos años mayor que él”. Dice que ha llevado al niño a un montón de sitios, le han hecho análisis, tests psicológicos, TAC, E.E.G., etc... y que nadie le ha solucionado el problema. Manifiesta que está harta de que le tomen el pelo. Pide insistentemente que le ingresemos al niño. Nosotros la escuchamos, aguantamos el “chaparón” e intentamos darle otra cita para que nos traiga al chico y también los informes de las pruebas. Ella se tranquiliza un poco y está de acuerdo en volver.

* Comunicación presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYRNA), que bajo el título “Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente” se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Servicio de psiquiatría del niño y del adolescente. Complejo hospitalario Gesma Palma de Mallorca.

A la segunda entrevista acude la madre, Juan A. y la abuela materna. La madre, desbordada, nos insiste en el ingreso del niño. Dice que ella y su marido se separaron hace unos 8 ó 9 años (no puede precisarlo). Juan A. tendría unos dos años. Refiere que su marido no tiene ningún tipo de relación con ellos, está en estos momentos en prisión. También nos cuenta que ella tiene un hermano dos años menor que ha estado varias veces ingresado en nuestro Hospital, no sabe si por Esquizofrenia y teme que su hijo sea igual que su hermano. La abuela dice: “este niño es como él, cuando era pequeño mi hijo”.

Juan A. es un niño moreno, guapetón, algo desaliñado, de estatura normal para su edad y de constitución fuerte. Estaba cursando 5.º de E.G.B. en un colegio público y asistiendo a un aula especial pues, según su madre, estaba en un nivel de 2.º ó 3.º (recuerdo que contaba con 10 años y 6 meses). Siguiendo el relato de la madre, los problemas empezaron desde que comenzó en la escuela, en 1.º. Entonces ya comenzaron a verlo los psicólogos y hasta hoy. Indagando en los antecedentes personales del niño, la madre nos cuenta que el embarazo de Juan A. no fue deseado (¡qué remedio!, dice), es más, no supo con certeza que estaba embarazada hasta el 6.º mes de gestación, pues los médicos le habían diagnosticado, según ella, “un tumor porque veía la regla”. Tuvo anemia.

Según el informe médico que nos trae, era la tercera gestación de una madre de 22 años que había perdido a su primer hijo cuando contaba 5 meses de edad por meningitis. Su segundo hijo había tenido que estar ingresado 55 días en el Hospital nada más nacer.

El parto de Juan A. fue a término, pesó 2'850 Kg y midió 48 cm., tuvo un APGAR 9-10. Según la madre: “tragó porque-ría y tuvo que estar ingresado un mes”. Siguiendo el informe médico, a las 48 h. de vida ingresó en la UCI Neonatal por Neumotórax, tras aspiración meconial. Recibió antibioterapia

durante 10 días. A los 6 días de vida, después de haberse iniciado alimentación con leche maternizada, presentó un cuadro diarreico que persistió a pesar del tratamiento dietético por lo que se cambió la alimentación a leche sin lactosa. A los 15 días de vida empieza con vómitos, primero esporádicos y luego más continuos de dos o tres diarios, vómito post-ingesta. Sale del Hospital con los diagnósticos de neumotórax, intolerancia a la lactosa y reflujo gastro-esofágico. Se aconseja tratamiento en consultas externas de Neonatología y Psicodiagnóstico. Aquí ya alguien detecta la problemática psicológica o emocional que incide en dichos trastornos.

Los resultados de la exploración psicométrica que nos aportan y que fue realizada en octubre de 1989 contaba con 8 años y 10 meses, son: "Capacidad intelectual inferior a la media, con especial dificultad en pruebas de habilidad secuencial y coordinación visomotora. CI v 75, CI m 92. Organización perceptivo-motora: 6 años". La valoración se repitió al año siguiente en octubre del 90 contaba 9 años y 10 meses con resultados similares. El informe neurológico con fecha octubre del 90 redacta: "Está afecto de una debilidad mental borderline secundaria a encefalopatía hipóxica connatal. Los E.E.G. son inespecíficos y los TAC normales".

Otros datos que completamos en su anamnesis fueron: el desarrollo psicomotor fue lento, anduvo a los 2 años. El desarrollo del lenguaje también fue tardío. A los 2 años empezó a ir al parvulario, presentó una gran angustia de separación. La madre dice: "lloraba mucho, lo llevábamos arrastrando, se meaba encima". Respecto a la socialización, la relación con otros niños era bastante conflictiva, era agresivo. Había protagonizado pequeños hurtos, tenía miedo a los ascensores y a perderse en la calle. Desde hacía un año se levantaba por las noches e iba a la cama de su madre.

La madre tenía 32 años, trabajaba en unos grandes almacenes y en aquellos momentos nos dijo que estaba de baja por

toda esta conflictiva situación. Observamos a una madre desbordada, que no podía dormir, muy deprimida y que nos estaba pidiendo ayuda, ayuda para ella. Para nosotros esta es la Demanda Latente frente a la Demanda Manifiesta de querer ingresar a su hijo por un año, motivo por el que peregrinó de institución en institución hasta llegar a nuestro Servicio. Vemos que a parte de la patología de Juan A. también está la patología de la madre, ella nos está diciendo que no está bien para poder “aguantar” a este niño y que necesita que la ayudemos. Le proponemos seguir una terapia medicamentosa que acepta, a dosis muy bajas, para poder dormir. A Juan A. le damos también un poco de medicación, a bajas dosis, para tranquilizarlo. En la tercera entrevista la madre puede empezar a hablar más tranquila de su drama familiar. Cuenta que se casó a los 18 años, que su marido está en la cárcel... nos dice que Juan A. se parece a su hermano esquizofrénico. Dice: “dentro de 3 años, robará y me lo encerrarán”. Pide de nuevo que se lo ingresemos, “no puedo soportar a este chico y menos cuando está con el otro”. Durante estos días, Juan A. está en casa de su abuela materna para aliviar un poco a la madre, y ésta refiere que el chico está mejor y más tranquilo. También ella está más tranquila aunque sigue pensando que no puede atender a sus dos hijos. Nosotros pensamos en la agresividad que le despierta y el temor “a matarlo” que la invade. Pensamos en su historia porque ella tiene un hermano esquizofrénico y posiblemente esté recreando el vínculo que tuvo con su hermano ahora con su hijo. De alguna forma, la situación traumática se repetiría.

En la siguiente entrevista después de dos semanas, la madre sigue angustiada y con la misma demanda: “Juan A. lo rompe todo”. Se le aumenta un poco la medicación al chico.

Al cabo de un mes el niño se encuentra mejor. Se sienta y dibuja un campo de fútbol, escribe una historia y se tranquiliza. La madre manifiesta una nueva recaída en su depresión. Los niños han estado con ella en casa varios días que eran

festivos. La abuela piensa que su hija a veces no se toma la medicación.

En la siguiente entrevista, después de 3 semanas, madre e hijo están mucho mejor. La evolución es muy buena. La madre y el niño están contentos. Él viene muy bien peinado y con un aspecto sonriente... Parece orgulloso de poder decir que las cosas van mejor.

Han pasado ya 6 meses desde la primera entrevista, madre e hijo están relajados, la madre aparece ahora conformada, puede soportar la situación y ver a su hijo de forma más positiva e incluso con orgullo. La madre ha dejado espontáneamente la medicación pues se siente curada de su depresión. El chico sigue medicación a dosis muy bajas.

En la siguiente entrevista dicen que le han hecho un E.E.G. en la Residencia de S.S. que ha sido normal y unos tests. Siguen dificultades a la hora de irse al colegio. Se presentan “dolores” que expresan angustia de separación de la madre. Al cabo de un tiempo “hace novillos”.

Durante unos 3 años desde la primera entrevista, vinieron a vernos cada 5 ó 6 meses. La madre estaba perfectamente y el chico iba al colegio. Había mejorado su rendimiento escolar aunque algunas veces seguía sin querer ir a clase o haciendo novillos.

Hace un año aproximadamente me encontré a la madre en los grandes almacenes donde sigue trabajando. Su aspecto había mejorado notablemente, había ganado peso y se la veía feliz, me comentó que Juan A. ya trabajaba y que tenía novia. Me dijo que muchas veces pensaba en pasar por el Hospital para saludarnos.

Queremos resaltar que en el fondo esta madre pedía una ayuda para que: primero, pudiera estar tranquila con su hijo sin que éste la deprimiese y segundo pudiera reparar su narcisismo con una imagen positiva de su hijo.

El hecho de que captáramos el drama de esta mujer supuso que no se sintiera rechazada ni vivida como una madre que quiere rechazar a su hijo. Esto fue la clave para que se sintiera comprendida, dejó su actitud de defensa contra el psicoterapeuta y pudo hablar de su depresión en un clima de confianza sin miedo a ser juzgada.

Resumiendo, los dos puntos fundamentales de la acción psico-terapéutica fueron captar la demanda latente y a continuación no caer en una contractitud negativa frente a la agresión defensiva de la madre.

VÍCTOR, UN NIÑO DEPRIMIDO*

Núria Fillat**

Lo que me ha motivado a presentar esta comunicación es el impacto que me produjo el rostro de Víctor, un rostro lleno de amargura, que observe ya en la primera entrevista, donde aparece una historia de desencuentro y sufrimiento, y en la exploración psicológica realizada donde muestra un mundo interno lleno de objetos muertos.

La historia de Víctor me ha despertado mucho interés y me ha llevado a reflexionar, por un lado, sobre la depresión en el niño, pero sobretodo en éste niño en particular.

Voy a presentar algunos fragmentos de la primera visita y de la exploración psicológica realizada y algunos puntos de reflexión que me ha sugerido.

En la primera visita vienen la madre y Víctor que tiene 10 años.

La madre físicamente es alta, en cambio Víctor es pequeño de estatura para su edad, de aspecto raquítico, está escondido en su anorac, de donde asoma su cabeza, tiene una tez

* Comunicación presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYNA), que bajo el título "Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente" se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Psicóloga. Fundación Eulàlia Torras de Bèa. Hospital de la Cruz Roja. Barcelona.

oscura pero lo que más me destaca es su expresión seria que yo veo como llena de amargura.

La madre explica el motivo de consulta. Dice que es disléxico, que desde hace un año sigue un tratamiento de dislexia y le han detectado una falta de atención, por lo que le recomendaron una consulta a un psiquiatra que le ha prescrito una medicación (Rubifen) que esta tomando desde hace 2 ó 3 meses. La madre habló de todo ello con el médico de cabecera que le aconsejó que hiciera una nueva consulta, y es por lo que nos llega a nuestro Servicio del Hospital y nos pide un estudio global del chico.

Parece ser que la madre detectó la dislexia de su hijo a través de una revista. A raíz de un programa de televisión que hablaban sobre dislexia se puso en contacto con la persona experta invitada y así fue como inició el tratamiento.

La madre quejosa dice que aunque presenta dificultades de aprendizaje y también en el área del lenguaje, la escuela no ve la necesidad de que se realice este tratamiento de dislexia.

La madre explica que Víctor tiene un carácter muy intolerante y intolerable, chilla por todo, se enfada con todos en casa. La hermana, que tiene 12 años, esta amargada con él. El chico dice a veces a la madre: “no sé que me pasa pero tengo que ir incordiando”. Con el padre le pasa igual, incordia. Acaban todos chillando, castigando y llorando. Le cuesta reconocer cuando se equivoca. Con los amigos aguanta más, no se pelea.

Cuando me dirijo al chico responde lacónicamente, muy flojo casi no le oigo. Dibujara durante la entrevista pero escucha... no se miran prácticamente con la madre.

De la historia evolutiva destacaré solo algunos aspectos que me parecen más significativos:

Peso- 3Kg. añade que es madre fumadora.

Lactancia: le dio el biberón porque con la hija no tuvo suficiente leche, luego añade, “quizá los 15 primeros días le di”,

dice la madre, no se. Las papillas bien, tenían que triturarle todo. Come poco desde siempre, si ve el plato lleno no lo quiere.

La evolución le costó (andar, comer, comer solo...), “no quería ir al cochecito pero tampoco quería andar”...

De bebé era muy llorón y movido.

La madre describe al niño de pequeño como tozudo y malhumorado, no le veían la cara contenta. Si le llevaban una cosa quería otra, nunca contento. Ahora sigue igual, “todo es un rollo”, nunca tiene suficiente, si va al cine es porque no le han comprado palomitas, etc...

La madre le dice muchas veces que cansa mucho. Protesta si le hace sopa, para ducharse, para salir de la ducha, poner la mesa...

Creo que mucho de lo que detecto sobre Víctor lo encontramos muy a menudo en el niño que padece un estado depresivo. Hablo de depresión en el sentido psicodinámico y estructural, no me refiero a la depresión en el sentido comportamental, clínico o fenomenológico.

La madre dice que si ella no esta encima todo lo hace a ultima hora. Tiene que estar pendiente porque si no le dice nada le da mas trabajo, entonces tiene que ir a la escuela a llevarle lo que se ha olvidado en casa. No se hace la cama. Hay días que cuando se va al colegio la madre ya esta cansada.

Según la madre no cumple los pactos, al salir del colegio sube a casa cuando quiere, luego deduzco que si sube la madre no lo deja bajar porque tiene deberes.

Cuando el padre llega a casa, no pueden hablar ellos, tiene que incordiar, dice la madre. Reclama a los padres cuando están juntos...

La madre explica todo esto en un tono como cansado, monótono, aburrido. Va relatando como un monologo mirando

hacia arriba como que ya no puede más pero al mismo tiempo como distante.

Observo que me despierta un gran interés este niño y todo lo que la madre explica pero al mismo tiempo noto que se me hace pesado y aburrido el discurso de la madre. Pienso en una madre abatida, deprimida, distante, obsesiva.

En esta primera entrevista, oyendo el relato de la madre y viendo al niño absorto en su dibujo se me representa madre y niño como 2 mundos, uno al lado del otro, la madre en su mundo, con un monologo monótono y aburrido y el chico en el suyo dibujando un mundo lleno de agresividad y terror. (Dibujo 1)

Esta dramatización de la relación que aparece en el transcurso de la entrevista, lo expresa el chico en su dibujo, donde dibuja 2 bolas del mundo, rodeados de marcianos y lleno de peligros (verdugo)

Durante los días que se realizó la exploración psicológica nuevamente llama la atención la seriedad de su expresión facial, no sonríe nunca. Se muestra ansioso y poco reflexivo. Colabora en las pruebas pero transmite distancia y amargura.

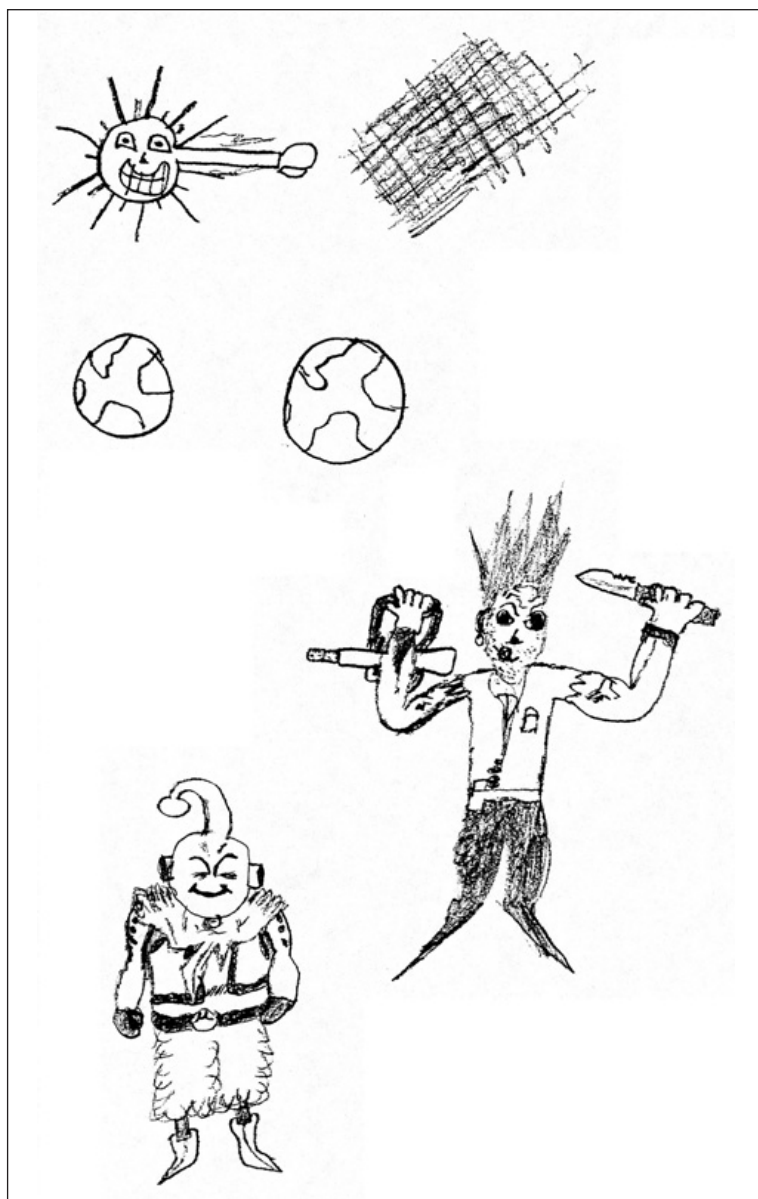
Destaca el contenido de las pruebas proyectivas.

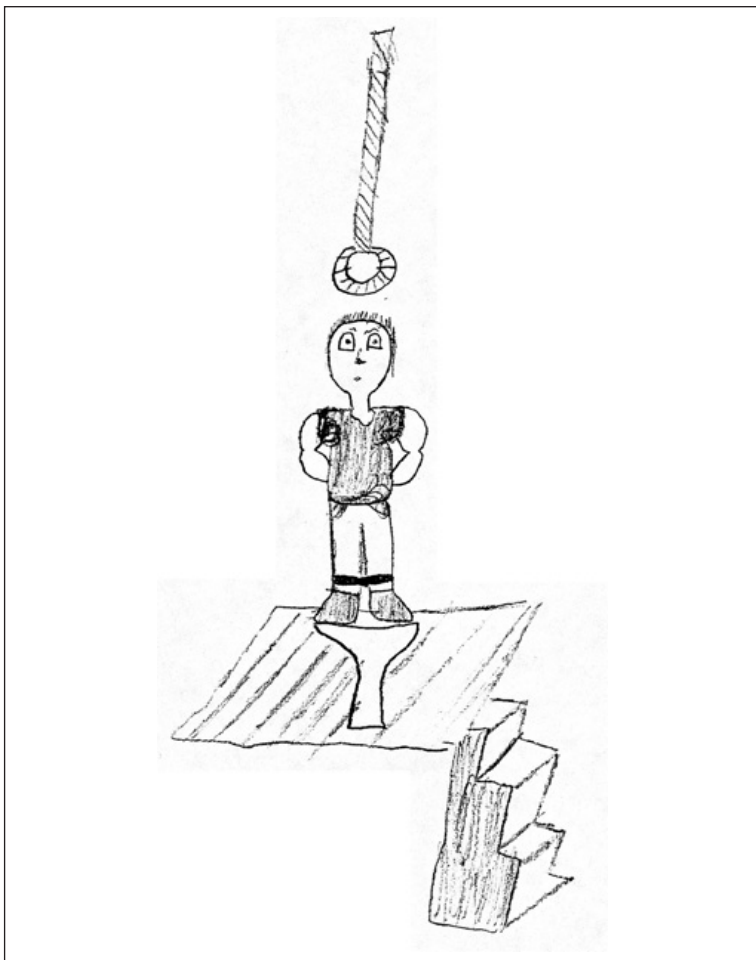
DIBUJO LIBRE

Dibujo libre (Dibujo 2) “Es una persona que ha cometido un delito y lo van a colgar”

En la prueba proyectiva TAT impresiona la repetición del tema de la muerte que está presente en 13 de 16 láminas. Expresa una vivencia de fuerte insatisfacción y fuertes ansiedades persecutorias y agresivas que acaban destruyendo de una forma total y masiva. Muestra unos objetos internos muy destruidos que llevan a la autoeliminación.

Voy a leer 4 láminas para ilustra-lo:5-8-13-16

*Dibujo 1*



Dibujo libre

TAT

5- esto era una señora que vivía con unos vecinos era casi de noche y oyó ruidos y bajó a ver lo que pasaba y cuando abrió la puerta vio a un señor en la cama muerto y una señora en el sofá mirando la tele que estaba muerta.

8- Esto era un niño que su padre estaba muy enfermo y tuvieron que llevarle al médico porque le habían disparado en la barriga con una escopeta y cuando vieron quién lo había matado descubrieron que había sido él mismo.

13- Un niño que encontró una casa que estaba solitaria quería ver qué había dentro y vio que había un hombre muerto.

16- Un señor estaba en un bar sabía que querían matarle y no sabía que el camarero también lo quería matar. Cuando el camarero le llevó la cerveza antes de dársela le puso un líquido para matar y el chico en lugar de beberse la cerveza se la tiró al camarero y como el camarero estaba con la boca abierta tuvo que tragarse el líquido para matar.

Estos relatos expresan la vivencia de fuertes ansiedades persecutorias-agresivas que configuran un mundo interno muy destruido y destructivo.

Terminada la exploración psicológica tengo una nueva entrevista a la que vienen la madre y el chico.

Cuando explico la depresión del niño, a la madre le produce un fuerte impacto. Enseguida reacciona defensivamente, irritada señalando al niño diciendo que aquí esta muy quietecito pero fuera no es así y culpabilizada diciendo que dejó de trabajar para ocuparse de él.

La impresión que yo tuve es que la madre ya sabía sobre la depresión de su hijo, inconscientemente quizá, pero que no había podido reconocérselo ella misma, quizá por el sentimiento de culpa que le podía despertar, una culpa intolerable por lo que se siente muy atacada ante la depresión del niño y cuando yo lo pongo en palabras.

Pienso que quizá se ha roto el sistema defensivo, el problema no es la dislexia como ha sostenido la madre, después de todo el recorrido por la dislexia que ha tenido que hacer, ella sola sin el apoyo de nadie, con mucho esfuerzo y ahora ve que no funciona.

En esta visita se me hizo mas clara también la impresión que tuve en diferentes momentos de la primera entrevista respecto al sentimiento de culpa de la madre, y el temor a que yo también la culpabilizara.

Así la acusación constante al chico destacando todo lo negativo de él, culpándole sin poder acercarse a las necesidades y sufrimiento de él. Por ejemplo cuando la madre habla que él de pequeño no quería ir en cochecito y tampoco quería andar, yo le digo si quería ir en brazos, la madre dice irritada “¡ah sí claro!”.

O la justificación del peso del niño al nacer dice que es fumadora. O cuando hablando de la lactancia dice que no le dio el pecho porque con su hija no tenía suficiente leche y añadió luego,” quizá los 15 días primeros le di, no sé”...

Esta respuesta no me queda clara si es que realmente no recordaba o fue promovida por un sentimiento de culpa, en el sentido de que esto es lo que tenía que hacer y es lo que yo esperaba de ella. Pienso que posiblemente se sentía juzgada por mí como madre.

En una nueva entrevista conozco al padre, que según la madre no soporta al niño, no se entienden en nada, si juegan se pelean como 2 niños, es un enfrentamiento continuo. El padre por lo que explica de su relación con el niño me parece muy inmaduro.

El padre no ve la depresión en su hijo, según él no lo ve triste, lo que está es enfadado siempre.

Alberto J. Campo (1984) en su artículo “La depresión en la infancia y la psicoterapia psicoanalítica” dice:...”la tristeza del niño es difícilmente tolerada por el adulto: el niño no sabe ni puede describirla sino es diciendo que esta aburrido o enfadado...”. El autor nos alerta de que la depresión puede aparecer encubierta a través de distintas manifestaciones que muchas veces no se tienen en cuenta y que salen a la luz a través del fracaso escolar o cuando el síntoma es muy molesto...

Me pregunto que factores han podido influir en la depresión de Víctor. No se sobre factores genéticos pero si me parece evidente que existen tanto factores constitucionales como ambientales que han influido de una manera determinante.

Si recorremos su historia evolutiva podemos encontrar factores constitucionales como un elemento importante en el desarrollo de la depresión de Víctor que hacen pensar en un niño ya desde el inicio con aspectos depresivos (retraso en todas las áreas del desarrollo).

Pero todo ello unido a una madre posiblemente deprimida, muy ansiosa (fumadora), también desde el inicio. En este sentido pienso ¿cómo ha influido la posible depresión de la madre en la depresión de Víctor? ya sea por identificación con ella o como respuesta a su posible distanciamiento, debido a su depresión.

¿Cómo han vivido las primeras experiencias de relación madre e hijo?

Hay estudios que hablan de la privación o la carencia emocional en las primeras etapas de la vida como antecedentes de la futura depresión. No sé cuando se inició la depresión de Víctor pero quizá ya las primeras experiencias fueron de desencuentro entre madre-hijo, un niño ansioso (lloraba), movido, que todo le cuesta, que no satisface a la madre que posiblemente se sienta también insuficiente y culpable.

Si es este el drama de Víctor podríamos pensar que no ha podido unirse suficientemente a un objeto bueno (madre) y por lo tanto no ha podido establecer un buen objeto interno que le de una seguridad interna lo que le lleva a buscar desesperadamente un objeto al que se pueda vincular (hiperactividad) que fracasa una y otra vez.

Pero Víctor no se rinde y insiste, pues incordia y sigue incordiando como una manera de expresar su demanda, insatisfacción y desespero. Así se convierte en un mal objeto para

la madre y la madre un mal objeto para el hijo en cuanto que no puede atender sus necesidades, debido a su propia depresión.

Es así como se va estableciendo un tipo de relación de objeto entre ellos de culpa y persecución mutua con lo cual cada vez va aumentando la insatisfacción y el fracaso, hasta llegar a una situación cada vez, de mas violencia y proyección de culpas entre ellos. Ante la introyección de unos objetos tan persecutorios y destructivos no queda mas que declararle y declararse culpable, la destrucción y la muerte.

Así lo denuncia Víctor en las láminas del TAT y en el dibujo libre, realmente impactante, del reo que van a colgar, donde expresa una gran soledad, atado de pies y manos con unos ojos de espanto, acusado y declarado culpable debido a su psicopatología a la que se suma la psicopatología del entorno, que ante la depresión de Víctor no le sabe ayudar sino que le juzga y se le condena porque resulta demasiado acusatorio. Ahí esta nuestro fracaso.

Este dibujo es una evidencia del fracaso, de nuestro fracaso, a nivel social ante la depresión del niño que aparece enmascarada tantas veces a través de distintas patologías.

Quedan muchos interrogantes sobre Víctor y su evolución, pero me parece estimulante seguir cuestionándonos y reflexionar para llegar a comprender mas sobre la depresión en el niño.

LA COMPRENSIÓN PSICODINÁMICA Y LA SALUD MENTAL: EL PSICÓLOGO EN LA ESCUELA*

Vinyet Mirabent y Eulàlia Torras*****

En esta comunicación se combinan dos experiencias complementarias: la de Vinyet Mirabent que desde hace años, además de trabajar en una institución psicológica y en su consulta privada, trabaja como psicóloga en una escuela y por tanto participa en la tarea escolar “desde dentro”, y la de Eulàlia Torras que durante años, “desde fuera”, en su consulta hospitalaria y privada, ha recibido niños de escuelas muy diversas y ha hecho equipo con el maestro, el profesor y el psicólogo escolar para atender al niño y a la familia.

La articulación de estas dos experiencias, a menudo compartidas en la atención a niños y familias que consultaban por indicación del maestro, nos ha estimulado a elaborar la función del psicólogo escolar con relación a la tarea educativa y estructurante de la escuela.

* Comunicación presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA), que bajo el título “Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente” se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Psicólogo. Fundación Eulàlia Torras de Bèa.

*** Psiquiatra y Psicoanalista. Fundación Eulàlia Torras de Bèa. Servicio de Psiquiatría Infantil. Hospital Cruz Roja. Barcelona.

Como sabemos, la función específica de la escuela es la educación en sus dos vertientes: adquisición de conocimientos y desarrollo de funciones y recursos –en definitiva de la personalidad– gracias al valor emocional estructurante y madurativo de la experiencia de aprender y de las relaciones interpersonales que se dan en el marco escolar.

En la escuela se articulan funciones de los maestros, de los alumnos y de los padres y la función del psicólogo es facilitar la tarea de todos ellos, para que esa colaboración y tantos esfuerzos obtengan un resultado satisfactorio. Esta función se concreta especialmente en atender las relaciones interpersonales. Pero la posición y la tarea del psicólogo en la escuela no son siempre fáciles. Factores como el “carácter” de la escuela –normativa, superyoica, tolerante, insuficientemente estructurada u otro– los supuestos básicos reinantes, según qué formas de concebir la tarea educativa y los hábitos establecidos que el psicólogo encuentra al llegar a ella pueden significar, especialmente al principio, un terreno complicado para su trabajo. Como en todo grupo humano influirán también, por supuesto, cuestiones de caracteres y rivalidades. A veces, su primera tarea será conseguir un espacio válido para su función: darla a conocer, hacer que se entienda y valore, interesar a los maestros, establecer diálogo. El tacto con que la realice evitará que los docentes puedan sentirlo como alguien crítico, superyoico, que se cree autorizado a dar lecciones.

El psicólogo tiene una posición diferenciada en el tejido de relaciones interpersonales de la escuela. Por un lado, cuenta con sus conocimientos sobre las características de cada edad, la evolución y sus conflictos, la ansiedad y los mecanismos de defensa, la salud mental y el importante papel de las relaciones interpersonales. Por el otro, en la medida en que forma parte del equipo escolar pero está exento de responsabilidades académicas cuenta con una perspectiva privilegiada para captar las dinámicas relacionales que se dan en la escuela. Su tarea consiste en diferenciar aquellas positivas y beneficiosas,

de las perjudiciales, antipedagógicas –aunque a veces se presenten como ventajosas– y elaborar con el equipo docente formas de modificarlas y mejorarlas.

Todos estos aspectos se reflejan en actitudes concretas y perceptibles que influyen en el trato con el alumno, con los grupos de alumnos, con los padres y también entre los maestros en el claustro docente. Este último a veces pasa desapercibido y en cambio es de gran importancia ya que favorece o enrarece el funcionamiento de la escuela como equipo y confluencia de individualidades.

La intervención del psicólogo es a distintos niveles, algunos más globales –reuniones de Consejo Pedagógico, de ciclo, de evaluación, claustros generales...– y otros más individuales –relación del maestro con su clase o con un alumno individualmente–. Ambos niveles de intervención “hacen escuela” y preparan una atmósfera propicia para el desarrollo y la salud mental.

Además, lo que se trabaja con un maestro o un grupo de maestros acerca de un niño o de una clase, a la corta o a la larga beneficia a otros niños y a otras clases en la medida en que se va sedimentando una experiencia que el maestro va haciendo suya y por tanto gradualmente puede ir utilizando desde sus propios recursos.

Para ilustrar lo que acabamos de decir y ser breves, nos limitaremos a presentar tres viñetas y luego citaremos algunos arquetipos que creemos que reconocerán todos aquellos que en alguna forma han trabajado con la escuela.

¡HAY QUE HACER ALGO!

En un consejo pedagógico de 1.º de BUP se habla de que los delegados de clase han planteado quejas acerca de los horarios lectivos de la escuela. Cada trimestre, los delegados

tienen reunión con los tutores, la coordinadora y la psicóloga. La escuela les había encargado que hablasen con su clase sobre horarios –horas lectivas, cantidad de trabajo para casa, horas que podían dedicar al estudio...– para dar luego sus impresiones en la reunión trimestral. Ahora, en el consejo pedagógico se valora y reflexiona acerca de lo que surgió en esa reunión.

Un tutor dice que se han quejado mucho de los horarios. Otro comenta: “Bueno, eso es la sonatilla de siempre; es que siempre les va a parecer mal alguna cosa...”. Se bromea. Se hace evidente un intento de desvalorizar lo que han dicho los delegados... La coordinadora recuerda que los horarios de la escuela están bastante por encima de los que pide la ley y añade, “Les hemos preguntado, les hemos pedido que hablen, es un grupo activo y participativo, han hablado, ahora debemos darles respuestas.”

Alguien dice “Pero no vamos a cambiar los horarios de la escuela solo porque lo digan ellos, vamos...”. Otros continúan: “Pues si no cambiamos nada no se para qué les decimos que participen y digan...”; “Pues es verdad, no se para qué les pedimos opinión si luego no vamos a cambiar lo que piden, mejor ya que ni se mencionara el tema...”; “Es que los horarios no han sido organizados así como así; es una cosa muy elaborada, no se porque se les pide a los alumnos que se metan; es así y punto y a quien no le guste que vaya a otra escuela”. Una tutora comenta, “Pero si miramos bien no tienen tiempo de hacer actividades que no sean de estudio”. Otro dice: “Es que no saben organizarse...”

El ambiente se va dividiendo en dos polos de opinión: los que piensan que los horarios no se van a modificar y por tanto no se les debía haber pedido opinión a los alumnos, y los que se identifican con el agobio del alumno, su falta de tiempo libre y creen que, para que vean que hablar sirve de algo, hay que responder enseguida con modificaciones concretas.

La psicóloga interviene aquí describiendo estas dos posiciones: o no hay que preguntarles o hay que hacer cambios ya. Y añade, “Quizá la cuestión no está en hacer cambios inmediatos, sino en el valor que tiene el escuchar sus demandas, planteárnoslas, dialogar con ellos, mostrarles que tenemos en cuenta sus opiniones, aunque eso no se traduzca inmediatamente en acción.”

Una tutora dice: “Oh! pero luego se sienten frustrados y les parece que dar su opinión no sirve para nada”. Otros insisten en esta línea.

La psicóloga añade: “Pero no siempre se puede dar respuesta en acción a una demanda. Esto ocurre también en casa: los padres escuchan lo que el niño pide, a veces pueden dárselo otras no, canalizan su deseo, la parte posible, la que no... y se lo explican al hijo”. La coordinadora interviene, “Me parece que esto es lo importante: transmitirles que nos importa lo que piensan, pero que no todo se podrá satisfacer, que la escuela se lo planteará y se les explicarán las razones”.

La atmósfera se relaja; los tutores ven mejor donde está el objetivo. Alguien comenta: “Bueno, la línea va por ahí. Es que delante de la clase, los chicos con sus argumentos, a veces no sabes qué contestar”. Se habla de lo difícil de mantenerse en una posición válida sin aliarse, con ellos o ponerse en contra. Luego se acuerda conversar con cada clase sobre sus demandas y las razones de la escuela respecto del horario.

Creemos que en este ejemplo se pueden apreciar las posiciones diferentes en que se encuentran los tutores, la coordinadora y la psicóloga. Los primeros están en la primera línea de fuego de la identificación proyectiva y por tanto ante la disyuntiva: o se niegan o se sentirán débiles / o consienten o se sentirán culpables. La coordinadora, algo más “desmarcada” de la presión, está en mejor posición para globalizar. La psicóloga, libre de la responsabilidad de la respuesta concreta, cap-

ta la dinámica de la reunión e introduce la propuesta elaborativa y la posibilidad de diálogo.

¿DOMINIO O NECESIDAD?

En una reunión con los maestros de parvulario de 5 años, una maestra explica que está preocupada porque en su clase se está instaurando una situación de grupo que no sabe como tratar: un niño, Pablo, se está constituyendo en líder de un grupo bastante numeroso y lo tiene muy dominado. Otros niños en el patio acuden llorando diciendo que Pablo les ha pegado o no los deja jugar. Se habla de Pablo. Se trata de un niño muy inteligente, con un buen nivel de trabajo y conocimientos, impulsivo y que está pasando por una situación familiar traumática ya que los padres se están separando y su constante pelea repercute en los hijos. Con la maestra, Pablo parece que acate, que obedezca sumisamente. La relación directa con él es difícil, ella capta desconfianza. Además, tiene que ser el primero en todo, en la fila, en contestar preguntas, en entregar el trabajo.

La maestra refiere que es en el patio, especialmente en los recreos largos y en el comedor cuando Pablo ejerce su dominio. En estos ratos hay niños que le guardan el juguete –coche, objeto– que él desea tener, para que pueda disfrutarlo sin tener que hacer cola.

Va haciéndose claro que se trata de un niño con intensa necesidad de ser el centro, recibir atención o acapararla, muy absorbente, que utiliza el grupo defensivamente, dominando y rechazando a los débiles, para sentirse el más fuerte y huir de su propio sentimiento de debilidad. Destaca también lo patológico de este tipo de equilibrio, de esta dinámica, negativa tanto para el niño como para los otros miembros del grupo. Como consecuencia se piensa en las siguientes medidas a diferentes niveles:

- Como primera medida apoyar a Pablo ofreciéndole interés y atención y dialogando con él cuando lo acepte, pero impidiéndole ejercer su agresividad y dominio de los otros niños. Se trataba de no ser acusatorios, pero de pararlo a tiempo, de aguantar sus reacciones de rabia y de mantenerse firme aunque los resultados no fuesen inmediatos. Esto significaba, por parte del maestro intervenir en los patios y organizar más el juego. Por parte del psicólogo, hablar con los monitores del comedor para unificar criterios de trato de esta situación. La segunda medida sería apoyar a los otros niños velando por el derecho de todos a jugar con los juegos preferidos, estableciendo turnos y ayudando a que se cumplan y apoyando a los niños más sometidos para que puedan poner en marcha recursos propios que los hagan menos susceptibles de caer en el dominio de un líder dominante.
- Simultáneamente, hablar con los padres que parecen absorbidos en su propia problemática, tratar de que se den cuenta de la inestabilidad y el trastorno de su hijo y ayudarlos a conectar con sus necesidades de atención correcta y de apoyo.

CUESTIÓN DE AUTORIDAD

En una de las reuniones tutoriales con los maestros de 3ro y 4to de Primaria a las que la psicóloga asiste periódicamente, se habla de Raúl. Dicen que se trata de un niño difícil por su impulsividad y su tono provocativo y desafiante que, para colmo, a menudo consigue la complicidad de su clase. Una maestra dice: “Un niño negativo necesita respuestas positivas, pero no es fácil... Yo tengo a Raúl en matemáticas y de golpe, en medio de una clase, me pregunta ‘¿Llevas peluca, no?’”. Me quedé cortada, sin saber cómo reaccionar. Algunos niños ya reían. Por suerte me salió contestar medio en broma: “¡Por

supuesto! Y ya ves ¡siempre es del mismo color! El niño no esperaba la respuesta y quedó sorprendido. En realidad esperaba que lo reprendiera. Luego le pregunté si alguna vez había visto una peluca y contestó que no. Le expliqué un poco sobre pelucas y le dije que continuara con el problema que estábamos haciendo”. Añade que tiene a Raúl en primera fila porque necesita mucha atención. Si no la tiene se pierde.

La psicóloga recoge la experiencia diciendo que la maestra no reaccionó a la provocación de la manera que el niño buscaba, sino que fue más consistente, pudo aguantar y dar una respuesta distinta, positiva. Así, pudo acceder al fondo frágil e ignorante del niño y recolocarlo en su sitio.

De aquí surge una conversación sobre lo difícil que es reaccionar en esta forma y sobre lo que entendemos por autoridad. Un maestro dice que si a él un niño le hubiera dicho algo así, habría sentido que le estaba tomando el pelo. La maestra responde: “Por un momento yo también lo sentí, pero pensé que sería peor si me enfrentaba con él. Al final salió bien”.

La psicóloga comenta la importancia de evitar el círculo vicioso: provocación-tensión-recriminaciones y castigos. Éstos devuelven al niño la misma agresión que él pone y establecen un círculo vicioso que cronifica la situación.

En esta viñeta, la psicóloga aprovecha y elabora la observación y los recursos del maestro con el objetivo de dar apoyo a la capacidad de éste de promover maduración en los niños, en definitiva salud mental.

La maestra no queda atrapada en la provocación (rivalidad) del niño que busca descolocarla y derrotarla ante toda la clase –proyectar y hacer asumir al maestro un objeto débil– sino que, gracias a su intuición, halla una respuesta adecuada. En esta forma mantiene su sitio, su rol de adulto cuya autoridad se basa en su capacidad de aguantar la tensión, tolerar, no entrar en la rivalidad 2ni vengarse, sino conseguir recolocar al

niño en su sitio para que pueda aprender, tanto de esta experiencia como en matemáticas.

Pero sabemos que las respuestas positivas, en situaciones como ésta, no son nada fáciles ya que todo esto sucede en clase, con 24 niños más, donde el maestro se juega su autoridad, prestigio y el respeto que necesita para poder conducir el grupo con el tono y el trato adecuados. De hecho, la respuesta de la maestra recoloca y beneficia a toda la clase, puesto que, en la dinámica del grupo, la risa de los otros niños muestra que Raúl representa, por proyección, el lado de cada uno de ellos que también desea “triunfar” sobre el adulto. Si la maniobra de Raúl hubiera tenido éxito les habría privado a todos del objeto-maestro consistente que necesitan para construir su personalidad. De ahí la utilidad y la necesidad de conversarlo con el psicólogo en el grupo de colegas que están en condiciones semejantes, para ganar perspectiva, poder reconocer mejor los sentimientos y la primera reacción que el niño estimula y poder elegir, por lo menos hasta cierto punto, la respuesta positiva. Esta elaboración irá construyendo un marco de referencia interno y una base de experiencia elaborada con los que el maestro podrá contar en sus experiencias difíciles futuras.

Para terminar, unas palabras sobre los arquetipos que se crean en la escuela. Todos hemos oído hablar del “Gandul, si quisiera podría hacer más”, el que “Pasa de todo”, el que “No para”, el “Justito, no llega a más”, el “Provocador - Arrogante”, entre otros. Cada uno de estos alumnos nos pone ante una dinámica que se ha ido construyendo en la relación entre ellos y los maestros. Generalmente, las primeras dificultades no fueron bien entendidas por padres y docentes, con lo que alumno y maestros han ido divergiendo, se han desencontrado y la comunicación ha sido sustituida por un intercambio defensivo. Con el tiempo se ha ido formando una fachada defensiva –a veces coraza– que constituye el arquetipo. Este fracaso en la escuela –y de la escuela– relacional y generalmente académi-

co, cursa con pérdida progresiva de la confianza en sí mismo y de la autoestima, la cual a su vez refuerza la necesidad de la defensa. Este círculo vicioso es grave, ya que propicia fracasos en cadena de los que es cada vez más difícil zafarse. No hace falta mencionar hasta qué punto estas dinámicas socavan la salud mental. Por eso, en la prevención o detección de estos círculos viciosos antes de que se instaure el arquetipo radica una de las principales funciones del psicólogo.

UNA EXPERIENCIA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL MEJOR DESARROLLO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE UNA COMARCA*

M^a Àngels Marsellés Vidal**

PRESENTACIÓN:

El objetivo que pretendemos en nuestra comunicación, es el de aportar el testimonio contrastado de la efectividad que tienen sobre la población infantil y sus familias los programas de intervención psico-pedagógica y terapéutica en los primeros años de vida que impliquen la aplicación de medidas preventivas, no sólo de posibles y diversas alteraciones del desarrollo, sino también de la prevención en salud mental.

Desde los años 70, se vienen realizando estudios en los cuales se enfatiza que un medio empobrecido en la crianza de los bebés provoca frente a otro más enriquecido, comportamientos diferentes. Pero no sólo comportamientos, si no que como ha podido comprobar el Dr. Palomo (1997), jefe de psiquiatría del hospital Doce de Octubre de Madrid, incluso se producen cambios a nivel estructural del cerebro.

* Comunicación presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA), que bajo el título "Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente" se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Consell Comarcal del Pla d'Urgell / Universidad de Lleida.

En unas informaciones aparecidas recientemente en prensa, se presentan los resultados de estudios realizados por científicos estadounidenses en especialidades de psiquiatría, neurología y psicología. En uno de dichos estudios y en relación a la privación emocional en las primeras etapas de la vida, la Dra. Dawson (1997) de la Universidad de Washington, observó que los bebés, a cuyas madres se les había diagnosticado depresión durante los primeros meses de crianza de su hijo, mostraban una actividad considerablemente reducida de una parte de su sistema nervioso y además, las pautas de actividad cerebral que mostraban éstos niños, se ajustaban a los altibajos de la depresión de la madre. A los tres años, los niños cuyas madres continuaban estando muy deprimidas, seguían reflejando un nivel anormalmente bajo. Pero según estas investigaciones, no todos los niños de madres deprimidas desarrollan estas pautas anormales en las ondas cerebrales si no que las diferencias estarían en el tono emocional de los intercambios entre madres e hijos. En este estudio, el descubrimiento más importante es que si una madre llega a superar la depresión antes de que su hijo llegue a cumplir un año, la actividad cerebral de la parte afectada se recupera rápidamente pero la capacidad de recuperación se reduce considerablemente cuando el niño crece. Según afirmaciones de algunos de estos científicos "la experiencia es el arquitecto del cerebro" (Perry, 1997).

Además de estos estudios recientes y otros muchos que por razones obvias no podemos citar, son innumerables las tendencias y autores (Ajuriaguerra, Bayley, Bowly, Brofenbrenner, Brunet, Bühler, Cattell, Freud, A., Gardner, Coriat, Gessell, Gibson, Hèllbrugge, Illingworth, Koupernik, Lebovici, Lewis, Lèzine, Klein, Piaget, Secada, Shaffer, Spitz..) que defienden que los primeros años de vida son de desarrollo acelerado en las capacidades físicas y psicológicas y altamente receptivos a los estímulos del entorno y las capacidades de aprendizaje están al máximo. Es de destacar que cada vez son más las tendencias que enfatizan la importancia del ambiente sobre el

organismo. Este claro interés en detrimento de la genética y a favor del ambiente comienza a despertarse a partir de la publicación del libro de J.Hunt (1961) y alcanzó un gran auge con las teorías de Samerof y Chandler (1975).

EL PROGRAMA “DE ZERO A QUATRE”

Descripción

En base a las teorías expuestas y fruto del trabajo realizado durante cinco años con niños y adolescentes con trastornos diversos nos replanteamos nuestro trabajo al observar como en la mayoría de los casos atendidos muchas de las alteraciones que presentaban ya habían mostrado sus primeros indicios en las primeras etapas de su desarrollo. Comprobamos además, que en aquellos casos en los cuales se había empezado a intervenir precozmente, el pronóstico mejoraba. A partir del año 1988, enfocamos nuestro trabajo exclusivamente hacia la atención a niños entre 0 y 4 años. Se inicia nuestra intervención a través de la red de Servicios Sociales Municipales pasando después a ampliarse al ámbito comarcal a partir de la creación de los Consejos Comarcales.

En una primera etapa los profesionales responsables de llevar a cabo las actividades del Programa fueron dos psicólogos mediante una dedicación total de doce horas semanales. En el momento actual se ha reducido a un responsable directo con ampliación de horario.

Objetivos

Realizar una función preventiva mediante la detección de trastornos leves o graves en el desarrollo psíquico del niño.

Partimos de un concepto global de salud siguiendo los criterios de la OMS que lo entiende como la búsqueda del equilibrio entre “lo psíquico”, “lo biológico” y “lo social”.

Consecuentemente con estos criterios llevamos a cabo nuestro trabajo en todos aquellos núcleos que directa o indirectamente envuelven al niño:

Familia: nuclear o extensa

Escuela infantil: maestros, educadores, especialistas....

Área Sanitaria: ATS, pediatras, médicos de cabecera...

Servicios sociales: UBASP Comarcal

EAIA: Equipos especializados de atención a la infancia en riesgo

Diferentes servicios municipales: Tiempo libre, deportes, ...

ACTUACIONES CONCRETAS EN ESTOS ÁMBITOS

Familia:

- Consulta sobre problemas concretos en el niño y orientación familiar.
- Cursos de formación y información materno infantil
- Seminarios y encuentros formativos para padres y madres.
- Derivación a servicios especializados.

Escuela Infantil:

- Coordinación con el personal de las escuelas.
- Detección de casos.
- Exploración y observación del niño en el mismo entorno.
- Seminarios de formación durante el curso escolar con maestros y educadores.

ÁMBITO SANITARIO:

- Derivación mutua de casos (psicólogo-médico).
- Reuniones de seguimiento conjuntas con los pediatras de la ABS.

Servicios sociales:

- Derivación y coordinación de los diferentes casos detectados.
- Coordinación para llevar a cabo actuaciones en relación a los casos en seguimiento.

EAIA

- Planificación conjunta de actividades a llevar a cabo en casos susceptibles de riesgo social.
- Participación en actividades divulgativas como seminarios, semanas culturales...

EAP

- Traspaso de información de aquellos casos atendidos por el programa y que realizan el cambio del primer ciclo de la Educación Infantil “guardería”, al segundo ciclo (escuela).

DATOS CUANTITATIVOS DEL PROGRAMA

Los datos que aportamos corresponden al período transcurrido entre el año 1990 hasta 1995. No disponemos en este momento de datos más actualizados.

- Número de casos estudiados individualmente: 70.
- Edades: desde 2 meses hasta 4 años.
- Sexo: 43 niños y 27 niñas.

Derivación:

- Familia: 17
- Escuela infantil: 28
- Pediatría: 17
- Servicios Sociales: 8

Queremos resaltar que en los últimos 2 años el mayor número de casos derivados proviene de pediatría debido a que la coordinación con este servicio se ha ido reforzando.

Motivos de consulta:

- Trastornos relacionales y de comportamiento: 30
- Retardo psicomotor: 5
- Enuresis: 5
- Seguimiento evolutivo: 7
- Trastornos del sueño y de la alimentación: 12
- Trastornos psicossomáticos: 3
- Retrasos del habla: 9
- Deficiencia mental: 2

A partir de estos datos constatamos un incremento importante de los trastornos relacionales y de comportamiento en comparación con el resto.

**RESPECTO A LOS MOTIVOS
QUE PROVOCA LA CONSULTA**

En este punto querríamos exponer las siguientes reflexiones:

- En muchos casos los motivos de la primera demanda de consulta por parte de la familia no coinciden con el problema real que se presenta.
- Reiteramos que de forma significativa los motivos de consulta relacionados con problemas de comportamiento suponen más del 40% de los casos.

Hemos intentado analizar el por qué de esta circunstancia y lo atribuimos básicamente a:

- Desorientación de los padres durante las primeras etapas de desarrollo de sus hijos.
- Conceptos erróneos sobre disciplina-libertad por parte de los padres respecto a los menores.
- Falta de tiempo y dedicación en la familia.

VALORACIÓN

Pensamos que el trabajo realizado dentro del programa tiene sentido tanto dentro del aspecto preventivo como terapéutico y de orientación.

El pronóstico ha mejorado en muchos de los casos atendidos en el programa.

Ha resultado muy positiva la coordinación y el trabajo llevado a cabo tanto con las escuelas infantiles de la comarca como en el área sanitaria.

DESTACAMOS Y AGRADECEMOS EL APOYO DE LOS REPRESENTANTES DE LAS INSTITUCIONES A LAS CUALES PERTENECE LA COMARCA DEL PLA D'URGELL DE LLEIDA, AYUNTAMIENTO DE MOLLERUSSA Y CONSEJO COMARCAL.

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Santi, es uno de los niños que han sido objeto de intervención por parte del Programa. El motivo por el cual hemos pensado en él en nuestra comunicación, es porque creemos que mediante el trabajo realizado con él y su familia, podemos contrastar con suficiente claridad la aplicación de lo que hemos descrito hasta este momento.

El primer contacto fue en noviembre de 1993 a través de los Servicios Sociales del municipio en el cual vive la familia del niño y que pertenece a la comarca en la que estamos tra-

bajando. En aquellos momentos la madre estaba en contacto con ellos ya que había solicitado puntualmente unas ayudas económicas.

Santi tenía 6 meses y en principio no presentaba ningún problema que pudiera hacer pensar en la posibilidad de aparición de dificultades; a pesar de todo, la madre expresaba temores sobre el estado del niño que había nacido con un Neumotórax Izquierdo y del que había sido dado de alta a los pocos días sin ninguna complicación posterior. Según ella, el niño presentaba temblores en determinadas situaciones poco frecuentes, como por ejemplo, cuando lloraba con cierta intensidad.

Como pudimos observar más adelante, los temores de la madre, respondían sobretodo a los problemas que habían presentado sus dos primeros hijos, anteriores a Santi. El primero de 10 años, estaba ingresado en un centro de E.E. con retraso importante del desarrollo debido a convulsiones febriles, aparecidas en la primera infancia. Su segundo hijo de 6 años, asistía a la escuela pública del municipio y presentaba problemas de atención que han implicado posteriormente dificultades de aprendizaje importantes. Estos antecedentes unidos a las propias características personales de la madre, la cual manifestaba sobretodo inseguridad y poca confianza en sí misma, condicionaban la interacción con Santi.

En Noviembre del 1993 tuvo lugar la 1.^a visita en la que se realiza la historia familiar y la 1.^a exploración al niño. A partir de aquel momento se realizaron visitas de seguimiento quincenales al principio y mensuales más adelante. En alguna de estas visitas pudimos comprobar un leve temblor sobretodo a nivel cefálico. Esto, se manifestaba cuando el bebé debía esforzarse en hacer algo o bien cuando se enfadaba. Tratamos este tema mediante la coordinación con la pediatra que correspondía al niño por zona. Propusimos una exploración neurológica para descartar una posible alteración. Al cabo de unos meses

y ante los resultados, supimos que no había motivo de preocupación por esta parte. Creímos oportuno continuar con el seguimiento del bebé con el objetivo de poder observar su evolución y al mismo tiempo apoyar a la madre en su papel de potenciadora de las capacidades evolutivas, afectivas y emocionales de sus hijos. Poco a poco, la madre ha ido sintiéndose más capaz de desempeñar este papel y ha ido adquiriendo más seguridad en sí misma.

Hace nueve meses, Santi ha tenido una hermanita. La madre está de acuerdo en que llevemos a cabo el seguimiento de la niña. Estamos observando ya en estos momentos que el tipo de interacción con su hija, ha mejorado considerablemente en comparación a los primeros meses con Santi, a pesar de que no fue un embarazo deseado y de que la situación socio-económica de la familia tampoco ha mejorado substancialmente.

Actualmente, Santi ha cumplido 4 años. Está asistiendo a la escuela infantil desde los 18 meses. Su nivel de desarrollo es normal en todas las áreas. Es un niño inquieto y con cierta tendencia a la dispersión pero es capaz de aprender y de adaptarse a diferentes situaciones. “Santi, ha roto con el estigma familiar al que la madre tenía tanto miedo”.

BIBLIOGRAFÍA

- DAWSON, PIERRY, PALOMO* (1997): "Como se desarrolla el cerebro de un niño". Supl. El País. de 30 de marzo.
- HUNT, J.* (1961): *Intelligence and Experience*. New York: Ronald Press.
- SAMEROFF, A. Y CHANDLER, M.* (1975): "Reproductive Risk and the continuum of caretacking casualty" en *HOROWITZ, F.; HETERINGTON, M.; SCARR, M.; -SALAPATECK, S. y SIEGEL, G.* (Eds.). *Review of Children developmental research* (vol.4). Chicago: University of Chicago Exprés.

EL ASESORAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO: CONSIDERACIONES EN TORNO A UNA RELACIÓN*

Justo López Castán , Joana Companys Canadell***,
Consol Feu Raventós****, y Teresa Maciá Querol*******

Esta comunicación pretende ser una reflexión desde la práctica del asesoramiento a la escuela pública en la demarcación de Lleida. Siendo nuestro ámbito de intervención centros de la propia ciudad y parte de la comarca del Segrià.

Que sea yo quien exponga esta comunicación tiene responde al vínculo afectivo que desde hace tiempo mantengo con el Dr. Jaume Baró, miembro de la Junta Directiva de SEPYPNA, al cual, reconozco como mi maestro en la difícil tarea de comprender el funcionamiento psíquico de las personas.

* Comunicación presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYPNA), que bajo el título "Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente" se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Psicólogo. Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico EAP LL-02 Segrià (Sector B).

*** Psicóloga. Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico EAP LL-02 Segrià (Sector B).

**** Pedagoga. Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico EAP LL-02 Segrià (Sector B).

***** Pedagoga. Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico EAP LL-02 Segrià (Sector B).

El título “El asesoramiento psicopedagógico: “consideraciones en torno a una relación” remite a una forma de entender el hecho de asesorar como:

“... la puesta en juego de una relación que incluye componentes de apoyo, ayuda y colaboración para la resolución conjunta de problemas y conflictos. Esta relación de colaboración tiene lugar en el contexto escuela y se articula alrededor de la práctica educativa habitual del profesor en la institución” (X. Onrubia, 1995).

De esta definición nos interesa remarcar las palabras “RELACIÓN” y “CONFLICTO”, básicamente, porque en el trabajo diario, la relación con el profesorado está mediatizada por una demanda que tiene como núcleo la presencia del conflicto y el manejo de éste.

El contexto escolar, en el cual desarrollamos nuestra práctica, por la naturaleza de nuestras funciones, tiene unas características muy diferentes de las que se dan en un contexto terapéutico, tal como lo define R.H. Etchegoyen (1991).

“... Un lugar, un sitio, un espacio sin tiempo donde se establece la singular relación que involucra al analizado y al analista con papeles bien definidos y objetivos formalmente compartidos en cuanto al cumplimiento de una determinada tarea. Requiere un marco para establecerse, que es el “setting” –encuadre- donde yacen formas que la hacen posible y donde a través del tiempo se configura el proceso psicoanalítico”.

En nuestro contexto de intervención, el espacio físico y psíquico, frecuentemente suele ser caótico, los papeles no siempre están bien definidos y aunque haya un objetivo formalmente compartido, en realidad observamos la tendencia a delegar en el otro, exigiendo respuestas inmediatas, típicas de un pensamiento mágico que no facilitan la colaboración, ni la corresponsabilidad, y quieren evitar el malestar intrínseco a la

función docente, necesario para lograr el camino hacia la madurez.

El tiempo suele ser un conjunto de actuaciones urgentes e impulsivas en un marco muchas veces contradictorio en el que resulta muy difícil la neutralidad y la creación como un acto de pensamiento, imprescindibles para poder asesorar.

Aunque ambos contextos sean muy diferentes, el objetivo es común: el crecimiento personal a través de una relación de colaboración para la comprensión y el manejo de los conflictos.

El caso que exponemos a continuación puede ilustrar una intervención de asesoramiento psicopedagógico en un contexto escolar, en el que la comprensión del funcionamiento psíquico de una dinámica relacional que tiene como base el maltrato psicológico ha permitido establecer las condiciones mínimas para un encuadre terapéutico.

JOANA, ¿UNA NIÑA FELIZ?

Joana, tiene 10 años, es alumna del primer curso del ciclo medio de Educación Primaria, la escuela, solicita nuestra intervención ante la sospecha de posibles malos tratos psicológicos en el seno de su familia.

Las conductas más significativas que presenta en relación con las figuras adultas son: la hiperadaptación, la inhibición, la pobreza de comunicación acerca de sus vivencias familiares y su capacidad para connotar positivamente algunos hechos que obviamente resultan sorprendentes “yo duermo en el suelo, pero se está muy bien, muy cómodo”. Al mismo tiempo, también se constatan comportamientos que implican una inversión de roles generacionales, que se manifiestan y son asumidos por Joana cuando en la pareja parental se producen problemáticas personales graves, en estas situaciones, es fre-

cuenta que la niña se erija en protectora de su madre, sintiéndose responsable de los intentos de suicidio maternos. Nos parece destacar una constante en su relación con los adultos: la verbalización de un permanente bienestar, de tener todo lo que necesita y, en definitiva de ser una hija feliz “yo estoy muy bien...es estupendo, le quiero como a un verdadero padre....es muy bueno” (refiriéndose al actual compañero de la madre, supuesto maltratante).

Las conductas que representa en relación con sus compañeros, son diferentes en función de su sexo. “Las niñas me ayudan, la señorita también”, “con los niños no me atrevo a decir nada porque me agobian y me insultan...” Se aísla, no participa en ninguna actividad extraescolar de las que se realizan en su lugar de residencia (un pequeño pueblo donde existe una fuerte presión social sobre las familias inmigrantes).

Las conductas más relevantes en relación a los contenidos curriculares son aquellas que la definen como una buena alumna, cumplidora, educada, respetuosa con las personas y con los materiales. Aparentemente sigue el ritmo de la clase en los aspectos más formales, realizando aprendizajes superficiales que le permiten progresar, pasar desapercibida y no necesitar demasiada ayuda del adulto.

Puntualiza que “en la escuela se encuentra bien, que siempre ha estado bien en todos los centros a los que ha acudido” (cuatro cambios de centro en dos años). De forma espontánea, Joana verbaliza la imagen que le devuelven las personas de su entorno social: “dicen que soy una niña muy lista, que ayudo mucho a mamá”.

¿ES UNA NIÑA FELIZ JOANA?

¿Cuáles son los indicadores que en este caso nos permiten ir más allá de las simples y engañosas apariencias? ¿Qué papel tiene la escuela? Es obvio que algunos profesionales en

este tipo de situaciones podrían hacer un análisis superficial sin profundizar en un tema tan comprometido, aparcando la sospecha.

Bajo nuestro punto de vista, esta sería una manera eficaz de protegerse ante el miedo que produce enfrentarse a relaciones humanas destructivas que provocan reacciones emocionales muy dolorosas.

En nuestro caso, pudimos trabajar conjuntamente con la escuela y planificar la intervención desde una actitud neutral y contenedora; es decir, compartiendo y elaborando la idea que tanto los profesionales como la familia que maltrata pertenece al mismo mundo, en el sentido de que rigen los mismos principios transaccionales para unos y otros (O. Masson, 1987).

Aceptada la neutralidad como requisito imprescindible para garantizar una correcta detección-evaluación del caso, pasamos al análisis de los indicadores más relevantes de las conductas de Joana que se registraron a través de la observación sistemática dentro y fuera del aula, donde constatamos: Conflictos relacionales como consecuencia de una extremada inhibición que en el grupo-clase se manifiestan a través de exceso de timidez, pasividad, aislamiento, inhibición intelectual, dificultades de atención y concentración, docilidad, bajo nivel de comunicación, control excesivo del entorno y absentismo escolar que se agudiza después de los fines de semana y de los períodos vacacionales

La relación afectiva: en los casos de inhibición como el que nos ocupa, el maestro no ha de enfrentarse a una relación que lo ponga en conflicto con uno mismo, como ocurre con los alumnos con trastornos de conducta que siempre despiertan sentimientos relacionados con la angustia, impotencia, agresividad, rechazo..., sino al contrario, Joana, devuelve al maestro una buena imagen interna de si misma lo cual facilita manejar mejor y con mayor tranquilidad, la relación afectiva maestro-alumna.

La rigidez o la flexibilidad del currículum, es decir la adaptación o inadaptación de la enseñanza a las necesidades educativas de los alumnos.

La escuela de Joana, tiene mucha experiencia en ofrecer respuesta flexible y adaptada a sus necesidades. ¿Por qué mencionamos este aspecto? Porque consideramos necesario tener en cuenta que tanto la rigidez del currículum como el tipo de intervención de los profesionales en el acto de enseñar y aprender pueden convertir a una escuela en una posible institución maltratante.

El acuerdo o desacuerdo entre el sistema de valores de la familia y de la escuela, es decir, la armonía o disarmonía en la interacción entre la escuela y el medio sociocultural de la familia.

No estamos ante una familia nuclear estable, sino ante una estructura familiar donde la pareja constituida procede de dos relaciones anteriores, fruto de las cuales, por parte materna, tenemos a Joana y por parte del padre a cuatro hijos más el nacido de la actual unión. El ciclo vital es inestable y con un ritmo tan vertiginoso en los cambios que impide la identificación con algún lugar. La familia permanece aislada de su entorno inmediato, con gran desconfianza hacia el mundo exterior y graves dificultades para pedir ayuda.

La interacción escuela-familia se presenta como un reto difícilmente abordable. La disfuncionalidad que presenta una familia multiproblemática en el momento de asumir responsabilidades compartidas, justifica el seguimiento y la tutorización de la evolución de Joana.

Desde el ámbito educativo y valorando las posibilidades y los límites de la intervención del EAP, en relación a la situación de Joana, se hace imprescindible compartir actuaciones con los siguientes ámbitos profesionales:

- Colaboración con el ámbito social a través de la Asistente Social de Consejo Comarcal con el objetivo de conse-

guir acercarse a la familia mediante tareas asistenciales centrando la intervención en la figura más frágil: la madre.

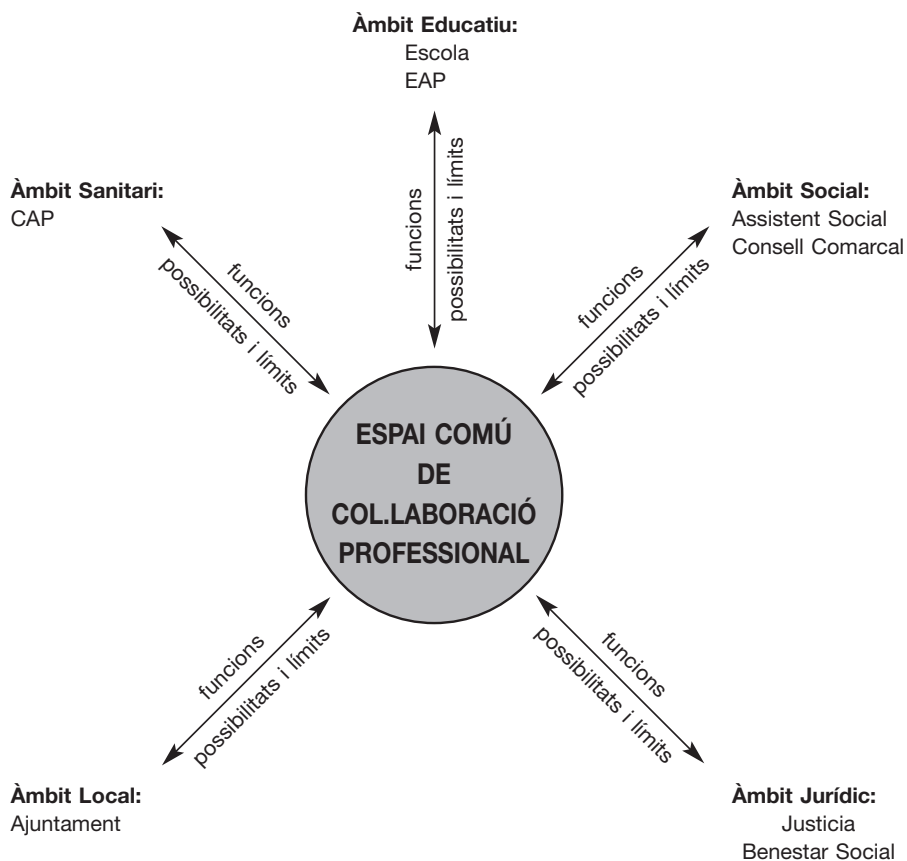
- Colaboración con el Ayuntamiento para llevar a cabo una tarea de control.
- Colaboración con el ámbito sanitario para derivar a la madre hacia un centro de salud mental.
- Colaboración con el ámbito de Justicia para ejercer un control sobre la figura paterna.

Esta colaboración entre los diferentes ámbitos profesionales fueron posibles, en función de definir y pactar el alcance y los límites de la intervención de cada uno de ellos, evitando así duplicidad de actuaciones, haciendo sentir a cada profesional su validez y utilidad en el proceso y planificando las diversas intervenciones de forma muy práctica, evaluando conjuntamente los efectos de la intervención a corto plazo y programando nuevas actuaciones.

CONCLUSIONES. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO DE ESTE CASO?

La creación de un espacio de reflexión conjunto entre los profesionales que intervienen en este caso, facilita un contexto en el que la comprensión del funcionamiento de la dinámica de la agresión, resulta imprescindible para evitar actuaciones impulsivas generadoras de una mayor ansiedad, para contener la situación y facilitar recursos que permitan manejar de forma más adecuada este tipo de problemáticas.

A partir del seguimiento realizado y para finalizar esta comunicación, nos gustaría remarcar que la escuela probablemente sea el único contexto donde Joana tiene la oportunidad de vincularse a personas adultas diferentes, establecer interacciones ricas y variadas con sus compañeros, explorar y adquirir conocimientos y en definitiva, alejarse algunas horas de su trauma personal.



BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA J. DE, MARCELLI D.* "Manual de psicopatología del niño"
Ed. Toray-Masson, Barcelona 1997.
- ETCHEGOYEN R. HORACIO* "Los fundamentos de la técnica psicoanalítica"
Ed. Amorrortu. Buenos aires, 1987.
- LEBOVICI S., DIATKINE V., SOULE M.* "Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente"
Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1990.
- MASSON O.* "Contextos maltratantes en la infancia y coordinación institucional"
Revista A.E.N. Vol VII nº23, 1987.
- ONRUBIA X.* Conferència Jornades de Formació dels EAPs". St. Cugat
Set. 1985.

RENÉ DIATKINE (1918-1997)

Alberto Lasa Zulueta*

René Diatkine, maestro y renovador constante del psicoanálisis y de la psiquiatría infantil, falleció en París, el 2 de noviembre de 1997. Quienes conocieron su pasión por el lenguaje y el ímpetu de su discurso no dudarán en calificar de particularmente cruel la afasia contra la que luchó tras un accidente vascular cerebral.

“El silencio al que le condenó su enfermedad durante dos años dejará ahora lugar a la celebración de su obra” escribió poco después, desde las páginas de *Le Monde*, en homenaje póstumo, su amigo y compañero de fatigas, durante décadas, Serge Lebovici, que terminaba su necrológica con estas palabras: “...supo no guardarse para él su ciencia psicoanalítica y psiquiátrica, difundiéndola incansablemente, en seminarios de formación, a profesores, educadoras, madres de familia, y a todos quienes compartían con él el amor al niño. Este hombre era, ante todo, un humanista. Yo he perdido un amigo y la psiquiatría infantil queda huérfana de un maestro”.

Para los numerosos miembros de SEPYPNA, que disfrutamos de su docencia durante nuestra formación y de su participación en nuestras actividades, su recuerdo, y su enseñanza, serán inolvidables. Sirva de pequeño homenaje esta necrológica marcada por la tristeza de su muerte y por el agradecimiento, no solo por su, ahora ya, histórica aportación, sino

* Presidente de S.E.P.Y.P.N.A.

también y sobre todo por la apertura de espíritu y la generosidad con que, en repetidas ocasiones, en París y en Ginebra, se prestó a acoger, y a enseñar a muchos de nosotros, en años en los que no resultaba fácil encontrar maestros a quienes se iniciaban en el oficio.

RENÉ DIATKINE nació en París en 1918, hijo de padres revolucionarios de origen judío, huidos de Rusia en 1905. Movilizado en 1939, se refugia en el Midi tras la debacle que supuso la guerra. *“Soy psicoanalista porque soy psiquiatra. Para los de mi generación ser psicoanalista implica la indagación de la verdad, aspiración indispensable para sobrevivir tras los horrores de la guerra, la destrucción, la Shoah y el régimen de Vichy. La necesidad de los supervivientes de dar un sentido a la vida era tan absoluta que nos volvimos a veces sectarios, ideólogos de la caza de las ideologías. Buscar la verdad más allá de lo razonable puede conducir a afirmaciones terroristas, ni verificables ni desmentibles, desprovistas, encima, de cualquier atisbo de poesía o de humor. Muchos escritos de juventud son por eso ajustes de cuentas, pero llevan a sus autores a desmarcarse de las ideas recibidas”*¹

Interno en el hospital de Pierre-Feu du Var, encuentra en Marsella a Rudolf Loewenstein, como él originario de una familia judía exilada de Rusia, y fundador de la Sociedad Psicoanalítica de París. Es él quien, poco antes emigrar a América, le hace conocer la obra de Freud, y en particular “Malestar en la Civilización”. Es un analizado por Loewenstein, Jacques Lacan, quién, a su vez, será el analista de Diatkine, y de quién éste se desmarcará, en la célebre escisión que en 1953 sacudió al mundo psicoanalítico francés. “Encuentro singular seguido de una estruendosa ruptura, que ha quedado en la memoria de muchos de nosotros, pero que no hizo mella en la serenidad

¹ Prefacio de su libro –recopilación de sus artículos más señalados– “L’enfant dans l’adulte ou l’éternelle capacité de rêverie”. Delachaux-Niestlé. Neuchâtel-Paris, 1994.

que le confería su constante búsqueda del otro”, relata Lebovici en la necrológica antes citada. Diez años más tarde, en los sesenta, realiza una nueva experiencia psicoanalítica con Sacha Nacht. Con solo 35 años ya era miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París, de la que será presidente, en 1968, tras señaladas actividades, entre otras, la creación desde los años sesenta de los Coloquios de Deauville, y su participación en el desarrollo de diversos grupos psicoanalíticos en España y Portugal.

Fue también protagonista de una larga y dilatada carrera docente, que culminó con su actividad como Profesor Asociado de la Universidad de Ginebra en 1976, en la que sería, posteriormente en 1983, nombrado Profesor Extraordinario y Honoris Causa.

Pero sin duda era su trayectoria psiquiátrica la que el juzgaba determinante en su experiencia vital. En su experiencia psiquiátrica de los años de guerra, convive con la exterminación pasiva, silenciosa, ante la indiferencia general, de millares de enfermos mentales, muertos de hambre y abandono en los “asilos” de la época. Para él, como para otros a quienes tocó vivir semejantes experiencias, la sublevación frente al trato denigrante del enfermo mental se convertirá en motor fundamental para dignificar y transformar la práctica clínica y la asistencia psiquiátrica. Y la comprensión psicoanalítica, en tanto que capacidad de escuchar el sufrimiento humano, se convertirá en herramienta fundamental para esta aventura cotidiana.

Poco después de la guerra, ya de vuelta a París, en el servicio de Georges Heuyer, en el “Hôpital des Enfants Malades”, encuentra a Serge Lebovici, con quien compartirá su trayectoria durante cinco décadas. Recordando “algunos recuerdos personales de una amistad fraterna” éste relata: “Se olvida a menudo hoy día que la psiquiatría de entonces estaba impregnada de una brutalidad de la que yo puedo testimoniar. Los niños y los adolescentes pasaban todo el día en la cama.

Muchos de ellos, muy rápidamente diagnosticados de esquizofrenia, recibían una cura de Sakel, con inducción diaria de un coma insulínico, sin ninguna otra aproximación psicoterapéutica o educativa. No se les decía porque recibían un tratamiento tan brutal y si intentaban levantarse, Mlle Chabrol, temible supervisora, les obligaba a acostarse inmediatamente. Fue nuestra voluntad modificar esta atmósfera, completar unos historiales dignos y homogéneos, y aceptar los contactos con los padres”.

En 1946, tras superar el concurso para ingresar como interno, comienza a frecuentar el círculo que Henry Ey anima en Saint-Anne. En un auténtico hervidero de encuentros entre psiquiatras, psicoanalistas y también filósofos, artistas e investigadores de las ciencias humanas, surgen diversos grupos de trabajo y de camaradería. Allí suelda su otra gran amistad con Ajuriaguerra, que llegado a Saint-Anne en 1932 le precedía en edad y veteranía, que durará hasta la muerte de éste. Y por ello, quiso participar con entusiasmo, en el homenaje de su nombramiento como Miembro de Honor de nuestra Sociedad, en el Congreso de SEPYPNA, en Bilbao.

La admiración mutua: “Aju es mi único maestro y yo el discípulo que mejor le ha comprendido” - “Diatkine es demasiado listo para ser discípulo de nadie” - fueron algunos de los comentarios festivos que ambos me hicieron -; la fraternal competición en la ironía y el humor, y el interés compartido por toda pasión y creación humana, incluida la locura, fueron algunos de los hilos que tejieron su prolongada colaboración profesional. Interesados por los trastornos del lenguaje hablado y escrito, publicaron sus históricos trabajos sobre el lenguaje del niño psicótico, sobre la dislexia, y la disortografía, creando en el Hospital Henri Rousselle, y en esto también fueron pioneros, un equipo multidisciplinario en el que apoyarse.

Su permanente inquietud por extender las aplicaciones terapéuticas del psicoanálisis, le lleva, sumando su creatividad

a la de Evelyne Kestemberg y Serge Lebovici, al desarrollo del psicodrama como nuevo tratamiento aplicable a niños y a psicóticos.

En la década de los cincuenta, atraído por Paumelle, y, otra vez, con Lebovici, van inventando y desarrollando su particular versión de la psiquiatría comunitaria “de sector”, que cuajaría en el mítico “XIIIème. arrondissement”. Y dentro de él optaría y pelearía por el desarrollo de dispositivos específicamente destinados a los niños y adolescentes y a sus familias. Así surgió, en 1959, el centro Alfred Binet, todavía hoy lugar de referencia.

El envidiable y exitoso desarrollo del distrito XIII, suscitó algunas críticas en su día. A René Diatkine, poco propenso al desánimo, le gustaba responder narrando la historia de sus inicios, a partir de un primer local de consulta tan peculiar como una cocina. Y también aludía a su motivación inicial; conseguir contactar, a través de la escuela, con familias inmigrantes procedentes del tercer mundo e incapaces de confiar sus dificultades y sus hijos a los dispositivos psiquiátricos y sociales tradicionales.

El fue el impulsor de la célebre “Encuesta Vulpian”, desarrollada por Colette Chiland, que permitió estudiar el porvenir psico-social de los escolares de 6 años, procedentes de medios desfavorecidos, tras 20 años de seguimiento. Sus resultados permitieron algunas revolucionarias constataciones, que todavía hoy pueden levantar ampollas en ciertas concepciones psiquiátricas. Por ejemplo, que existe la misma psicopatología en cualquier clase de una escuela normal, (de niños no consultantes), que en un colectivo de niños consultantes (de la misma procedencia social). O que, sin ninguna ayuda terapéutica, el porvenir educativo dependía más de las condiciones de vida familiar que de su C.I.

Fue también impulsor y creador, en los años 70, de la primera “unidad de tarde” –institución a tiempo parcial– pensada para niños con fracasos escolares masivos y pertenecientes a

familias con dificultades psíquicas y socioeconómicas múltiples. Este nuevo tipo de dispositivo, diferente de los hospitales de día y compatible con la asistencia a la escuela, respondía a su preocupación por evitar la marginación y exclusión, “de los ya marginados y excluidos” y a su permanente insatisfacción con la ofertas terapéuticas que pese a que proporcionan buena conciencia profesional, resultan habitualmente ineficaces. Insatisfacción que le lleva² hasta la cólera frente a ciertas formas de psicoterapia *“incomprensible o insoportable para familias y niños, incapaces de elaboración mental, para los que el tratamiento solo puede ser o seducción o agresión”*.

Fundador, con Ajuriaguerra y Lebovici, en los años 60 de “La Psychiatrie de l’Enfant” y, posteriormente, también en la editorial P.U.F., de la colección “Le Fil Rouge”; Co-redactor en los 80, con Lebovici y Soulé y sus innumerables colaboradores, del “Traité de Psychiatrie de l’Enfant et l’Adolescent”; su obra escrita merece una revisión que desbordaría totalmente el espacio de este recuerdo (y que nuestra revista deberá abordar ulteriormente).

Pero es inevitable decir, en obligado recuento, que la comprensión del funcionamiento mental normal y psicótico, los límites y la articulación de la normalidad y la patología, el estudio y tratamiento de los fenómenos psíquicos precoces, el desarrollo de nuevos dispositivos institucionales terapéuticos, la introducción del psicodrama, fueron entre otros, terrenos donde su talento para explorar y explotar las posibilidades del psicoanálisis como instrumento de transformación de la psiquiatría.

Su pasión por la aventura humana marcó también su interés fundamental por el lenguaje, y por la capacidad del niño para responder con nuevas creaciones psíquicas a las inevitables contradicciones que, según él, van jalonando una existencia siempre llena de conflictos sucesivos que plantean perma-

² “Pourquoi on má né”. Calman-Levy. París, 1995.

nentes desafíos al funcionamiento psíquico. Desafíos generadores de nuevas soluciones o de dramáticas descompensaciones, de las que nadie está a salvo. Razón esta que obliga al máximo respeto hacia toda forma de sufrimiento psíquico.

En su incansable actividad de docencia y supervisión de muy diversos equipos combatía ferozmente el diagnóstico estático y la pasividad terapéutica, y sobre todo la instalación de hábitos institucionales rutinarios que, inevitablemente, ignoran, o simplemente olvidan, la historia de sus pacientes.

En sus múltiples sesiones clínicas siempre buscaba el contacto directo con los pacientes. Por desconocidos que fueran siempre trataba de buscar el encuentro, la sorpresa y la siempre posible movilización psíquica. Profundo conocedor de las más graves patologías psíquicas, nada ingenuo en cuanto a sus pesadas consecuencias y pese a ello, optimista indomable, siempre sostuvo que la vida estaba marcada por el azar de ciertos encuentros, felices y esperanzadores o tristes y demolidores. Coherente con esta convicción, centraba su actividad de supervisión clínica en una permanente disposición al diálogo, directo con el paciente, con quien intentaba, incansablemente, establecer una relación activadora de su psiquismo.

Desmitificador de verdades inamovibles, prefería y solicitaba el relato espontáneo de los cuidadores que convivían con el paciente, frente al relato minucioso y científico de un historial médico completo y detallado, que le producía desconfianza y, también a menudo, irritación. Su atención permanente al riesgo de reificación de conceptos psicoanalíticos, y a su cosificación en lenguaje estereotipado y jerga exclusiva de "iniciados", le convirtió en auténtico terror de muchas supervisiones institucionales. No dudaba en calificar, literalmente, de obscenidad o de falta ética la atribución a los pacientes y a sus familias, de ciertos calificativos. Sobre todo cuando quedaban escritos en un dossier, que pasaba a ser el retrato robot de la historia oficial, y definitiva, del paciente.

Su preferencia por la frescura del profesional inexperto, pero espontáneo, frente al discurso construido, cerrado y rígido del experto, y su asombrosa afición a las presentaciones clínicas frente a equipos multidisciplinares numerosos, generaba polémicas situaciones institucionales. Cómodo en este tipo de incomodidad, parecía siempre deseoso de que sus temibles, iconoclastas, y también, porque no decirlo, agresivas intervenciones, perturbaran “la buena marcha” y los hábitos jerárquicos al uso.

Defensor de la transformación permanente de las instituciones, cuyo objetivo esencial era su propia supervivencia al precio de imponer la adaptación del paciente a la sumisión de hábitos monótonos e inútiles, era capaz de llevar, sin importarle incomodar a cualquiera, este cuestionamiento a cualquier actividad asistencial. Siempre fue un genial agitador de buenas conciencias.

No dudaba en cuestionar la eficacia de instituciones de adquirida reputación y de grandes medios asistenciales pero incapaces de acceder al sufrimiento psíquico de niños y familias procedentes de otras culturas. Humanista y demócrata, y en contraste con su condición de “vedette” del psicoanálisis, se prestaba gustoso al diálogo con cualquier familia, de cualquier procedencia. Sus comentarios, (“*Son gente muy brava*”... “*Quizás nosotros no haríamos frente a sus dificultades tan bien como ellos*”..), eran a menudo una defensa de los pacientes frente a las descripciones críticas, y contratransferenciales, de quienes los “presentaban”.

Esperanzado frente a las largas evoluciones, y gran conoedor de ellas, no rehuía el compromiso terapéutico de los tratamientos largos y complicados. Y cuando el relato autobiográfico, dramático y público de uno de sus pacientes más peculiares y famosos, Louis Althusser, saltó a los medios de comunicación por su destino trágico, René Diatkine, con su silencio impasible y pétreo, dio un excepcional ejemplo de la discreción a la que obliga la ética psicoanalítica.

Capaz de captar y dialogar sobre las angustias más arcaicas, y observador de curiosidad impenitente frente al permanente movimiento del funcionamiento mental, defendía la siempre posible oscilación del funcionamiento neurótico al psicótico y viceversa. Siempre sostuvo que con escasa frecuencia puede asegurarse un registro de funcionamiento estable y permanente para cualquier persona, siempre sometida al bamboleo de los avatares de la existencia. Profundo conocedor de la neurobiología, le gustaba también insistir en la importancia determinante de los imprevistos de cada vida. *“Nadie está a salvo de la depresión”... “No es nada difícil que un bebé en ciertas circunstancias se vuelva autista”* son algunos ejemplos de sus machaconas e inquietantes afirmaciones.

Fue un sembrador de ideas turbadoras. Turbación estimulante para mentes inconformistas. Turbación provocadora para la psiquiatría satisfecha de sí misma.

Echaremos mucho de menos su figura de maestro inquieto, irritable y rebelde frente a la psiquiatría que se impone, la de las certezas incontestables, universales y simples. Esa, que no necesita oír el relato del paciente, ni la historia de su familia, para saber, mejor que él, que es lo que le pasa.

Descanse en paz, cosa que algunos nos preguntábamos si hacía en vida. Vida, creativa e incansable, de psiquiatra y psicoanalista, doble condición y doble destino, que siempre subrayó como tarjeta de visita.

CÓMO LOS COMPAÑEROS INTERACTÚAN CON UN NIÑO AUTISTA EN UNA CLASE NORMAL

Graziella Fava Vizziello*, Maria Bet**,
Graziella Sandonà** y Vincenzo Calvo**

Key-words: Niño autista, integración, escuela, hándicap.

RESUMEN

En Italia, desde el año 1977 la Ley 517 ha sancionado el derecho de todos los niños a asistir a clases normales en escuelas normales, en un número reducido (máximo 20). La integración ha sido particularmente difícil con los niños afectados por distintas formas de comportamiento autista. En este trabajo, estudiaremos el proceso interactivo que se ha desarrollado en dos de las diez clases de una escuela primaria, donde diez niños autistas fueron integrados, cada uno en una clase distinta. El estudio se condujo a través de la observación de la interacción en las clases, el enfoque sociométrico de Moreno y el análisis psicolingüístico de las historias escritas sobre el niño autista por sus compañeros, comparándolo con los escritos sobre un compañero de su elección. El niño autista tiene una condición sociométrica de nivel medio (ej. es elegido por un número de compañeros que son muy populares dentro del grupo). Además, las observaciones indican que los niños muy vul-

* Graziella Fava Vizziello, profesora de Psicopatología General y Evolutiva, Facultad de Psicología, Universidad de Padua (Italia).

** Psicólogo.

nerables y con temor de confundir su propia identidad rechazan o imitan al niño autista, mientras que los niños inteligentes, bien adaptados y ricos emocionalmente interactúan con ellos de distintas maneras (escuchando, enseñando). Estos niños observan a su compañero autista y tratan de explicar sus síntomas y proponer terapias para el trastorno. También tienen una representación clara del trastorno y sus síntomas.

SUMMARY

In Italy, Law 517 has since 1977 sanctioned the right for all children to attend ordinary schools in normal classes, reduced in number (maximum 20). Integration has been particularly difficult with children affected by various forms of autistic. In this paper; we shall study the interactive process that has gone on in two of the ten classes of a primary school where ten autistic children have been integrated, each in a different class. The study has been conducted through observation of interaction in the classes, Moreno's sociometric approach and the psycholinguistic analysis of fairy tales written by classmates on the autistic child, compared with ones written on a classmate of their own choice. The autistic child has an average sociometric status (i.e. he is chosen by an average number of classmates who are very popular in the group). Moreover; observation shows that very vulnerable children with fear of confusion of their own identity reject or imitate the autistic children, while bright, well-adapted, and emotionally rich children interact with them in different ways (listening, teaching). These last children in fact observe their autistic schoolmate and try to explain his symptoms and to propose therapies for the disorder. They have also a clear representation of the disorder and its symptoms.

INTRODUCCIÓN

En el año 1977 se emitió en Italia un decreto presidencial sancionando un cambio cultural que se había desarrollado a través de los años. Este involucraba el cuidado y el tratamiento de niños y adolescentes afectados por problemas de incapacidad o de salud mental, junto con la rehabilitación y socialización. Desde ese momento, todos los menores tienen el derecho a integrarse a clases normales por lo menos hasta el fin del período escolar obligatorio. Las escuelas han agregado personal de enseñanza adicional. El personal adicional se provee con la presentación del certificado emitido por los servicios de salud.

Entre todas las dificultades involucradas en el proceso general de integración, los niños autistas representan el problema más complejo, planteando varias preguntas básicas, por ejemplo:

1. ¿Cómo reaccionarán los otros compañeros ante las anomalías psíquicas y de comportamiento del niño autista?
2. ¿Qué tipo de interacción surge en el grupo?

En Padua se adoptaron dos métodos diferentes para los niños autistas. Los que podían hablar algo fueron colocados en escuelas normales, y los casos más graves, que en 1977 fueron reunidos (de toda Italia) en una unidad de salud diurna, recibieron tratamiento especial hasta cuando se colocaron 10 clases de normal al interior del centro diurno, lo que, permitió de integrar un niño autista en cada una de las clases (Fava Vizziello, Bet, & Sandonà, 1990).

EL ALCANCE DEL ESTUDIO

Dentro de este marco, hemos estudiado el desarrollo del niño autista y el de sus compañeros, y la interacción entre

ellos, planteando aspectos diferentes de los que observaron en una situación muy distinguida (Diatkine & Denis, 1985; Manzano & Palacio Espasa, 1983).

En este trabajo informamos sobre el grupo de compañeros y su comportamiento y la reacción hacia el niño autista.

LA ESCUELA

Este lugar, con varios espacios al aire libre, es una escuela primaria creada por un grupo de padres con niños que carecen de problemas clínicos. Estos padres estaban dispuestos a probar una nueva experiencia escolar, pero con ciertas condiciones respecto a sus hijos y a los niños autista. Estas condiciones eran que, las clases no podían exceder de 15 alumnos y que habría solamente un niño autista en cada clase. La escuela funcionaba tiempo completo, con tres maestros asignados a cada clase. Además, un terapeuta de rehabilitación del centro de salud estaría presente según las necesidades. El equipo de salud (2 psiquiatras infantiles, 2 psicólogos, 1 asistente social, una fonoaudióloga, un ergoterapeuta y un terapeuta de La psicomotricidad) estuvo siempre presente y cumplía con las siguientes funciones: (1) terapia para el niño autista y su familia; y (2) consultores para el personal de enseñanza, conduciendo reuniones por lo menos una vez por semana, con el propósito de planificar y recopilar experiencias, además de varias reuniones informales.

Se estableció un programa basado en las necesidades y requerimientos personales de cada niño, incluyendo la oportunidad de estar a solas con un adulto durante el día. Un programa típico de un día en la vida de estos niños incluía: (1) transporte a la escuela por personal de salud, quienes hablaban brevemente con los padres al momento de retirarlo con respecto a posibles problemas ocurridos durante la noche anterior, (2) media hora de actividades comunes con el grupo

de la clase, de acuerdo con las necesidades del niño e involucrando a toda la clase en alguna actividad sensomotora y/o cantando canciones. Posteriormente, comenzaban las actividades curriculares y se desarrollaban de tal manera que el niño autista pudiera participar en alguna de ellas.

Todos los maestros estaban capacitados para liderar las actividades del grupo (algunos con actividades psicomotoras o de psicodrama), y todos estaban entrenados para la enseñanza en donde los niños juegan un papel activo. Permitían períodos de tiempo que duraran hasta 10-15 minutos en los cuales los niños autistas pudieran participar y sentirse apoyados por la clase, permitiéndoles progresar lentamente dentro de sus posibilidades. En la mayoría de los casos, el niño pasaba alrededor de dos horas en la mañana desarrollando actividades terapéuticas (actividades psicomotoras y terapia lúdica), a veces solo y a veces con otros niños autistas. Este era un período en el cual los otros niños necesitaban concentrarse, pero en el cual el niño autista también necesitaba emprender sus propias actividades. Todo lo demás se realizaba con el grupo de la clase, excepto en aquellos momentos en que el niño estaba muy ansioso o inquieto, en ese momento se le brindaba la oportunidad de calmarse y descansar.

LOS NIÑOS AUTISTAS

Luca y Darío son los dos niños autistas que consideraremos en particular. Destacaremos los aspectos más relevantes de los niños para facilitar la comprensión de lo que sus compañeros escribieron, del sociograma, y de la observación.

Luca es un niño de 10 años, que alterna entre momentos de armonía y casi seducción con los demás, y momentos en los cuales come todo lo que está a su alcance y tiene momentos de excitación motora en los cuales demuestra excepcionales habilidades de movimiento, generalmente a través del sal-

to. Es un niño muy atractivo, más alto que sus compañeros, y realiza las funciones básicas por sí solo. A veces se comporta como si tuviera alucinaciones auditivas y le dan berrinches. Su lenguaje está limitado a pocas palabras. Escucha música con mucho interés, siguiendo el ritmo con movimientos corporales. Ha estado bajo tratamiento desde los cuatro años, a esa edad, él se golpeaba constantemente, presentaba una carencia total de autonomía; no pronunciaba palabra; y cualquier acercamiento producía en él una severa crisis de pánico.

Darío también tiene 10 años y siempre está vestido como un señor noble y rinde homenaje a su vestimenta. Es distante, apático, no interesado, y nunca interfiere con los demás niños. Por el contrario, se irrita si los demás se acercan y puede reaccionar con ataques violentos de ansiedad. No habla. Ha estado bajo tratamiento en nuestro centro desde los cinco años, luego de haber estado internado en diferentes hospitales. Los padres informan que él hablaba bastante bien cuando tenía dos años y luego dejó de hablar por completo. Ha atravesado períodos en que se pegaba muy fuertemente. Nunca dio señales de distinguir a sus padres de otras personas hasta hace dos años.

LA INTERACCIÓN ENTRE LOS NIÑOS AUTISTAS Y LOS DEMÁS

A. Observación del Juego

Para resumir nuestras observaciones con respecto al juego, dividimos a los niños en tres círculos concéntricos (Figuras 1 y 2). El del centro incluye a los niños que se acercan a Luca y Darío para espontáneamente ayudarlos o relacionarse con ellos. El grupo intermedio consiste de niños que raramente se acercan a ellos, pero que lo hacen cuando se les pide. El grupo exterior se compone de los niños que decididamente tratan de evitar cualquier encuentro y, cuando se les acercan, tratan de alejarse o mantener distancia.

FIGURA 1

OBSERVACIÓN DEL JUEGO. LUCA: NIÑO AUTISTA.

1 CÍRCULO: niños que se acercan a Luca para espontáneamente relacionarse.

2 CÍRCULO: niños que raramente se acercan a Luca, pero que lo hacen cuando se les pide.

3 CÍRCULO: niños que decididamente tratan de evitar cualquier encuentro.

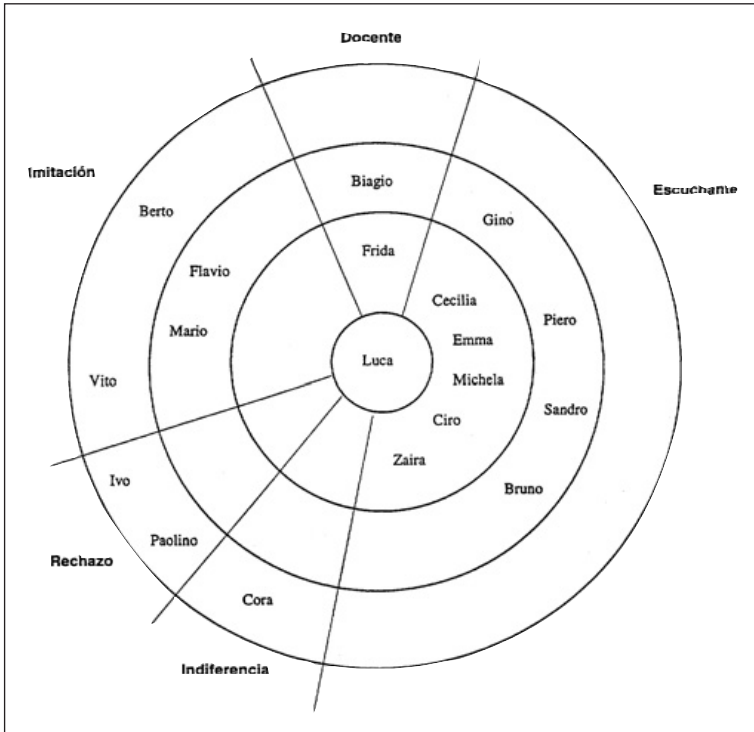


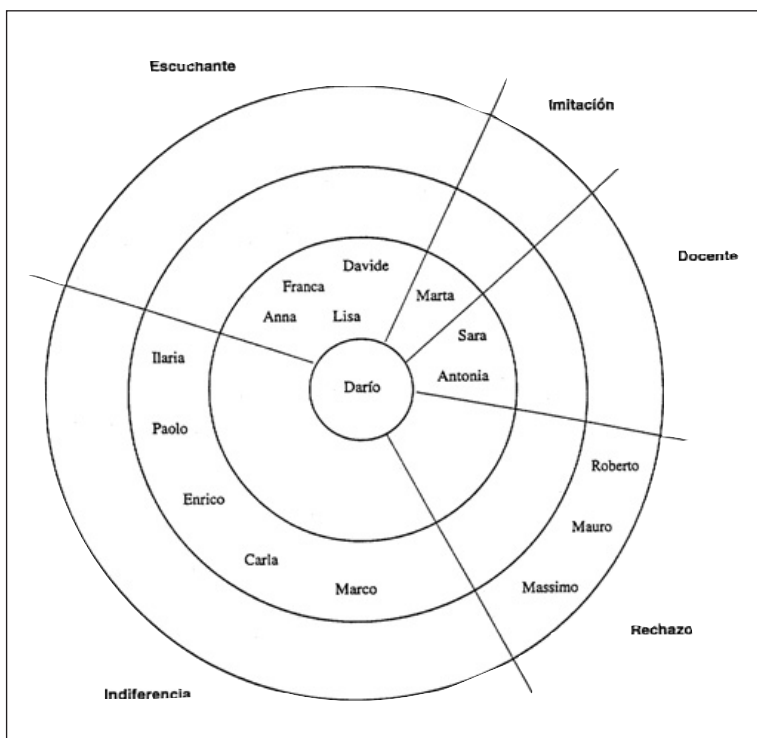
FIGURA 2

OBSERVACIÓN DEL JUEGO. DARÍO: NIÑO AUTISTA.

1 CÍRCULO: niños que se acercan a Darío para espontáneamente relacionarse.

2 CÍRCULO: niños que raramente se acercan a Darío, pero que lo hacen cuando se les pide.

3 CÍRCULO: niños que decididamente tratan de evitar cualquier encuentro.



También tratamos de clasificar la forma en que se llevaron a cabo los acercamientos y distanciamientos. En la categoría de *escuchantes*, colocamos a los niños que pueden acercarse, pueden mantener contacto físico sin ser molestos, mirar a los niños a la cara para hablarles, comportarse naturalmente, no imponerse o permitir que se les impongan y esmerarse por comprender lo que Luca y Darío quieren, interpretando sus mensajes a través de sus mímicas y sonido. También se quedan con ellos para ayudarlos, jugar, saludarlos, pero mantienen la distancia cuando Luca o Darío se enojan, acompañando sus gestos con palabras, y no se sorprenden cuando Luca se acerca y los toca. Lo alejan si invade su espacio privado y pueden defenderse de abrazos agresivos. Les preguntan a los adultos sobre Darío y Luca, y dan su opinión acerca de ambos. En otras palabras, son terapeutas natos.

En la categoría de *docente* encontramos a los niños que usurpan el espacio del niño autista, introduciéndolos a objetos o situaciones desconocidas. Imitan a los maestros y se quedan con ellos en tanto tengan alguna actividad que desarrollar. No comprenden cuando retirarse y utilizan un tono de voz dominante. A estos niños les asusta la situación y se defienden identificándose transitoriamente con la figura adulta.

La categoría de *imitador* incluye a los niños que se fusionan con sus compañeros y tienden a utilizar el contacto físico en vez del lenguaje u objetos. Reflejan una imagen idéntica de la ostentación extrema del niño autista y imitan desde lejos las palabras y gestos. Dan la impresión de tomar ventaja de la situación para expresar lo que quisieran decir y no se atreven.

La categoría de *rechazo* está compuesta por niños que utilizan sus expresiones y lenguaje únicamente como medio para controlar las cosas desde lejos. Estos niños tienen mucho miedo y son muy frágiles.

B. Acercamiento Sociométrico

Metodología

Hemos analizado el material habitualmente reunido por los maestros de dos clases de quinto grado (cinco años después del comienzo de la escuela primaria) con niños de 10 años: clase 5A (la clase de Luca) y clase 5B (la clase de Darío).

Obtuvimos resultados del ensayo sociométrico Moreno (1953) en respuesta a las dos siguientes preguntas:

1. ¿Con cuáles compañeros prefieres jugar?
2. ¿Con cuáles compañeros no te gusta jugar?

Propusimos un número limitado de respuestas (5): primero, porque en cualquier caso existe una gran correlación entre un número de elecciones limitadas o ilimitadas, o rechazos y segundo, porque si hubiéramos dejado a los niños libres para elegir, el cuadro de aceptación o rechazo del niño autista hubiera sido más confuso, dado que cada uno podría nombrar a todos los compañeros.

Al procesar las respuestas, tomamos en cuenta la conformación total de la clase utilizando un modelo sociométrico y dos sociogramas, una para las alternativas y otra para los rechazos, que también toman en cuenta las alternativas recíprocas. Esto nos permite tener una visión comprensiva de la estructura y dinámicas de la clase. Por lo tanto, prestamos especial atención al niño autista desarrollando para él un sociograma individual (Figuras 3 y 4), y uno para el niño que lo eligió.

Teniendo en cuenta que cada individuo en el grupo se considera el centro de una red relacional, hemos definido la condición sociométrica de cada niño en base a los siguientes grupos:

- Popular: individuos que son elegidos por sus compañeros significativamente por encima del promedio.

FIGURA 3
CLASE 5A. SOCIOGRAMA INDIVIDUAL DE LUCA

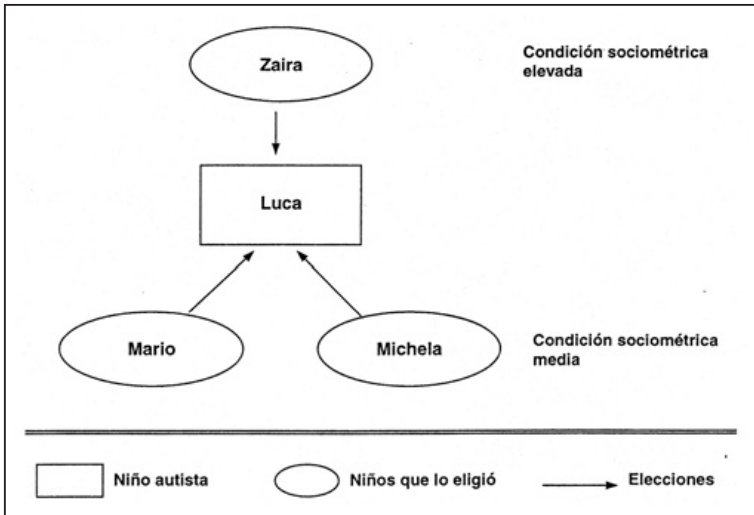
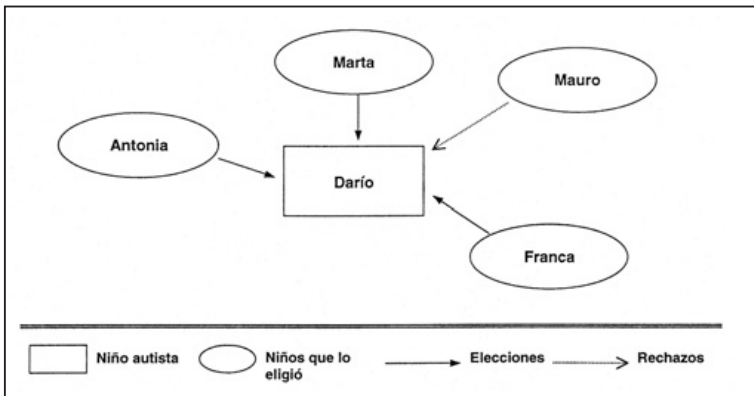


FIGURA 4
CLASE 5B. SOCIOGRAMA INDIVIDUAL DE DARÍO



- Rechazado: individuos que son rechazados por sus compañeros significativamente por encima del promedio.
- Condición media: individuos que están por debajo del promedio estadístico con respecto a las elecciones como a los rechazos.

Análisis de los resultados

Observando el sociograma individual de Luca (Figura 3), vemos que ha sido elegido por Zaira, con una condición sociométrica elevada, y por Michela y Mario, con una condición sociométrica media. Zaira recibió principalmente elecciones altamente calificadas, provenientes de niños con condiciones sociométricas elevadas-medias. Los sociogramas individuales de Michela y Mario son menos favorables que los de Zaira, pero están en buena posición, con pocos o casi ningún rechazo. Por lo tanto, aunque Luca no tiene un puntaje significativo, no tiene una condición sociométrica escasa y está dentro de los niños que tienen una relación equilibrada con los demás.

Darío (Figura 4) es elegido por Marta, quien tiene una condición sociométrica elevada y por Antonia y Franca, con condición sociométrica media. Por lo tanto, a través de estos tres niños puede incluirse a Darío en los tres subgrupos espontáneos. Sin dudas, él opondrá mayor resistencia si se lo involucra en juegos competitivos.

Los sociogramas muestran como ambos niños autistas tienen un lugar garantizado por sus compañeros que tienen una riqueza interior particular en esta etapa del desarrollo. Por ejemplo, aquellos que pueden “dar”.

La pregunta que permanece es hasta dónde esto es espontáneo y hasta donde está ligado al deseo de intervenir con el estímulo recibido de los adultos involucrados, pues los niños con mejor desarrollo se dan cuenta de lo que los adultos les piden.

Otro aspecto importante está relacionado con los niños que imitan a Darío y Luca. Ellos no eligen a su compañero autista, sugiriendo (como lo veremos en detalle más adelante) una necesidad de permanecer distintos a ellos. De hecho, atraviesan por un período de crisis interna hasta tal punto que ni siquiera necesitan de la aprobación de sus maestros con respecto a sus elecciones.

Al evaluar los resultados más sobresalientes de la observación y el sociograma, debe tenerse en cuenta que las figuras de observación (Figuras 1 y 2) indican el comportamiento de los niños y los sociogramas (Figuras 3 y 4) resumen las elecciones conscientemente efectuadas por ellos, requiriendo reflexión, y en consecuencia, interviniendo más el ego.

Por lo tanto, podemos asumir que algunas elecciones dirigidas hacia Darío y Luca, quienes tienen una condición sociométrica media, no corresponden firmemente a los deseos reales del niño ni a su comportamiento.

Análisis comparativo lingüístico de las narraciones

Las narraciones escritas por los niños sobre el niño autista y sobre otro compañero de su elección fueron producidas expresamente para esta investigación.

La narración se consideró como un acto por el cual se producen y organizan nuevos personajes y lugares imaginarios, basado en lugares concretos y personajes derivados de la experiencia (Eco, 1979; Stern, 1985, 1994; Smorti, 1993).

Se les dijo a los niños, "Escriban una historia sobre uno de sus compañeros", y un mes después, "Escriban una historia sobre Luca o Darío". El análisis del trabajo escrito se basa en autores que han estudiado la estructura de la historia/cuento (Propp, 1928; Grice, 1975; Greimas, 1970, 1976, 1979, 1983; Levorato, 1988; Main & Goldwyn, 1994; Bremond, 1973; Hamon, 1977; Prince, 1982).

Las narraciones se analizaron en los niveles (1) sintáctico-funcional (descripciones del contenido y plan), indicando los papeles que representaban los personajes, y (2) a través de una hipótesis interpretativa de índices semióticos. El objetivo fue inferir el contenido psicológico de la representación mental de los niños de su compañero autista.

Se les solicitó a los niños escribir dos narraciones, con un intervalo de aproximadamente un mes entre ambas. La primera narración (A) se tituló: “Inventen una historia cuyo protagonista es uno de sus compañeros”; y la segunda (B): “Inventen una historia cuyo protagonista es Darío/Luca”.

El título de la narración A hace que el protagonista de la historia sea un compañero con quien comparten situaciones y asegura que cada escritor tenga elementos para el contenido.

El propósito de la primera historia fue: (1) conocer cuales niños eran elegidos para una historia escrita; (2) asegurar que los niños comprendían y llevaban a cabo el ensayo y producían una historia con la presencia de “signos característicos textuales”, como por ejemplo “Había una vez... en un lugar muy lejano...”; y (3) tener una base para un análisis comparativo psicolingüístico, para comprender las características del niño autista, expresadas en la historia B.

LOS TEXTOS

Ahora proveeremos algunos ejemplos sin informar sobre todo el análisis; mencionaremos las conclusiones de la comparación entre la historia sobre el compañero elegido y la del niño autista.

Berto - Piero

Esta historia comenzó en una pequeña aldea donde vivía un niño llamado Piero. A él le gustaba mucho ir a la escuela y

le iba bien en todas las materias, especialmente en matemática. Cuando regresaba a casa hacía toda la tarea. Todos los días después del almuerzo corría por el campo y jugaba con las flores y las mariposas.

En esa aldea vivían algunos niños que robaban a la medianoche en los sótanos de los pobladores y la policía no sabía que hacer. Por último decidieron llamar a un detective de Europa. Cuando él llegó en el ferry, varios de los aldeanos fueron a su encuentro, no así Piero, quien pensaba que los detectives eran inútiles. Piero quería encargarse él mismo de los alborotadores.

Una noche se encontró con ellos y les dijo firmemente; “si ustedes no se van, llamaré a la policía y los haré arrestar”. Luego de escuchar esto, los alborotadores salieron corriendo porque tenían miedo y la aldea quedó liberada. A Piero lo nombraron alcalde de la aldea.

Berto - Luca

Esta historia comenzó en un aula de la escuela. En esta clase hay un niño que se llama Luca. A Luca lo acompaña una asistente llamada Chiara que lo cuida y le enseña muchas cosas. A veces Luca emite sonidos muy extraños y ensordecedores y la maestra tiene que parar la lección por el ruido.

Un día Luca caminaba por el parque con Chiara cuando de repente él se tropezó con una piedra y se lastimó la pierna. Chiara llevó a Luca al hospital para que le curaran la herida.

Sus padres, que estaban muy preocupados, salieron corriendo al hospital. Los doctores les dijeron que la pierna estaba muy lastimada y tenían que amputarla. Ellos se sintieron muy tristes. Llegó el día en que tuvieron que amputarle la pierna. Después de la amputación Luca se sintió mucho mejor.

Los padres de Luca hicieron una gran fiesta en su honor. Como a Luca le encantaban las tortas, ni siquiera dejó una porción para sus padres.

Comparación de las narraciones (Berto)

La principal diferencia entre las narraciones está en el tema, el eje principal, y los aspectos semióticos del protagonista. Berto decide hablar sobre un héroe y luego es forzado a hablar de una persona impedida. En la primera narración, él asume las características del compañero ideal, aunque éstas están exaltadas. Nos cuenta sobre su deseo de ser lo suficientemente bueno para ayudar a salvar a otros. En la segunda narración, hace que el protagonista enfrente un accidente que, en realidad, es más atribuible a las dificultades del autor que a la falta de agilidad de Luca. Berto entiende la falta de comunicación verbal de Luca, su balbuceo y la falta de diferenciación de los sonidos.

Al comparar ambos textos, Berto excluye la posibilidad de relacionarse con Luca, quien despierta temores de diversidad, falta de adecuación y sentido primitivo, de los cuales él se defiende a través de la amputación final.

Ahora mostramos una historia de la Clase B.

Marco - Davide

Muy lejos en Rusia había un gran circo, el Circo de Moscú, todos consideraban que era el más importante. En este circo había solamente un principiante, Davidoschky Bortolovich. El no podía actuar en público porque el Circo de Moscú ya tenía una estrella: un tal Lisivich Bollettinschky, que era muy bueno en el trapecio y en otros equipos de acrobacia.

Davidoschky era muy talentoso, pero nadie se había dado cuenta de ello. Mientras tanto, Davidoschky simplemente trabajaba como presentador, aunque quería ser acróbata a cualquier precio. Cuando estaba solo, él subía a lo más alto y pretendía ser la estrella del circo. Imaginaba que él era la atracción de la función y que todos lo aplaudían. Pero solamente era un sueño. Mientras soñaba realizaba todos los

actos, porque en su mente él estaba en el show y no podía equivocarse. Sino, dejaría de ser una estrella. Mientras él soñaba lo vio Lisivich y sintió miedo, como si Davidoschky le hubiera quitado el lugar, dado que era muy talentoso. Lisivich se sintió desilusionado y un día mientras pensaba en Davidoschky se cayó del trapezio y se fracturó su mano derecha. Es así como Davidoschky tuvo la oportunidad de convertirse en estrella. Realizó muchas funciones, y su sueño y todo lo que él había imaginado se convirtió en realidad ese día.

Marco - Darío

Estamos en el sistema solar, cerca de Saturno, más precisamente en Júpiter, el planeta más grande, aunque no el más hermoso. En ese planeta vivía un niño llamado Darío, también se lo llamaba 000000086. Tal vez sea mejor llamarlo Darío, ya que es más fácil.

A Darío no le gustaba Júpiter. No le gustaban las guerras galácticas y quería irse. Darío quería ir a Saturno. A él le atraían los dos hermosos anillos de ese planeta, desde donde podía apreciar el panorama espacial. Su huida comenzó cuando empezó una guerra galáctica en Júpiter. Una bomba radioactiva golpeó a Darío y perdió la voz, pero no dejó de lado la idea de ir a Saturno. El luchó y luchó y luchó hasta que al final logró ir. En un principio se instaló bien, pero luego se sintió abatido porque no podía hablar. Entonces se fue a uno de los maravillosos anillos y observó el panorama celestial excepcionalmente hermoso; y lo que vio fue un pequeño gran planeta. Desde adentro escuchó una voz que le decía que ese era el lugar para él. Entonces voló y voló hasta llegar a la Tierra, y descendió y descendió hasta la pequeña gran Tierra, donde 16 niños le dieron la bienvenida. Estos niños cuidaron de él y lo atendieron y esos mismos niños ahora están escribiendo una historia titulada, "Inventen una historia cuyo protagonista es mi compañero Darío, también llamado 000000086".

Comparación de las Narraciones (Marco)

El desarrollo de la historia es diferente en ambos textos, aunque la presencia del autor es muy coherente. En ambas historias el héroe es positivo, el tópico es la realización y el eje es la voluntad.

Marco presta atención al contenido emocional con respecto a la percepción del yo (ser talentoso en el texto A, encontrar el lugar ideal en el texto B), aunque no descuida las observaciones denotativas de sus compañeros, como ser la proeza de Davide y la mudez de Darío.

Existe una gran importancia ligada a los pensamientos internos de los protagonistas quienes tienen este papel por virtud de su perseverancia y fuerza de voluntad. El uso cuidadoso de metáforas muestra el empeño de Marco por comprender la condición de Darío. No obstante, al mismo tiempo, él expresa todas las dificultades involucradas para relacionarse con él: 000000086 es un niño de un lugar muy lejano, que busca algo que no está claramente definido.

Resultado de los análisis de todas las historias

El significado emocional de la imagen en las narraciones A y B

Cada niño tiene su propio estilo de narración, por lo tanto la composición y el ritmo de ambas historias escritas por el mismo niño se asemejan más que cualquiera de las otras dos historias en la misma serie. Existe un cambio de ritmo en varias de las narraciones B en comparación a los textos paralelos. La mayoría de las narraciones A se basan en la alineación de la comunicación y reintegración. En las narraciones B se abre otra idea al final de éstas, y prácticamente se forman dos historias en una. Este recurso le otorga al protagonista más fuerza (Fava Vizziello, Bet & Sandonà, 1990).

Consecuentemente, la relación profunda entre el ritmo de la narración y *la conexión lógica del contenido frecuentemente*

se rompe en los textos B, tanto así que emergen soluciones ambiguas sin que el autor se de cuenta de ello. Mientras que desean demostrar que su historia tiene un final feliz, se olvidan que en la realidad el protagonista ha podido evadir la represión del espacio imaginario positivo que se le ha otorgado, para mantener las características de la verdadera persona, con todas sus fallas y problemas. Esta contradicción por parte del joven escritor, que es casi un *error de pluma*, es la base para asumir que los niños son ambivalentes hacia Luca y Darío. No obstante, la interpretación psicológica del significado de este *error de pluma* varía de caso en caso: de una hostilidad oculta a sentimientos de empatía.

Entonces, si consideramos estas narraciones en términos de la calidad negativa del final en vez de una incoherencia lógica, podemos agregar otras narraciones cuyas historias no son ni incoherentes ni ilógicas: al final el protagonista simplemente permanece perpetuamente y desesperanzadamente enajenado. La presencia de estos signos, que indican una falta de congruencia, aparentemente se deben en primer lugar a que la segunda historia implica una involucración emocional distinta.

Además de plantear el problema de la presencia de su compañero autista, los niños trataron de asimilar su comportamiento con el propio. Tanto Darío como Luca aparecen como "Islas de significado". Los esfuerzos por comprenderlos dentro de un patrón sucesivo demuestra que para considerarlos semejantes, los niños deben completar mentalmente la imagen rota que reciben y integrarla con las respuestas que ellos mismos proveen y que son parte de su propio comportamiento. Además, la variedad de los contenidos elegidos para expresar sus emociones está relacionada con las imágenes opuestas que Darío y Luca resumen: niños poderosos, difíciles de abordar, pero también compañeros cómicos y melancólicos que hay que conocer mejor. Las connotaciones de los protagonistas de las narraciones A y B han sido analizadas y sintetizadas.

INTEGRACIÓN EN AMBAS CLASES

A través de la observación hemos podido identificar las actitudes de Darío y Luca con respecto a sus compañeros y viceversa, y dividir a los niños en grupos de acuerdo a comportamientos similares. También nos ha permitido indicar áreas relacionales en el juego. El ensayo sociométrico ha demostrado la condición de cada niño, incluyendo en el grupo a Luca y Darío. No obstante, las narraciones son importantes para comprender las experiencias de los niños.

La primera conclusión concierne la capacidad de cada grupo de la clase de aceptar o rechazar a su compañero psicótico. Distinguimos esto de la capacidad de relacionarse con ellos, en vez de demostrar hasta donde la relación es mutua, meramente demuestra la capacidad de tolerar a un niño “diferente” sin ser agresivo, indiferente o excluyente. Esta capacidad se ha demostrado principalmente en los índices cuantitativos, tales como el número de compañeros que eligen a Darío y a Luca en el ensayo sociométrico. Los que se acercan a ellos (Figuras 1 y 2) y los que los eligen como protagonistas en su narración A. Darío y Luca son aceptados dentro de la clase.

Los niños son elegidos con suficiente frecuencia como para incluirlos en el área intermedia, pero los compañeros que los eligen tienen una elevada condición sociométrica. Por lo tanto, Darío y Luca están bien “protegidos”.

La cantidad de niños que pueden tener cerca a su compañero “diferente” es mucho mayor. Únicamente unos pocos los excluyen.

Por último, cuatro niños eligen a Darío o Luca como los protagonistas en las narraciones A. Esto significa que los narradores le prestan especial atención y su elección los coloca entre los compañeros que pueden tomarse en consideración. Dado que de estos cuatro, tres niños son gemelos, supo-

nemos que esta elección también ha ayudado al equilibrio interno con respecto a la diferenciación con el otro.

Sobre un análisis general de las narraciones, vemos que la aceptación general del grupo de Darío y Luca está correlacionado con la imagen que tiene la clase de ellos, y la experiencia que surge de la comparación de todos los textos.

Esta aceptación explícita de Darío y Luca también puede evaluarse en vista del hecho que los niños no niegan que ellos son diferentes; por el contrario, ellos reconocen muy precisamente y pertinentemente, como lo podemos ver de los aspectos semióticos de las narraciones A y B; ellos muestran su involucración emocional colocando a Darío y Luca en una estructura narrativa fantástica basada en esta diferencia.

Para concluir, los niños que logran vivir junto a Luca y Darío son los que, en las acciones y reacciones que son extrañas a ellos, reconocen la presencia de sentimientos y emociones similares a las de ellos, aunque se deben a su imaginación o están en ella.

Por otro lado, los niños que rechazan a Darío y Luca son los que, a un punto más extenso, privan el comportamiento de sus compañeros de sentimientos indistintos similares al de ellos mismos. Su imagen pertenece al binomio débil-pasivo o fuerte-agresivo. Podemos deducir que los niños que aceptan a Darío y Luca son los que sienten que sus compañeros autistas tienen una dimensión emocional como ellos, no temen que su propia personalidad sea confundida o atacada. Los niños que rechazan a sus compañeros psicóticos son los que temen a una de estas dos probabilidades. Otros factores tienen una conexión con las dinámicas del grupo y comprueban ser fundamentalmente importantes.

En primer lugar, existe una relación directa entre la baja condición sociométrica y el rechazo hacia Darío y Luca, y la media o alta condición sociométrica y la posibilidad de relacionarse con ellos.

Los niños que son rechazados por sus compañeros no parecen estar interesados en crear vínculos con el niño psicótico, en tanto que los muy populares son capaces de permitir el desarrollo de una "amistad extraña". Además, los niños más populares en el sociograma frecuentemente coinciden con los que aceptan y entienden fácilmente los llamamientos de solidaridad de la familia y docentes.

En segundo lugar, los niños intelectualmente más desarrollados (aunque no en todos los casos) son los que ofrecen apoyo a sus compañeros, en tanto que los que tienen serios problemas les asusta una realidad que son incapaces de comprender.

En tercer lugar, las niñas están más frecuentemente en compañía de Darío y Luca. Esta consideración también está ligada a un aspecto interesante del juego. En el grupo las niñas son las que dedican más tiempo a los juegos simbólicos y cooperativos, sin la estructura cerrada de los competitivos.

Desde un punto de vista educacional, la variable de planeamiento didáctico no debería ser subestimada en la integración, pero tal vez ya esté ligada a factores culturales en los cuales las mujeres como personal de integración es uno de varios aspectos. Por consiguiente, existe un predominio de mujeres en las profesiones de ayuda (escuela, salud, asistencia) que requiere de: (1) capacidad para aceptar situaciones de largos períodos de tiempo; (2) capacidad para encubrir la presencia de uno cuando no es necesaria; (3) inventiva y creatividad al otorgarle sentido a los más pequeños signos y transformarlos; y (4) una gran capacidad para superar las frustraciones y visualizar constantemente un futuro, aunque sea difícil de imaginar. La mayoría de las personas que desarrollan el proceso de integración en la educación en Italia son mujeres.

La importancia no solo radica en la experiencia de cada niño, sino también en las dinámicas del grupo que permiten un bienestar y la posibilidad para todos de crecer, a pesar del

estrés. El desarrollo está ligado con el efecto de las elecciones de los compañeros más populares y con la capacidad de imaginar juntos mientras juegan, y por lo tanto, a la presencia de maestros capaces de manejar al grupo de tal forma que obtienen este efecto.

Por lo tanto, la integración no se limita a cuidar de cada niño; sino que requiere de la participación grupal y alternación de papeles, basada en actividades de estructuras abiertas, sin tener que recurrir a formas místicas de persuasión, tal como responsabilizar a los niños y pedirles que sean generosos. En un ambiente seguro hasta la experiencia más negativa puede cambiar lentamente. No obstante, si esto ha de suceder, los niños no deben sentirse oprimidos a ocuparse del compañero "diferente", dado que esto ayuda a reavivar fantasías temerosas y a excitar los mecanismos de defensa.

Por consiguiente, un grupo de niños normales puede relacionarse con un niño seriamente psicótico si la situación dinámica se desarrolla de tal manera que se lo ve como una tercera persona, y como tal puede ser (o convertirse) en una fuente de pensamiento imaginativo y expresado y/o de pensamiento expresable.

CONCLUSIÓN

Este estudio se basó en tres tipos de representación del niño autista: una creada por las historias de sus compañeros, una originada luego de un gran trabajo educacional por los maestros y otra que emergió gradualmente de las actividades clínicas basándose en la psicoterapia y las consultas.

Hemos omitido la representación ligada a los diagnósticos de función dictados por las leyes de integración, porque aunque sean útiles al principio, pierden importancia en las etapas de operación y evaluación. Las representaciones de los niños sobre su compañero autista proveen abundantes detalles

basados en los atributos reales del niño autista; son experimentados con gran intensidad emocional; frecuentemente buscan la explicación de sintomatologías difíciles de comprender; están abiertos a cualquier posibilidad de cambio; y están orientados hacia el futuro.

Un niño integrado a un grupo está en el centro de una riqueza extraordinaria de representaciones derivada de las historias de sus compañeros y de la imagen que refleja de sí mismo. Depende de las actividades didácticas del maestro que estas representaciones estén organizadas en forma armónica o discordante, lo cual representa su entrenamiento y personalidad, incluyendo las representaciones que el maestro tiene de su trabajo y las dificultades que éste representa.

Este estudio ha enfatizado cómo la interacción mental entre niños es muy animada y su traslación a la interacción real se realiza por medio de mecanismos complejos que son por el momento inexplicables.

En la situación de la clase, encontramos fenómenos fantásticos de interacción entre los niños autistas y sus compañeros similares a las que ocurren entre paciente y terapeuta y/o grupos de pacientes (Fava, Vizziello, Disnan & Colucci, 1991; Stern, 1985), y entre la madre y el niño (Fava Vizziello & Stern, 1992; Gutton, 1983; Lebovici, 1983).

A lo largo de los años la interacción mental ciertamente se ha modificado en las dos clases, a través de la madurez y el desarrollo de los niños, con cambios en la fuerza de sus egos y atravesando situaciones de crisis. Durante estas situaciones de crisis, hemos visto como han cambiado algunos modos de interacción, los niños que anteriormente rechazaban a su compañero autista, comenzaron a buscar su amistad y viceversa. El cambio en la interacción real, expresiva de interacción fantástica, puede producir únicamente un cambio en la representación, con una circularidad fascinante.

Una nota sobre el seguimiento del estudio

A la ocasión de la publicación del libro sobre esta experiencia, diez años después, nos encontramos con los estudiantes de esa clase, hombres y mujeres jóvenes y estudiantes universitarios. Ellos recordaban esa experiencia de una forma muy vívida. Más del 50% eligieron estudiar medicina, psicología o rehabilitación (esto está muy por encima del promedio, aún en Italia). No deseamos poner demasiado énfasis en este resultado; pero demuestra como esta experiencia cambió a los alumnos, como sucedió en el resto del país.

Se ha movido la línea de tolerancia y aceptación. En los años venideros este hecho específicamente, y muy fuertemente, influenciará el desarrollo de otros niños a través de mecanismos indirectos.

BIBLIOGRAFÍA

- BETTELHEIM, B. (1967). *The Empty Fortress*. New York: MacMillan.
- BETTELHEIM, B. (1976). *The Uses of Enchantment. The Meaning and Importance of Fairy Tales*. New York: Knopf.
- BREMOND, G. (1973). *Logique du récit*. Paris: Seuil.
- DIATKINE, R., DENIS, P. (1985). Les psychoses infantiles. In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (Eds.), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*. Paris: Presses Universitaires de France.
- ECO, U. (1979). *Lector in fabula*. Milano: Bompiani.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., BET, M., SANDONÀ, G. (1990). *Il bambino che regalò un arcobaleno* (The child who offered a rainbow). Torino: Bollati Boringhieri.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., DISNAN, G., COLUCCI, M. R. (1991). *Genitori psicotici* (Psychotic parents). Torino: Bollati Boringhieri.
- FAVA VIZZIELLO G., STERN D. N. (1992). *Dalle cure materne all'interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GREIMAS, A. J. (1970). *Du sens. Essai sémiotique*. Paris: Seuil.
- GREIMAS, A. J. (1976). *Maupassant: la sémiotique du texte, exercices pratiques*. Paris: Seuil.
- GREIMAS, A. J. (1979). *Introduction à l'analyse du discours en sciences sociales*. Paris: Hachette.
- GREIMAS, A. J. (1983). *Du sens. Essais sémiotiques*. Paris: Seuil.
- GRICE, P. (1975). Logic and Language. In P. Cole, J. Morgan (Eds.), *Syntax and Semantics: Speech Acts*. New York: Academic Press.
- GUTTON, P. (1983). *Le bébé du psychanalyste*. Paris: Presses Universitaires de France.
- HAMON, P. (1977). *Semiologia, lessico, leggibilità del testo narrativo*. Parma: Pratiche.
- LEBOVICI, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris: Presses Universitaires de France.

- LEVORATO, M. C. (1988). *Racconti, storie e narrazioni. I processi di comprensione del testi*. Bologna: Il Mulino.
- MAIN, M., & GOLDWYN, R. (1994). *Adult Attachment Classification System*. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- MANZANO, J., PALACIO ESPASA, F. (1983). *Etude sur la psychose infantile*. Villeurbanne: SIMEP.
- MORENO, J. L. (1953). *Who Shall Survive? Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama*. New York: Beacon House.
- PRINCE, G. (1982). *Narratology: the form and functioning of Narrative*. Berlin: De Gruyter & Co.
- PROPP, V. (1928). *Morfologia skarki*. Leningrad: Academia.
- SMORTI, A. (1993). Modalità di concettualizzazione ed interazione sociale. *Età Evolutiva*, 44, 62-67.
- SMORTI, A. (1993). Il pensiero narrativo. *Età Evolutiva*, 44, 101-114.
- STERN, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- STERN, D. (1994). One way to build a clinically relevant baby. *Infant Mental Health Journal*, 15, 9-2