CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

JEAN-PAUL MATOT	El espacio psicoterapéutico entre el reduccionismo médico y el reduccionismo social	5
JUAN E. GROCH, LAURA DE LA IGLESIA y CARMEN VILLANUEVA	Actualización en psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica con niños y adolescentes en los servicios de salud mental de la Comunidad de Madrid	33
ISIDRO REBOLLO CONEJO	Pasado y presente en la tragedia del adolescente. Sobre el declinar del padre	41
M.ª TERESA PI	Reflexiones alrededor de una unidad de psicosomática en consultas externas de un hospital general	57
LUCIA ALVAREZ BUYLLA	Psicoterapia con niños pequeños.	63
VERA CAMPO	Psicoanálisis, psicoterapia y seguimiento.	77
JAIME NOS LLOPIS	"Crónica de una muerte anunciada": Creatividad artística y elaboración.	87
JOAQUÍN POCH y A. DONATO	Amor, odio: creatividad. A propósito de la obra de M. Rodoreda	111

* * * * *

INDICE	Indice de los artículos publicados desde el n.º 0	137

N.º 29 2000 1.er semestre

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

Presidente: Alberto Lasa Zulueta (Bilbao).

Vicepresidente: Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan).

Secretario: Alicia Sánchez Suárez (Madrid).

Vicesecretario: Paloma Morera (Madrid)

Tesorero: Jaume Baró Aylon (Lleida).

Publicaciones: Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao).

Vocales: Juan Manzano Garrido (Ginebra).
Leticia Escario (Barcelona)
Lucia Sánchez Builla (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

Director de la Revista: Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao).

* * * * * * * * *

Envío de ejemplares atrasados:
Jaume Baró
Plza Noguerola 7
Lleida 25007
Teléfono 973 24 44 83

Información y envío de artículos:
Manuel Hernanz
Heros, 19 6º D.
Bilbao 48009
mhernanz@correo.cop.es

CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

JEAN-PAUL MATOT	El espacio psicoterapéutico entre el reduccionismo médico y el reduccionismo social	5
JUAN E. GROCH, LAURA DE LA IGLESIA y CARMEN VILLANUEVA	Actualización en psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica con niños y adolescentes en los servicios de salud mental de la Comunidad de Madrid	33
ISIDRO REBOLLO CONEJO	Pasado y presente en la tragedia del adolescente. Sobre el declinar del padre	41
M.ª TERESA PI	Reflexiones alrededor de una unidad de psicosomática en consultas externas de un hospital general	57
LUCIA ALVAREZ BUYLLA	Psicoterapia con niños pequeños.	63
VERA CAMPO	Psicoanálisis, psicoterapia y seguimiento.	77
JAIME NOS LLOPIS	"Crónica de una muerte anunciada": Creatividad artística y elaboración.	87
JOAQUÍN POCH y A. DONATO	Amor, odio: creatividad. A propósito de la obra de M. Rodoreda	111

* * * * *

INDICE	Indice de los artículos publicados desde el n.º 0	137

N.º 29 2000 1.er semestre

(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

I.S.S.N.: 1575-5967

EL ESPACIO PSICOTERAPÉUTICO ENTRE EL REDUCCIONISMO MÉDICO Y EL REDUCCIONISMO SOCIAL*

Jean-Paul Matot**

Las prácticas clínicas cuyos modelos integran el concepto de Inconsciente introducido por Freud constituyen un campo de experiencia mucho más amplio que el campo de la cura psicoanalítica e incluso el de las psicoterapias psicoanalíticas en sentido estricto. Gran cantidad de terapias familiares sistemáticas, de numerosos dispositivos terapéuticos institucionales, de acercamientos terapéuticos que utilizan medios variados en el tratamiento de niños y de adultos, de diversas prácticas de prevención o de formación, de colaboraciones entre médicos somaticistas y psicólogos o psiquiatras, por citar sólo algunos ejemplos, destacan en este campo.

Por lo tanto, la ubicación de estas practicas en el campo de la medicina en general, y de la psiquiatría en particular, se encuentra a menudo cuestionada, pervertida o restringida

Los profesionales de la psiquiatría infanto-juvenil, pese a que resisten aparentemente mejor a los cantos de sirena de un "cientificismo", que no debe ser asociado precipitadamente a los acercamientos biológicos o comportamentales, se encuen-

---

* Ponencia presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYPNA) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999.

** Paido-psiquiatra, Director del Servicio de Salud Mental de la Universidad Autónoma de Bruselas.

tran sin embargo confrontados a las evoluciones médicas y también sociales que a menudo amenazan la coherencia de sus intervenciones terapéuticas o preventivas. De hecho, si el imperialismo de "la eficacia científica", siempre timbre de honor en medicina, ha arrojado cierto descrédito para la psicopatología, esta reencuentra otro adversario temible por otras razones en "la eficacia social" a la que son invitadas a afiliarse las prácticas clínicas que no se inscriben dentro de los esquemas formales de la medicina experimental.

Es en el nombre de esta "eficacia social" que son, de hecho, cada vez más frecuentemente atribuidos por los poderes políticos y administrativos, los medios financieros al sector calificado de "psico-social."

Una de las debilidades de los profesionales que reconocen su interés por una psicopatología, que ha integrado los conceptos claves del psicoanálisis, es la de haber analizado muy poco los fundamentos y la lógica que organizan los campos de la medicina y de la acción social (en sus dimensiones de ayuda y de control), y de no estar por ello en buenas condiciones para posicionarse claramente cara a estos dos campo, sino en forma puntual, aislada, y dispersa.

Luego es peligroso por ilusorio imaginarse que el dominio del tratamiento de los trastornos psicopatológicos del niño y del adolescente puede quedar como base de un pensamiento que habría abandonado la lucha en el terreno de la medicina y de la acción social. Sin embargo es peligroso, por ilusorio, imaginarse que el terreno de los trastornos psicopatológicos del niño y del adolescente puede permanecer como el bastión de un pensamiento que habría abandonado la lucha sobre el terreno de la medicina y la acción social.

Es en efecto sobre estos dos terrenos, que se sitúan en los límites de nuestra clínica, donde se juega el porvenir de una ideología de la terapia que pone como condición de "la eficacia terapéutica" la existencia de una separación irreductible

entre la cura y el sufrimiento, entre la ayuda y la necesidad, entre la respuesta y la pregunta.

Es esta perspectiva la que va a plantear esta exposición. Su objetivo será mostrar en que se parecen o se diferencian las prácticas psicoterapéuticas de las prácticas médicas y de las prácticas sociales, y situarlas respecto a un riesgo doble, el de un reduccionismo médico por una parte, y el de un reduccionismo social por otra.

Para hacerlo partiré en la primera parte de la exposición de un eje de definición del espacio psicoterapéutico, resaltando ciertas características comunes a las prácticas psicoterapéuticas, que en mi opinión pueden extenderse a la relación terapéutica en medicina.

En el segundo y tercer capítulo abordaré los reduccionismos médico y social en sus relaciones respectivas con los paradigmas organizadores de la medicina y de la acción social en Europa Occidental.

En la cuarta parte de la exposición, trataré algunas proposiciones relativas a la situación del psicoanálisis respecto al campo médico y al campo social.

Terminaré la exposición con una reflexión sobre dos ejemplos prácticos de confrontación del espacio psicoterapéutico, por una parte, con el campo médico, con respecto al lugar y a los objetivos de una colaboración de psicólogos y psiquiatras con ginecólogos en la clínica de las procreaciones asistidas médicamente; por otra parte con el campo social con respecto a los tratamientos bajo prescripción judicial de los delincuentes sexuales.

EL ESPACIO PSICOTERAPÉUTICO

Partiré de una definición bastante general del “espacio psicoterapéutico”, reteniendo tres elementos que permiten circunscribirlo:

1. La identificación conjunta de un profesional que dispone de una capacidad de tratar (y no de ayuda); y de una persona que sufre, incluso si el origen da este sufrimiento es exterior al sujeto (el cónyuge en un conflicto de pareja, el empleador en un conflicto profesional, el niño en un problema familiar, o una alucinación en un paciente delirante). Anotemos de pasada que estoy hablando de sufrimiento y no de demanda.
2. La construcción por parte del profesional, *para* el paciente (es decir, en función del sufrimiento de éste) de un espacio de acogida que permite un encuentro inter-personal en el que el paciente pueda sentir dos cosas:
   - lo primero, sentirse acogido y aceptado tal y como es, y ver que se le va a propone un lugar propio;
   - y además ser confirmado en su esperanza de que el cuidado prodigado por el profesional pueda atenuar su sufrimiento;

   Estos dos sentimientos constituyen para el paciente vivir la realidad de un lugar de acogida para su sufrimiento narcisista.
3. La introducción, por parte del profesional, en este lugar de acogida del sufrimiento narcisista así constituido, que asegura un apuntalamiento de las necesidades inmediatas y vitales del paciente, de un distanciamiento sutil (es decir de una violencia limitada, tolerable) entre la *esperanza* de alivio del sufrimiento (del lado del paciente), y la *promesa* de alivio de este sufrimiento que hace implícitamente o explícitamente el profesional.

Este distanciamiento es evidentemente determinante, pero hay que subrayar que sólo puede tener sentido si las dos primeras condiciones se han cumplido simultáneamente.

Este distanciamiento, que especifica el espacio psicoterapéutico y organiza su eficacia, se teoriza en la técnica psicoanalítica, pero considero que se utiliza en todo acercamiento

psicoterapéutico, incluyendo aquellos en los que la relación se organiza alrededor de la prescripción de un medicamento, o incluso aquellos que impliquen un dispositivo institucional. Luego, para mí, quedan incluidas claramente las terapias comportamentales, incluso si estos acercamientos no conceptualizan este distanciamiento, pero se conforman con ponerlo en juego: no es porque no se nombre algo que ese algo no existe. Voy a ir incluso más lejos, aunque traspase el marco de esta exposición: pienso que este distanciamiento es una condición *sine qua non* de la eficacia de toda intervención terapéutica, incluida en la medicina somática. Es de hecho este distanciamiento, el que permite que la *técnica médica* sea el *arte de curar.* Anticipando aquí la continuación de mi exposición, considero que la dimensión psicoterapéutica debe formar parte de toda intervención terapéutica, y por esta razón de la intervención médica. Como bien ha explicado por ejemplo, la doctora Bruschweiler en su exposición sobre la clínica del lactante, no podemos seguir ignorando a estas alturas, el estrecho intrincamiento que existe entre salud física y salud mental. Así la prácticas psicoterapéuticas de inspiración psicoanalítica pueden ser consideradas como el extremo más especializado y más "puro" de un continuum que se extiende, en el otro extremo, hasta las prácticas de medicina somática, en las que los "actos técnicos" ocupan más espacio. En mi opinión no hay pues ruptura sino continuidad entre el campo de los tratamientos y el campo psicoterapéutico.

Pero volvamos ahora a mi definición del espacio psicoterapéutico. Podemos decir que lo que organiza la eficacia de este espacio es una *violencia simbolizante* que el profesional introduce entre *la esperanza y la promesa,* violencia, que él debe conseguir volver tolerable para el paciente, por la acogida que hace a su ser (el respeto de su estatuto de sujeto) y por el cuidado que prodiga a su sufrimiento narcisista.

Habrán constatado, que a este nivel, he definido el espacio psicoterapéutico sin hablar ni de demanda, ni de marco

(encuadre). No desarrollaré este punto por falta de tiempo, pero podremos volver a él en el debate.

A partir de esta definición del espacio psicoterapéutico, vamos ahora a considerar porque este espacio se encuentra amenazado por dos reduccionismos: el reduccionismo médico y el reduccionismo social.

Del reduccionismo médico...

El reduccionismo se define en el diccionario Robert como la *"reducción sistemática de un dominio de conocimiento a otro más formalizado".* Esta definición no corresponde exactamente a lo que yo quiero decir. Sin embargo, no he encontrado otra. Utilizando este término, de lo que en realidad quiero hablarles, es del movimiento intelectual por el que una parte puede ser tomada por un todo, o por el que el éxito de una teoría, de una ideología o de un modelo de pensamiento, hace olvidar que no se aplican más que a una parte o a una vertiente del dominio considerado, o incluso que conllevan intrínsecamente una toma de posición teórica que excluye un aspecto importante de la realidad. Creo que la continuación de la exposición aclarará mi propósito.

El término de "desecho, desperdicio", definido en el diccionario Robert como la *"pérdida, disminución que una cosa sufre en el empleo y uso que se le hace"* convendría mejor, pero su connotación peyorativa lo hace poco apropiado.

Lo que designo pues, a falta de otro mejor, con el término de "reduccionismo médico" se caracteriza fundamentalmente por la exclusión de lo que yo he descrito, en referencia al espacio psicoterapéutico, como esta "violencia simbolizante" que debe conseguir introducirse en la dinámica del encuentro terapéutico. La ausencia de violencia simbolizante tiene como efecto preservar la ilusión omnipotente que supone realizar una coincidencia perfecta entre la esperanza y la promesa, y apunta hacia una anulación radical del sufrimiento por la terapia.

Este reduccionismo puede ser considerado como una especie de desecho no reciclado resultante de la formidable producción de saber que ha permitido y continúa permitiendo el desarrollo extraordinario de la medicina moderna.

Llegamos a un momento en el que la acumulación de este desecho amenaza los beneficios que una sociedad puede obtener de los desarrollos de la ciencia médica:un momento en que, para decirlo de otra manera, la técnica médica crea problemas de sociedad que la sobrepasan, porque tocan los fundamentos del ser humano.

Por lo tante se vuelve indispensable y urgente el tratar el desecho de la medicina moderna en el seno de la misma medicina. La hipótesis que os propongo, es que para esto, no es necesario abandonar la medicina experimental, sino dejar de querer situarla en el centro de la práctica médica.

J-P. Lebrun, recogiendo los trabajos de G. Canguilhem (1), de C. Lichtenthaeler (2), y de M. Foucault (3), muestra muy bien como el paso, a lo largo del siglo diecinueve, del paradigma del arte de sanar al de la ciencia médica, conlleva en sí misma los gérmenes del problema al que se enfrenta la medicina moderna, y con ella la sociedad.

El advenimiento del método experimental en medicina, que está ligado a la obra de Claude Bernard (1813-1878), provoca una revolución con respecto a la medicina hipocrática. El nombre de Hipócrates es asociado siempre a la fundación de la intervención médica, como testimonia el juramento mantenido discretamente por generaciones sucesivas de médicos. Pero esta aparente continuidad enmascara el hecho de que la fundación de una nueva medicina ha tenido lugar en el transcurso del siglo diecinueve, y que estos principios no están en continuidad, sino que rompen con los de la medicina hipocrática.

Hipócrates liberó a la medicina del dominio de lo sagrado, para hacerle entrar en el de la naturaleza; Claude Bernard separa la medicina de la naturaleza para incluirla en el dominio de la ciencia.

Como escribe Canguilhem: "*si la historia de la medicina conduce a hacer justicia a Hipócrates, fundador de la medicina de observación, el porvenir se preocupa de prescribir a la medicina, no el negar la medicina de observación, sino el separarse de ella. El hipocratismo es un naturismo: la medicina de observación es pasiva, contemplativa, descriptiva como una ciencia natural. La medicina experimental es una ciencia conquistadora".*

Los propios textos de Claude Bernard plantean sin equivoco alguno la realidad del salto epistemológico que instaura el método experimental: "*Lo que quiero,* escribe*, es fundar la medicina experimental convirtiendo en científico lo que hoy en día no es más que empírico. Para esto yo demuestro que podemos actuar sobre los cuerpos vivos como sobre los cuerpos brutos... y afirmo que la medicina contemplativa del curso de las enfermedades, es decir la medicina de observación, aunque le queda mucho por hacer, existe; Hipócrates la fundó. Pero de otro lado, pretendo que la medicina experimental, aquella que tiene como objeto actuar sobre el organismo y modificar o curar las enfermedades, no existe; su problema no se ha planteado; espera todavía su fundador."*

O incluso: "*la medicina de observación ve, observa y explica las enfermedades, pero no trata la enfermedad... Cuando Hipócrates sale de la pura expectación para dar remedios, es siempre con el fin de favorecer las tendencias de la naturaleza, es decir hacer que la enfermedad recorra sus períodos. El médico experimentador ejercerá sucesivamente su influencia sobre las enfermedades, a partir del momento en que conozca experimentalmente el determinismo exacto, es decir la causa próxima"* (4).

J-P. Lebrun resalta que los médicos, tras Claude Bernard, deben lograr incluirse en una doble filiación contradictoria, hipocrática y experimental. Ya que la medicina experimental no ha querido, o no ha podido, renegar completamente de la medicina hipocrática, la ha relegado al capítulo de las antigüe-

dades, pero reconociéndola como originaria. La medicina científica ocupa lo alto del pabellón con toda legitimidad:porque a ella le debe la medicina occidental sus progresos, y es ella la que ha permitido desarrollar los tratamientos cada vez más eficaces, para un número creciente de enfermedades. Sin embargo, para esta medicina científica, el sujeto enfermo en sí mismo no tiene un status científico: es el lugar de los mecanismos fisiológicos y patológicos que son objeto de la investigación médica. Esto nos lleva a que la parte de la de la actividad del médico, que puede definirse como la relación médico - enfermo, no tiene tampoco un status científico: puede ser representada como el envoltorio, considerado según los médicos como necesario o inevitable, del objeto mismo de la medicina, que es la fisiología del cuerpo humano, sano o enfermo.

Así podemos considerar con J-P. Lebrun que *"si hoy en día el médico continúa interesándose por el enfermo, es en tanto que desborda su estricta posición medica científica. Lo que no quiere decir que en la experiencia cotidiana en concreto, el médico no utiliza más su arte, pero que si lo hace - y lo hace felizmente a menudo - no es en el marco de su intervención científica: es un suplemento...Lo que al médico contemporáneo le cuesta tener en cuenta, es que él debe trabajar esta división: se ha convertido en obrero de esta medicina científica que sin duda alguna es eficaz, y debe asumir todo ese saber científico que se ha ido constituyendo progresivamente; por otra parte, en este movimiento que le ha instalado como médico, - ya que hoy en día es médico porque ha aceptado ser el agente de la medicina - algo se ha perdido de la tradición hipocrática y la solitaria referencia al juramento de Hipócrates no basta para borrar los efectos del advenimiento y fundación de la posición médica actual.*

Podemos por el contrario interpretar múltiples aspectos de la crisis de la medicina contemporánea, tales como la prosperidad de las medicinas paralelas "alternativas" o de las medicinas llamadas "suaves", el encarnizamiento terapéutico, la laxi-

tud del médico general enfrentado repetidamente a las consultas sin un verdadero motivo médico, la deshumanización de los hospitales o incluso el déficit creciente de los sistemas de seguridad social, como otros tantos signos ligados directa o indirectamente a esta división y a la antítesis de la que deriva".

Por esto, me parece que podemos sostener con Canguilhem que "*hemos llegado al punto en que la racionalidad médica se realiza en el reconocimiento de sus límites, entendido, no como el fracaso de una ambición que ha dado tantas pruebas de su legitimidad, sino como la obligación de cambiar de registro. Hay que confesar que no puede haber homogeneidad ni uniformidad de atención y de actitud hacia la enfermedad y hacia el enfermo y que el trato con el enfermo no deriva de la misma responsabilidad que la lucha racional contra la enfermedad."*

Me gustaría atraer vuestra atención hacia el hecho de que esta medicina científica, en el movimiento mismo del que ha nacido, expresa y reivindica muy conscientemente un fantasma omnipotente. " *Con la ayuda de estas ciencias experimentales activas,* escribe Claude Bernard, *el hombre se vuelve un inventor de fenómenos, un verdadero contramaestre de la creación, y no sabríamos, al respecto, asignar límites al poder que puede adquirir sobre la naturaleza."* (Principios de medicina experimental, 1865).

Esta cuestión sobre el lugar que se le otorga a la omnipotencia en la teoría médica, o a lo que J-P Lebrun llama la " situación de falta ", es clave para nuestro propósito: "*Al tratar la demanda de cuidados como una necesidad,* escribe Lebrun, *la medicina científica confirma la creencia común de que un objeto pueda satisfacer plenamente al ser humano. Por otra parte, la prevalencia del objeto farmacológico como símbolo de la intervención terapéutica viene a confirmar que el médico hace de la falta una concepción donde siempre podría encontrar con que remediarla.*

Estos dos rasgos nos hacen presentir que para el médico de hoy en día, la enfermedad es percibida como una falta relle-

nable, de todas formas cuando la ciencia haya progresado lo suficiente. Esta concepción que prevalece ideológicamente en el médico y que está sin duda en el origen del encarnizamiento terapéutico, por ejemplo, podemos resumirla muy simplemente diciendo que se trata de una confusión entre impotencia e imposibilidad.

DEL REDUCCIONISMO SOCIAL

Llamo reduccionismo social a una operación que, con el objetivo de evitar la "psiquiatrización", viene a negar el hecho psicopatológico; que, con el objetivo de tener en cuenta los determinantes sociales, económicos y culturales que afectan a la salud mental de los individuos, vienen a defender un acercamiento prioritaria y esencialmente reeducativo o integrativo de las disfunciones individuales y familiares.

Lo que caracteriza el reduccionismo social, es una doble asimilación complementaria del cuidado a la ayuda y del sufrimiento a la necesidad. Serge Frisch nos mostró muy bien, en su exposición de ayer, mientras describía las prácticas de las terapias "alternativas", el peligro de tal deriva cuando se aplica a la psicoterapias.

Mi hipótesis, que merecería seguramente profundizarse y confrontarse con los puntos de vista de historiadores y sociólogos, es que este reduccionismo nace dentro de la ideología democrática, y encuentra su expresión final dentro de la ideología igualitarista, que tiene como objetivo la abolición de las diferencias, asociando las diferencias a las nociones de privilegio e injusticia. Esta ideología impregna profundamente el movimiento socialista laico. Luego, mi hipótesis es que el reduccionismo social puede ser considerado como el "desecho" de la revolución democrática, de la misma forma que habíamos considerado al reduccionismo médico como el "desecho" de la revolución médica.

Y, como para la medicina experimental, no se trata de despreciar el todo con la parte, cuestionando el valor de los progresos que resultan del desarrollo de la democracia política y de las adquisiciones sociales obtenidas por el movimiento socialista. Pero es sin duda necesario pensar en el origen y las consecuencias de este "desecho" que se expresa en el reduccionismo social, porque constituye una amenaza tangible para el desarrollo de nuestras sociedades y para la misma democracia.

La ideología igualitaria propone como principio que lo que supone un obstáculo para el ideal democrático, es la desigualdad: desigualdad hombre / mujer, rico / pobre, norte / sur, etc...El ideal igualitario consiste en pensar que la abolición de las desigualdades es la vía que puede llevar al ideal sanitario de la definición de la OMS: un estado de bienestar físico, moral y social. El sufrimiento en esta perspectiva corresponde a una injusticia sufrida o a una necesidad que no se consigue: lo que implica que una ley venga a paliar la injusticia, o que una ayuda llegue para responder a la necesidad. Ayuda que diversos profesionales pueden aportar, entre los que se encuentran los profesionales de la salud y de la salud mental.

Observamos pues, las dos palancas de la ideología igualitaria: por una parte la acción legislativa y reglamentaria, asociada al ejercicio de la justicia, para establecer las bases de la igualdad de derecho; por otra parte la acción social y la oferta de servicios para responder a las necesidades.

Los límites y obstáculos de tal acercamiento son evidentes hoy en día: inflacción de textos legislativos y reglamentarios que intentan en vano resolver los problemas existenciales y de sociedad que pertenecen a la esfera privada; multiplicación anárquica de servicios y de iniciativas desprovistas de medios significativos, de visión de conjunto y de continuidad que intentan responder, puntualmente, a necesidades mal definidas, engendrando un sentimiento de desánimo e incluso de inutilidad.

Daré dos ejemplos recientes de este reduccionismo social concernientes al campo de la psiquiatría infanto-juvenil en Bélgica. Uno sobre la problemática de la violencia intrafamiliar, el otro sobre la atención a los niños que presentan problemas psíquicos categorizados como minusvalías.

El decreto de la Comunidad Francesa referente a la ayuda a los niños víctimas del maltrato

Votado en 1998 a pesar de la oposición unánime de los profesionales de la psiquiatría infanto-juvenil, constituye un ejemplo típico de transformación por el poder político socialista de una problemática paido-psiquiátrica en una problemática social.

La exposición anterior de M.J. Alvarez y cols.*, referente al desarrollo de una coordinación para la atención de los niños víctimas de abusos sexuales, ha puesto en evidencia un importante escollo que amenaza a los profesionales de la salud mental en este tipo de trabajo. En efecto, el tema de la denuncia a la justicia de los abusos sexuales no se plantea, para los profesionales de la salud mental, en los mismos términos que para otros profesionales. La "función social" evocada por M.J. Alvarez no es igual para unos y otros. La función social de los profesionales de la salud mental es la de tratar, y ninguna otra. A partir de esta posición inicial, la cuestión de la denuncia no se nos plantea más que desde la cuestión de saber como instaurar, para una familia maltratadora, un espacio de simbolización, lo que supone que el marco de trabajo escape de la perversión, y que sea compatible con la instauración progresiva de una ley simbólica. El objetivo terapéutico que debe presidir la creación de un marco adecuado es doble: por una parte, acogida del sufrimiento narcisista; y por otra parte, la instauración de un espacio simbolizante. Bajo esta perspectiva nos

---

* N. Editor: Publicada en el n.º 28 de Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes.

planteamos la cuestión de saber si la intervención de la justicia es o no necesaria para la realización de los objetivos terapéuticos, y en caso afirmativo, como y por quien debe ser ejecutada, y que *articulación* es deseable con los profesionales de la salud.

En Bélgica, *la filosofía de la intervención* que pretende instaurar este Decreto ha tenido que deslizarse, por la presión de los profesionales, *de la obligación de denunciar,* considerada en el ante-proyecto precedente, a la *obligación de aportar alguna ayuda;* sin embargo, esta ayuda se define de forma restrictiva apuntando a " *hacer cesar el maltrato";* esta preocupación, tan legítima como evidente, tiene sin embargo una formulación peligrosa: puede, si nos la tomamos al pie de la letra, hacer impracticable un tratamiento auténtico de las familias con interacciones violentas, y desembocar en una multiplicación de los internamientos inadecuados o de otras medidas violentas que provocan una dislocación de la familia, cuyo peso recae sobre el niño. La experiencia adquirida en este campo de la atención a estas familias nos enseña que, como en cualquier otra patología familiar, un efecto terapéutico sólo puede obtenerse progresivamente, mediante la movilización de los recursos propios de la familia, y que este trabajo implica necesariamente un riesgo indisociable de la posibilidad de un cambio. Este riesgo debe ser evaluado correctamente y reducido imperativamente: sin embargo no puede ser anulado jamás, salvo cuando es reemplazado por otra forma de violencia, la que nuestra sociedad hace sufrir a sus excluidos. Así, no es a veces menos perjudicial para un niño vivir durante un tiempo en un contexto familiar donde persiste cierto grado de violencia, que sufrir la ruptura de sus lazos familiares tras el internamiento, intempestivo y mal preparado, en una institución.

La *deriva de este tratamiento hacia el control social*, que estaba ya presente *a mínima* desde la puesta en marcha en 1985, fuera de las instancias y de los organismos encargados de la salud pública, pero en el sector extremadamente impre-

ciso de la prevención, de los equipos SOS- Niños, se encuentra considerablemente acentuada en el Decreto. Este intenta subrepticiamente deslizar a estos equipos SOS-Niños desde una prevención de tipo sanitario (Departamento de Infancia y Natalidad- *Office de la Naissance et de l´Enfance*), hacia una prevención de tipo social, asociado a una misión parajudicial de control, garantizada por el Servicio de Protección de Menores (Secteur d´Aide à la Jeunesse).

Es muy significativo en la composición del equipo SOS-Niños, el hecho de que la *función paido-psiquiátrica* haya sido siempre facultativa, pese a la evidencia de que el trabajo de los equipos de SOS-Niños está centrado en una clínica paido-psiquiátrica. Tal disposición no es producto del azar: refleja perfectamente el hecho de que la prioridad no se sitúa a nivel de un tratamiento especializado del niño y de la familia, sometida a las normas deontológicas médicas, sino a una gestión social de la violencia intra-familiar.

En el mismo sentido, podemos resaltar que los *órganos de coordinación* instauradas por el Decreto (Comisiones de Coordinación por distrito judicial y Comisión Permanente de la Infancia Maltratada) se caracterizan por una sobre-representación de los sectores represivos y judiciales, y por una ausencia llamativa del sector sanitario.

Este decreto acentúa pues, como vemos, el abandono implícito de la dimensión terapéutica de la atención a las familias maltratantes, en beneficio de un control social, (del que sabemos que es ineficaz en términos de pronóstico evolutivo de los niños); con ello se acentúa el abismo existente entre las familias con interacciones violentas, de cara a las cuales deberíamos, antes de nada, proteger al niño, y las otras formas de sufrimiento intrafamiliar, donde el niño y su familia tendrían derecho a una verdadera ayuda terapéutica. Consagra la segregación de las familias con interacciones violentas y la violencia social asociada a toda segregación. Todo ello en nombre del bien del niño.

El decreto del 4 de marzo referente a la integración social y profesional de las personas inválidas.

En el campo de las minusvalías, dos categorías (140 y 110) ocupan un lugar particular. Conciernen a los niños y adolescentes que presentan problemas psicopatológicos, con o sin afectación de las capacidades intelectuales, trastornos eminentemente evolutivos, cuyo origen es multifactorial, y que necesitan des intervenciones complejas que asocien no sólo medidas terapéuticas, educativas y reeducativas, sino a menudo igualmente, tienen en cuenta las disfunciones familiares o institucionales asociadas.

Los trastornos que sufren estos niños y adolescentes son pues, en esencia, susceptibles de evolucionar considerablemente, o incluso en algunos casos se resuelven completamente, en función de los tratamientos seguidos. Así, si no es falso considerar que estos trastornos determinan una desventaja o minusvalía (en la medida en la que estos niños y adolescentes sufren, muy a menudo, fracaso escolar y dificultad para encontrar su lugar dentro de las relaciones sociales; y por otra parte, en la medida en que en ausencia de un tratamiento adecuado, su desarrollo psicológico se verá gravemente obstaculizado), es, por el contrario, esencial considerar esta minusvalía como una simple constatación hecha en un momento dado, que no prejuzga para nada la evolución ulterior.

En otros países europeos, muchos de estos niños y adolescentes recogidos en nuestras categorías 140 y 110 son orientados hacia estructuras terapéuticas a tiempo parcial o tiempo completo organizados por las autoridades al cargo de la salud.

En Bélgica, y particularmente en Bruselas, tales estructuras terapéuticas son raras o incluso inexistentes. Esta es la razón por la que la responsabilidad terapéutica de estos niños y adolescentes pasan muy a menudo a las instituciones médico-pedagógicos, internados o semi-internados, que no dependen de la salud pública sino del sector social, y se rigen por la legislación sobre los inválidos.

La introducción del historial necesario para que el Estado financie la atención del niño supone que una demanda de admisión, en la que figura explícitamente la declaración del interesado de su minusvalía, sea redactada por éste o por su representante legal (en este caso los padres del niño o del adolescente para nuestras categorías 140 y 110); cuando sabemos hasta que punto el concepto de minusvalía es asimilado por el gran público a una noción de irreversibilidad, la cual es contradictoria con la idea misma de un proceder terapéutico, podemos medir el impacto que tal procedimiento administrativo provoca en el niño y en sus padres.

Sin embargo, hay que subrayar que, como en lo que concierne a los equipos SOS-Niños, esta nueva legislación no hace más que poner de manifiesto una tendencia que existía ya antes, pero cuya lógica no había llegado hasta el final, y de la que sector de la salud no había podido o no había querido ver las implicaciones.

El estudio del historial de demanda de admisión en los institutos médico-pedagógicos se administra, sin diferenciar todo tipo de minusválidos físicos y psíquicos, por un equipo dependiente de la administración, dirigido por un médico general, asistido por un psicólogo y un asistente social; este médico puede, si lo cree necesario, pedir la opinión de un médico especialista o de un psicólogo. Esta opinión no es pues en absoluto obligatoria, y ya no prevé, como era el caso hasta ahora, la opinión de un equipo multidisciplinario de salud mental asociando paido-psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, e independiente tanto de la administración subsidiaria como de la institución de acogida.

Encima, incluso ahora que el objetivo terapéutico inherente a una orientación del niño y del adolescente “140” o “110” en un instituto médico-pedagógico va emparejado con el carácter eminentemente evolutivo de las patologías al caso, las reevaluaciones anuales del mismo equipo multidisciplinar de salud mental, que permitían a un tercero evaluar la evolución

del niño o del adolescente y poder en caso de fracaso proponer una modificación o una adaptación de las medidas asistenciales, se ven suprimidas.

Estos dos ejemplos muestran bien los riesgos insidiosos que amenazan los fundamentos mismos de nuestras prácticas clínicas y sobre todo la naturaleza misma de los cuidados prodigados y reconocidos por la sociedad. Vemos también que nosotros, los profesionales, absorbidos por la actividad clínica, no estamos suficientemente atentos y no nos organizamos de manera suficientemente eficaz para identificar claramente estas amenazas y para hacerlas fracasar.

A mi parecer debemos, para esto, disponer de referencias conceptuales que sean operantes para situarnos dentro del campo médico y social. Esto es lo que intentaré esbozar en las dos últimas partes de la exposición.

PROPOSICIONES PARA LA SITUACIÓN DEL PSICOANÁLISIS RESPECTO AL CAMPO MÉDICO Y AL CAMPO SOCIAL.

Durante el 11º congreso de la Sociedad Europea de Psiquiatría del niño y del adolescente (ESCAP) celebrado en Hamburgo en septiembre de 1999, una conferencia en sesión plenaria del profesor Donald Cohen, presidente de la Asociación Internacional de Psiquiatría del niño, del adolescente y de los profesionales asociados (IACAPAP) se titulaba: “ Social neuroscience: autism and pervasive developmental disorders”. Este título por sí solo resume mi propósito, y el riesgo de desaparición de la clínica paido-psiquiátrica entre las ciencias del desarrollo (“developmental sciences”) enumeradas por Cohen (“social cognition, genetics, neuro-imaging, neuropsychology”), y las “habilidades sociales”, concebidas como la coincidencia entre las capacidades de adaptación de los individuos a la vida social, y los arreglos que una sociedad prevé para integrar a aquellos de estos miembros que presenten minusvalías.

Es evidente que la puesta en evidencia por Freud, al inicio del siglo veinte, de un funcionamiento mental inconsciente que influye enormemente - y a veces determina - aunque no lo sepamos, todas las actividades humanas, constituye, respecto a la tentación omnipotente que es, como hemos visto, consubstancial a la medicina experimental, una revolución conceptual, comparable a la revolución que habían impuesto a la medicina hipocrática los trabajos de Claude Bernard.

Podemos plantearnos la cuestión de saber porqué la revolución psicoanalítica, lejos de haber podido, por lo menos hasta el momento, introducir en el ejercicio de la medicina una teoría general de la relación terapéutica, le cuesta tanto hacer reconocer la pertinencia de sus modelos en el campo médico, como lo hizo, menos de un siglo antes, la medicina experimental.

Se puede buscar la respuesta del lado de la importancia que siempre tuvo para Freud, el ligar los conceptos psicoanalíticos a los conceptos científicos de su época, o a sus prolongaciones posibles. J-M. Gauthier, siguiendo a de P-L. Assoun, revela que " *la referencia a la ciencia de su época es constante para Freud..."* y que se trata aquí de "*uno de los aspectos los más originales de la obra freudiana: partiendo de las concepciones energéticas de la física de su tiempo y permaneciendo fiel al pensamiento anatómico que fue la base de su formación, Freud aisló un dominio de investigaciones originales, y al mismo tiempo muy atípicas con respecto a sus referencias casi obligadas".* Gauthier subraya la permanencia de este procedimiento en Freud, quien en 1931 escribía "*como no podemos rechazar atribuir la excitación sexual a la influencia de ciertas sustancias nocivas, nos vemos obligados a esperar a que la bioquímica nos ofrezca un día una sustancia cuya presencia haga nacer la excitación sexual masculina y otra que haga lo mismo para la excitación femenina".* Luego podríamos decir bajo este punto de vista que la VIAGRA es muy freudiana. O incluso que Freud no puede impedir compartir el cientificismo omnipotente de Claude Bernard.

Así, una hipótesis que permita explicar el fracaso relativo del psicoanálisis para conseguir una renovación de la práctica médica por la introducción de una teoría de la relación terapéutica, *via* introducción del concepto de inconsciente, obtenido de la cura analítica, reside quizás en el deseo de Freud de encontrar un lugar y de ser reconocido por la medicina científica, a la que por otra parte trastoca sus certezas: al contrario de un Claude Bernard, que afirma en alta voz su ruptura con la medicina hipocrática y promete a todo discípulo y potencial sucesor el estatus de "verdadero contramaestre de la creación" para el que ningún límite vendría a restringirle "la potencia que puede adquirir sobre la naturaleza", Freud no deja de reclamar su pertenencia a esta medicina científica de la que espera una confirmación definitiva a sus investigaciones, condenando a sus sucesores a inscribirse en un linaje destinado a la desaparición al fundirse en la bioquímica.

Intentemos ahora situar brevemente, en un plano teórico, el lugar del psicoanálisis respecto al campo médico y al campo social.

El psicoanálisis puede ser considerado según dos vertientes, el de una práctica psicoterapéutica, y el de una teoría del funcionamiento del psiquismo humano.

En tanto que práctica clínica terapéutica, forma parte del campo médico. Igual habría que ir más lejos, y decir que constituye la vertiente complementaria de la medicina experimental, en la medida en que permite conceptualizar lo que ésta deja de lado, es decir la relación terapéutica.

Así se debería defender la idea, ciertamente iconoclasta, de que la medicina moderna no podrá evitar el callejón sin salida más que situando la relación terapéutica en el centro de su reflexión, y que la única epistemología susceptible de sostener esta mutación es la que se deriva de la teoría psicoanalítica del inconsciente. La consecuencia es, para los psicoanalistas y los psicoterapeutas de formación psicoanalítica, que no es solamente justificable sino que es indispensable desarrollar los dis-

positivos de colaboración, de supervisión y de formación, según el caso, en lo que se refiere a los médicos somaticistas.

En tanto que teoría del funcionamiento mental, el psicoanálisis forma parte de las ciencias humanas; igual también deberíamos ir más lejos, y sostener que es una ideología, y que como tal constituye la vertiente complementaria de la ideología igualitarista; en este sentido, puede en efecto limitar el control social que ejerce esta ideología en las sociedades democráticas. Se trata sin embargo de un campo de reflexión que creo que es interesante pero que necesita más capacidades que las mías.

Intentemos ahora, para terminar, ver como en la práctica podemos sacar partido de tal posicionamiento teórico del psicoanálisis.

Desarrollo del espacio psicoterapéutico en relación con el campo social y con el campo médico.

¿Cuáles son, de hecho, los medios de que disponemos, como profesionales de la salud mental, para extender el campo de nuestras prácticas, sin tener que sacrificarlo para ello al reduccionismo médico o al reduccionismo social?

Para esto cogeré dos ejemplos, uno en el registro médico, y el otro en el registro social.

En el registro médico, consideremos la colaboración de los paido-psiquiatras o psicólogos con los ginecólogos en lo que concierne a la reproducción asistida. Son muchos, en efecto, los ginecólogos que desean asegurarse la colaboración de los profesionales de la salud mental en este difícil campo. Me limitaré aquí a reflexionar sobre los objetivos que podemos dar a nuestras intervenciones.

Cuando un individuo o una pareja consulta con una demanda de reproducción asistida, el sufrimiento psíquico siempre está presente, al menos de manera implícita; se sitúa a nivel del trastorno narcisista que representa la infertilidad o los obstáculos intrapsíquicos para la procreación. Me parece

que el objetivo que debemos asignarnos, es ofrecer a estos pacientes un espacio de acogida y de esperanza para este sufrimiento; y digo bien un espacio, y no dos: un único espacio donde encuentren articuladas una acogida psicoterapéutica y una respuesta técnica, sin confrontar a los pacientes a esa violencia gratuita que constituyen la yuxtaposición de dos discursos terapéuticos perfectamente incoherentes y confusionantes porque son propuestos por lógicas contradictorias.

Espacio de articulación, y no de sumisión de un visión psicologizante a la omnipotencia de una intervención técnica: no vemos el interés para los clínicos de jugar constantemente a ser los bomberos de una medicina técnica desconociendo la realidad psíquica; tal posición masoquista se asemeja a un "hacer como si" y sirve de paraguas a prácticas fundamentalmente antiterapéuticas.

Espacio terapéutico único, abierto primero por el ginecólogo que recibe la demanda inicial, a la que puede asociarse eventualmente en un segundo tiempo el psicólogo o el psiquiatra. También se puede decir que lo esencial del trabajo se sitúa a nivel de la elaboración de una posición terapéutica común, lo que implica un respeto, una confidencia y una exigencia conceptual recíproca.

Esta posición terapéutica común se caracteriza por la acogida al sufrimiento narcisista, requisito necesario para la elaboración sistemática y rigurosa de los fantasmas omnipotentes, tanto del lado del paciente como de los terapeutas, con el fin de permitir la introducción de esta violencia simbolizante que yo he considerado como la llave maestra del edificio terapéutico. Los fantasmas omnipotentes, subrayémoslo, no son una característica exclusiva de los médicos convencidos de la eficacia de sus técnicas; la posición de los psiquiatras o de los psicólogos investidos de poder para decir lo que es ético y lo que no lo es, lo que es bueno para la pareja o el individuo y lo que no lo es, lo que será favorable o desfavorable para el niño que va a llegar, y situados como censores de las demandas de

reproducción asistida, constituye a pesar de todo una barrera y un obstáculo radical para la instauración de un espacio terapéutico.

En el registro social, consideremos ahora la problemática de los tratamientos a petición del juez de los autores de infracciones sexuales liberados condicionalmente.

Las demandas, más o menos imperiosas, que emanan del poder judicial con vistas a garantizarse la "colaboración" de los profesionales de la salud no datan de ayer. Respecto a la categoría judicial de "delincuentes sexuales", la preocupación del Ministerio de Justicia por implicar a las estructuras y profesionales de la salud en " el encuadre terapéutico" de las personas liberadas condicionalmente es anterior al " caso Dutroux" (que empieza para el gran público al principio del verano de 1996) y a la constatación de las carencias de los organismos judiciales y policiales. En efecto la ley "*relativa a las infracciones sexuales para los menores",* que modifica la ley del 31 de mayo de 1888 relativa a la libertad condicional (llamada ley Lejeune), data del 13 de abril de 1995. Instaura, previamente a toda libertad condicional de un condenado por delitos sexuales que impliquen a menores, "*la opinión de un servicio especializado en el tratamiento de los delincuentes sexuales";* así mismo, toda libertad condicional en este caso "*debe estar sometida a la obligación de seguir un tratamiento o seguimiento".*

Luego no es en relación al trauma que ha constituido para la opinión pública belga el descubrimiento del martirio de las pequeñas Julie y Mélissa, y luego, un poco más tarde de la pequeña Loubna, y de la increíble acumulación de ligerezas, de incompetencias, de rivalidades entre el cuerpo de policía y la gendarmería, de los disfuncionamientos judiciales, que el ministerio de justicia se ha embarcado en una política de control "psicosocial" de los autores de infracciones sexuales con menores. Es más bien, en el contexto mucho más amplio de las políticas llamadas "de seguridad" puestas en marcha desde el principio de los años 90, en el que hay que situar estos

procedimientos. Estas políticas tienen como objetivo consagrar importantes presupuestos, obtenidos por el Ministerio de Interior, a toda una serie de medidas encaminadas a "encuadrar" a los grupos sociales identificados como susceptibles de engendrar problemas (revueltas de jóvenes nacidos de la inmigración turca y marroquí, en los barrios "de riesgo" de Bruselas) o de alimentar a la pequeña delincuencia, real o supuesta (toxicómanos, personas en estancia ilegal, sin domicilio fijo, etc...) Este encuadramiento consiste en incorporar a los trabajadores sociales y a los psicólogos jóvenes en paro, a las acciones " de calle" bajo la autoridad de los poderes municipales, y bajo la supervisión de las autoridades judiciales y policiales locales. Esto al mismo tiempo que los subsidios de los servicios sociales tradicionales, de los servicios médicos, hospitalarios y extra-hospitalarios, notablemente psiquiátricos, son bloqueados o disminuidos, que la enseñanza sufre de medidas "racionalización" importantes que desaniman un poco más a los enseñantes, que se reducen o suprimen los fondos públicos para servicios tan indispensables como las guarderías y otras estructuras de ayuda y de apoyo a las familias, por ejemplo en el terreno de la primera de la infancia.

El impacto sobre la opinión pública del "caso Dutroux" ha llevado sin embargo, al Ministerio de Justicia a reforzar, en la ley del 5 de marzo de 1998, las disposiciones relativas a la libertad condicional de las personas condenadas por delitos sexuales que impliquen a menores. Para todos estos condenados, "*la libertad debe subordinarse a la condición de seguir un tratamiento en un servicio especializado en el tratamiento de delincuentes sexuales".* El Ministerio Público se encarga del control del condenado, que es sometido además a una tutela social que "*permite garantizar el seguimiento y el apoyo con vistas a la reinserción social, y asegura el control del respeto de las condiciones impuestas".* Si el seguir un tratamiento constituye una de las condiciones impuestas, el condenado puede elegir a una persona o a un servicio competente, elección acordada con la comisión de la libertad condicional; "*dicha*

persona o dicho servicio que acepta al misión, manda a la Comisión y al asistente de la justicia encargado de la tutela social, en el mes siguiente a la liberación, y cada vez que esta persona o este servicio lo estime oportuno, o por invitación de la Comisión, y al menos una vez cada seis meses, un informe sobre el seguimiento del tratamiento".

Desde el final del año 1996, el Ministerio de Justicia entabla negociaciones con las instancias comunitarias y regionales competentes en el tema de la salud. El objetivo es establecer "*un marco general para el seguimiento y tratamiento post-penitenciario"* de los condenados por abusos sexuales a menores, beneficiarios de libertad condicional. Los principios son los siguientes: el Ministerio de Justicia incluye y subsidia a los centros de apoyo cuyas misiones comprenden:

- El tratamiento de delincuentes sexuales;
- la constitución de bancos de donaciones y de una biblioteca;
- la puesta a disposición de un " sostén logístico";
- la introducción de nuevas técnicas de tratamiento;
- la realización de investigaciones científicas;
- la organización de formaciones especializadas;
- la colaboración con campañas de información y de sensibilización;
- la centralización de las donaciones y el establecimiento de un informe anual.

De su lado, los poderes regionales son solicitados para incluir (y subsidiar) a los servicios especializados en el tratamiento de los delincuentes sexuales en el marco de la ley de 1995, es decir con la obligación de informar a las autoridades judiciales en cuanto a la asiduidad y la implicación del condenado en el tratamiento, y de señalar las situaciones de riesgo.

En cada una de las tres regiones (Flandres, Wallonie, Bruselas) se ha firmado un protocolo de acuerdo, después de concertar con los servicios concernidos. En Flandres y en Wallo-

nie, estos protocolos están muy cerca del proyecto inicial del Ministerio de Justicia.

En Bruselas, bajo la presión de los profesionales de la salud mental, las misiones principales del Centro de Apoyo serán sensiblemente diferentes, incluyendo prioritariamente la evaluación psiquiátrica pluridisciplinar de los candidatos a un tratamiento por mandato, su reevaluación regular, y la gestión de la información que hay que transmitir a las autoridades judiciales. Esto con el fin de permitir a los servicios de salud que se implicaran en el tratamiento, no tener que rendir cuentas a las autoridades judiciales, y consagrarse exclusivamente a las cuestiones relativas a la indicación, al dispositivo y al proceso terapéutico para los pacientes que aceptan para llevar a cabo su tratamiento. Es decir, dejar únicamente al Ministerio de Justicia la responsabilidad de los medios que pone en marcha, sobre todo el centro de apoyo, para evaluar, en el plano médico-legal, los aspectos psiquiátricos de las medidas de libertad condicional; y dejar a los poderes encargados de la salud la responsabilidad de poner a disposición de los ciudadanos, incluidos los condenados en libertad condicional, los servicios de tratamiento más adecuados.

A través de estos dos ejemplos, vemos bien que las relaciones de los profesionales de lo que he llamado espacio psicoterapéutico con el campo médico por una parte, y con el campo social por la otra, no son simétricos.

En relación al campo médico, se trata de desarrollar una colaboración en la que la intervención terapéutica sea considerada como parte de la intervención médica. En relación al campo social por el contrario, conviene desarrollar las colaboraciones vigilando que las intervenciones terapéuticas y de ayuda social queden distantes, pero esforzándose para articularlas y hacerlas complementarias.

El desarrollo del espacio psicoterapéutico se concibe pues, como una dimensión intrínseca de la intervención médica que debe ser plenamente reconocida y asumida; su articulación

con la intervención de la medicina experimental se incluye en el campo médico.

El desarrollo del espacio psicoterapéutico se concibe por el contrario como necesariamente heterogéneo a la intervención social, y debe por ello ser objeto de una articulación externa con el campo social.

Os agradezco vuestra atención.

BIBLIOGRAFÍA

(1) CAGUILHEM G. (1983): Puissance et limites de la rationalité en médecine; en: Etudes d´histoire et de pshilosophie des sciences. París, Vrin.

(2) LICHTENTHAELER C. (1978): Histoire de la médecine. Paris, Fayard.

(3) FOUCAULT M. (1978). Naissance de la clinique, une archeologie du regard médical. Paris, PUF.

(4) GAUTHIER J-M. (1994): Le rêve du neurobiologiste. Rev. Belge de Psychanalyse, 25:57-77.

(5) LEBRUN j-P. (1993): De la maladie médicale. Bruxelles, De Boeck, col. Oxalis.

(6) VALABREGA J-P. (1962): La relation thérapeutique. Paris, Flammarion.

(7) VERNANT J-P. (1965): La formation de la pensée positive dans la grèce archaïque. En: Mythes et pensée chez les Grecs. Etudes de psychologie historique. París, Maspero.

ACTUALIZACIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO DE ORIENTACIÓN PSICODINÁMICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID*

Juan E. Groch, Laura De la Iglesia*** y Carmen Villanueva******

RESUMEN: Lo interesante de este artículo es que se reúnen diferentes profesionales de distintas áreas de la Comunidad de Madrid, para unificar y ampliar criterios respecto a la Psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica con niños y adolescentes. Se han reunido periódicamente entre los años 1994 y 1998.

INTRODUCCIÓN

La modalidad de psicoterapia de grupo es utilizada en muchas de las instituciones donde se atienden problemas de salud mental en niños y adolescentes (centros ambulatorios especializados, hospital de día, residencias, atención a familias de riesgo, etc.), pero la formación en psicoterapia de grupo con niños y adolescentes no ha sido suficientemente contem-

---

* Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYPNA) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999.

** Psicólogo SSM Alcorcón (Madrid).

*** Psicólogo SSM Fuenlabrada (Madrid).

**** Psicólogo SSM Parla (Madrid).

plada. Un grupo de psicoterapeutas que trabajan en este ámbito, nos reunimos periódicamente durante cuatro años, con la finalidad de llegar a una puesta en común sobre la implantación técnica de este tipo de psicoterapia y canalizar los requerimientos de formación, tanto para el staff como para los PIR y MIR de los S.S.M. de La Comunidad de Madrid (C.M.).

Participamos profesionales psicólogos y psiquiatras de los Servicios de Salud Mental (S.S.M.) de Alcorcón, Fuenlabrada, Getafe y Parla, del Servicio de atención a familias de riesgo integrado en los Servicios Sociales de Parla y del Hospital de día del Hospital Niño Jesús de Madrid[1].

Las reuniones se desarrollaron en un hablar entre nosotros libremente sobre nuestras experiencias de trabajo en relación a la psicoterapia de grupo de corte psicodinámico que realizamos desde hace años y la tarea en las mismas se abordó con unos mínimos aspectos prefijados. La coordinación estuvo a cargo de Juan Groch y la observación y transcripción del material se hizo de forma rotativa.

Actualmente no existe un contraste de criterios, aunque a partir de dos encuestas americanas (KYMISSIS et.al. 1991), intentamos diseñar un modelo equivalente para la formación de psicoterapeutas de grupo con niños y adolescentes que, según sea el desempeño del observador, se comenta más adelante.

Contrastamos nuestras experiencias prácticas, nuestros conocimientos y trabajos previos como publicaciones, tesis, proyectos de tesis y revisiones bibliográficas. Una de las prioridades fue acercar a los terapeutas que trabajaban más la psicoterapia de grupo con adolescentes a los grupos de niños y viceversa.

---

[1] Los profesionales que participaron en dichas reuniones fueron: Concha Bellas, Félix García Villanova, Juan Gonzalez, Juan Groch, Laura de la Iglesia, Encarna Mollejo, Paloma de Pablos, Marta Peral y Carmen Villanueva.

CRITERIOS COINCIDENTES

Desde un principio, se llegó a un número importante de criterios coincidentes entre los que podemos señalar los siguientes:

- Resulta fundamental el respeto al encuadre en aspectos tan esenciales como la asistencia con regularidad y puntualidad a las sesiones.
- Existe consenso en que los psicoterapeutas de los S.S.M. ambulatorios trabajamos con grupos heterogéneos respecto de la sintomatología tratada.
- Se estableció como objetivo del proceso terapéutico "el equilibrio en la interacción". Se remarcó la importancia de que los pacientes fueran seleccionados previamente según sintomatología, edad, sexo, etc., para que el intercambio entre los integrantes fuese fructífero, Dicho requisito resulta indispensable para la consecución eficaz del tratamiento de grupo, permitiendo la experiencia emocional correctiva y la maduración de los pacientes.
- La inclusión de los padres en general y en especial de las madres en el proceso psicoterapéutico, con una frecuencia, objetivos y modalidades terapéuticas específicas para cada situación.

En dichas reuniones, nos fuimos organizando para profundizar en los temas de los que exponemos a continuación los acuerdos básicos logrados sobre encuadre, normas, criterios de selección y alta, nivel de intervenciones durante el proceso, el trabajo de observación, supervisión, grupos de padres, trabajos específicos con adolescentes, hospital de día infantil y familias de alto riesgo.

En cuanto al **encuadre**, son necesarias unas condiciones mínimas para poder trabajar con esta técnica que tienen que ser pactadas y apoyadas por la institución (Una sala con unos requisitos tales como superficie, condiciones de seguridad, material necesario como cojines, pizarra, juegos...).

Además del mantenimiento fijo en espacio, tiempo (semanal, de 60 a 90 minutos) y terapeutas, se establecen unas normas básicas de funcionamiento, confidencialidad sobre lo acontecido en el grupo, no dañarse entre ellos, no está permitido llevarse material del grupo ni traer cosas de fuera, compromiso en la asistencia...

Se realizan grupos abiertos y cerrados con una duración que varía desde 4 meses a 3 años, siendo la media de un año.

La edad como **criterios de selección** no toma en cuenta sólo la edad cronológica, sino también la edad mental y el ciclo escolar, con un criterio general de 3 años como máximo de diferencia de edad entre los miembros.

A lo largo de las reuniones, se aportaron diferentes casos clínicos y ejemplos psicopatológicos para ilustrar el amplio espectro de pacientes susceptibles de beneficiarse con este tipo de psicoterapia, entre los que podemos incluir por ejemplo: pacientes en edades comprendidas entre 6 y 12 años, varones, hiperactivos, con problemas de relación y/o de conducta o adolescentes con sintomatología depresiva, conflictos familiares, de separación e individuación.

También se señaló la utilidad de los grupos homogéneos o sindrómicos, para el tratamiento de otro tipo de demanda, como pueden ser, por nombrar los más frecuentes, casos de enuresis o anorexia mental.

Las calidades de las relaciones objetales fueron especialmente tenidas en cuenta en la terapia de grupo con niños y púberes. Se puntualizó la importancia de que los niños tuvieran claro el motivo de consulta, el problema o síntoma por el que están en tratamiento, para que se puedan centrar en la tarea.

Se trabaja a través del **juego**, del **dibujo** y/o de la **palabra** para conseguir de esta forma dar salida a las tensiones que se generan.

La actitud del terapeuta es participativa en mayor o menor medida. Los **cambios** tienen lugar gracias a la transfe-

rencia generada en el grupo por las relaciones de identificación y puestas en el lugar del otro y a las intervenciones del terapeuta que puede utilizar la **interpretación**, el **señalamiento** o la **confrontación**, haciendo referencia al momento actual (aquí y ahora), pero teniendo en cuenta la historia individual y del grupo.

Se insistió en la importancia de trabajar la finalización del grupo, el duelo por la separación y la clarificación de objetivos logrados y no logrados.

La valoración del proceso y evaluación del resultado fue posible gracias a la observación y seguimiento sistemático de la interacción de los pacientes en el grupo, lo que nos ha permitido diseñar un instrumento de evaluación para constatar la eficacia de dichos tratamiento. Es importante destacar que las propiedades curativas de este tipo de psicoterapia se complementan con sus posibilidades pedagógicas y de investigación.

El criterio de alta más importante es la desaparición de síntomas y una estabilización general del niño y la familia. En el proceso del grupo nos encontramos con unos logros relacionales y desbloqueo intelectual que aunque no se busque directamente, se tienen en cuenta como criterios para el alta.

En caso de contar con un **observador** se especificó su desempeño y tipo de participación en el grupo según el nivel de formación (PIR, MIR, estudiantes del practicum de psicología. Dicho desempeño, sirve para reprocesar y llevar la historia del grupo y/o con la finalidad devolución al mismo (teniendo en cuenta emergentes individuales y grupales).

En la supervisión del trabajo con el observador se valora el material producido por el conjunto del grupo como por cada uno de sus integrantes, (a nivel psicopatológico, histórico-evolutivo, situacional, etc.) lo que permite estructurar las posibles intervenciones psicoterapéuticas. La supervisión es el medio más idóneo para el aprendizaje de la técnica y de la función terapéutica.

Las intervenciones con padres se consideran indispensables y también se realizan en grupos, con objetivos y modalidades terapéuticas diferentes (que van desde reuniones mensuales, bimensuales, hasta grupos de padres paralelos con los de los niños), intentando hacerlos con la mayor continuidad posible, ya que dichos grupos, favorecen el cambio familiar, repercutiendo positivamente en el niño/a.

Como especifico de la terapia de grupo con adolescentes, se hacen ciertos ajustes en cuanto al tiempo, siendo normalmente de un año por término medio, se utiliza sólo la palabra, no se interviene tanto con los padres y se señala la importancia del trabajo de la fantasía inconsciente del grupo.

El tener en cuenta la necesidad de acercamiento a sus pares y de separación de sus mayores, potencia la eficacia de los tratamientos, permitiendo la elaboración de conflictos propios de esta edad.

Las técnicas de grupo son de gran ayuda en el hospital de día infantil, tanto en el abordaje con niños psicóticos y trastornos severos de la primera infancia, como con las madres de estos niños, las cuales van transmitiendo a las integrantes recién llegadas la experiencia y evolución de sus hijos. El objetivo de socialización es aquí primordial.

Igualmente, se constató la efectividad del trabajo en grupo con **familias de alto riesgo**, con niños y adolescentes en un trabajo interdisciplinario, a partir de un dispositivo de servicios sociales, para prevenir cuadros de cronificación y demandas posteriores a los Servicios de Salud Mental.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Creemos que el resultado de estas reuniones entre diferentes profesionales que trabajan en psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica con niños y/o adolescentes en el ámbito de la salud pública, fue muy positivo y esclarecedor, no sólo porque pudimos profundizar en aspectos específicos de la

psicoterapia de grupo para estas edades, sino también porque a la luz de la heterogeneidad de experiencias y ámbitos de trabajo, pudimos visualizar la amplia gama de posibilidades que ofrece esta técnica, estableciendo algunas recomendaciones y límites para su abordaje.

A pesar de una cierta generalización, inevitable para no perder de vista el bosque, entendemos que lo tratado nos posibilitó el pensar, contrastar y establecer criterios para mejorar esta técnica de trabajo.

Por último, nos pareció pertinente proponer una bibliografía actualizada.

BIBLIOGRAFÍA

Bierman, G.: (1973) Tratado de psicoterapia infantil. (Versión española del Dr. F. Cervantes Gimeno). Barcelona. Editorial Espaxs. Tomo II.

Burrueco Arjona, J., Molins Garrido, C., de la Iglesia Fontecha, L. y Mollejo Aparicio, E.: (1993) "Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres". Rev. Psiquiatría Pública. Madrid. Vol.5, Núm.1, 42-49.

Cadoret, M.: (1987) "Psychoanalytic therapy groups of children and adolescents in an institutional settíng". Revue du Collége de Psychanalystes. Francia. Vol 23, 59-63.

Escudero, C.: (1993) "Cuestiones técnicas en la psicoterapia de grupo con niños". (Coord. A. Avila). Manual de Psicoterapia de grupo analítico vincular. Madrid. Edit. Quipú. Vol.2, 261-266.

Escudero, C.; García Villanova, E.; y Sánchez, A.: (1994) "Consideraciones teóricas y técnicas sobre el juego en los grupos de psicoterapia con niños". Psiquiatría Pública. Madrid. Vol.6, Núm.1, 24-30.

Escudero, C. y Garcia-Vilianova, E'.: (1997) "La psicoterapia de grupo con niños y adolescentes". Grupos terapéuticos y asistencia pública. (Coord. E. Gamo y R.Gómez). Edit. A.E.N.P. Madrid.

GLASSERAAN, MR.; SIRLIN, M.E.: (1984) Psicoterapia de Grupo en niños. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.

GROCH, J.E.: (1995) Psicoterapia grupal en la infancia: indicaciones clínicas en un dispositivo de salud mental. Madrid. Tesis doctoral Universidad Pontificia de Comillas.

GROCH, J.E.; PEÑA, I. y PEDREIRA, J.L.: (1996). "Psicoterapia grupal en la infancia: aporte de un instrumento de evaluación. Psiquis. Madrid. Alpe Editores, S.A. 17(9): 447-456.

JAITIN DE LANGER, R.: (1983) Clínica Grupal de niños -teoría y técnica-. Buenos Aires. Ed. Trieb.

KERNBERG, P y ROSEMBERG, J.: (1993) "Play Group Therapy for Children with Socialized Conduct Disorders". De Psychoanalytic Group Theory and Therapy. Connecticut. International Universities Press, Inc. 195-209.

KYMISSIS et al.: (1991) "Training in Child and Adolescent group therapy: two surveys and model". Group. New York. Vol.15.Núm.3,163-167.

MOREAU-DREYFUS, J y LEBOVICI, S.: (1947) "La psychothérapie collective de 1'enfant, Sauvegarde París. Nero.15-16, 17-34.

PAVLOSKY, E.A.: (1974) Psicoterapia de grupo en Niños y Adolescentes. Buenos Aires. Biblioteca General Centro Editor de América latina.

SLAVSON, S.R.: (1973): "Mi técnica de psicoterapia de Grupo en los niños". Tratado de psicoterapia Infantil. (Dir. Bierman, G.) Ed. Espaxs. Barcelona. Tomo II, 787-796.

SPEIER, A.: (1977) Psicoterapia de grupo en la adolescencia. Buenos Aires. Nueva Visión.

SPEIER, A.: (1984) Psicoterapia de grupo en la infancia. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.

VANNI, F.: (1990) "Un modelo grupal en la psicoterapia infantil". Clínica y Análisis Grupal. Edita Grupo Quipú de Psicoterapia S.C.L. Madrid. Vol. 12 (3), 389-406.

V/A: (1994) Encuadre grupal en la infancia. IV Jornadas de grupo, psicoterapia y psicoanálisis de SEGPA. Zaragoza.

PASADO Y PRESENTE EN LA TRAGEDIA DEL ADOLESCENTE. SOBRE EL DECLINAR DEL PADRE*

Isidro Rebollo Conejo**

Es usual hablar de psicoanálisis *"de" "niños" o "con"* adolescentes, situando entre la práctica y el sujeto la preposición *"de o con".* La clínica debe desentenderse en sus cuestiones básicas de la edad y atender al sujeto del inconsciente; ello no evita que la dirección de la cura valore estas variantes.

Nos preguntamos si es analizable la adolescencia como si de un síntoma se tratara. La adolescencia es un momento de interrogación, de paso, de separación del ligamen a los padres y como tal participa de la tragedia. *"Crisis de la adolescencia",* es un significante que nos remite al momento álgido de un padecimiento. Es preferible decir que se analiza a un sujeto adolescente, porque la adolescencia no se cura, no se educa, a lo sumo consiste en escuchar una demanda. Y esta demanda debe analizarse.

En una lectura de los historiales de Freud, basándonos en lo por él sesgado, leemos que no tuvo mucho éxito con Katherina, con Dora, o "Un caso de homosexualidad femenina"; algunos por fallos en su elaboración teórica, otros por que fueron enviados por sus padres. El hecho de quién parte la demanda es decisivo en el proceso de la cura. No olvidemos

---

* Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYPNA) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999.

** Psicoanalista. Dr. en Psicología.

la amistad que unía a Freud con el padre de Dora, o la adoración de Max Graf, padre de Juanito[1] hacia el maestro. Mal comienzo cuando el analista es considerado cómplice de los padres, porque el adolescente pondrá resistencias a la terapia siempre ue ésta impida que se desarrolle su singularidad, más aún, si lo que se pretende es reeducar o terapiar lo psíquico.

La adolescencia es un tiempo lógico de resolución del tema edípico Padres e hijos están viviendo su propia tragedia y al final tendrán que hacer sus propios duelos. Unos intentan dar el paso desde el lugar de objeto al de sujeto autónomo, los otros porque ven fracasar sus ideales[2]. Las generaciones chocan cuando se intenta borrar la subjetividad.

El encuentro *"tyche"* con el Otro es un momento de estallido, de grito, momento único que depende del sujeto y de su estructura, es donde se decide su destino y su futuro. Un tiempo de desarraigo que propicia una confusión entre opuestos: ni niño, ni adulto, masculino o femenino, libertad o sujeción, sumisión o independencia. Los restos de esta tragedia los recoge el psicoanálisis y lo que éste descubre interesa al sujeto no a sus padres, por tanto es necesario decir: No *sabemos que desean Vds. de su hijo, pero esto es lo que él desea.* Para así, lejos de la adaptación, abstenemos de cercenar el deseo, de homogeneizarlo.

La adolescencia es la dramática prueba de iniciación de nuestra cultura ante las exigencias libidinales y que tan acertadamente metaforiza Francoise Dolto como *"el drama de la langosta",* que en cierto momento de su desarrollo pierde el caparazón protector, quedándose sin defensas.

---

[1] Max Graf formaba parte del grupo de los miércoles.

[2] El narcisismo de los padres no duda en continuarse a través de los hijos. Ofrecemos nuestra experiencia con el fin de evitarles que tengan la propia. Invitamos a que elijan profesiones de las cuales nos ven quejarnos continuamente al llegar a casa. Vivimos en un continuo olvido de nuestro pasado practicando la doble moral respecto a ellos.

Ellos, los adolescentes, navegan en una sociedad que al no permanecer estática y en su progresión geométrica, hace con sus movimientos tambalear a la familia. Hecho éste que nos obliga a plantear un antes y un ahora en referencia a la paternidad. El después es futurología.

Efectivamente el padre en los orígenes[3], no es el casado con la mujer, sino el que dirige la ciudad, el amo, bien sea político o religioso. El *"dominus"* amo de la casa. Casarse, por tanto, era llevar una mujer a casa. Como padre, se autorizaba a ser amo de la mujer, padre de un hijo. Maternal quería decir de la misma materia que la madre. Para que el hijo entrara a formar parte de la familia era necesario que el padre lo levantara en brazos. Sobre este último, el padre tenía todos los derechos, incluida la vida y no menos el patrimonio, bienes que hasta la muerte del padre no pasaban al hijo; por tanto no era sujeto. Sabemos que las cosas fueron cambiando.

Los avatares culturales iniciados con la Revolución Francesa harán que éste padre sea relegado a ser un representante de la ley dentro de la familia, anulando su absolutismo.

Dando saltos cronológicos pasaremos de la ausencia de derechos en el hijo a la declaración de Derechos de Niño (20-nov. –1989), ahora se trata de *"His Majesty the Baby",* el *"sujeto ciudadano"* y de sus actos deben responder los padres. De estos presuntos avances van quedando restos no digeridos; hoy el niño a pesar de las consideraciones, es un objeto para la ciencia, un objeto social, del que se encargará la Pediatría, la Psicopatología Infantil, la puericultura, los equipos multidisciplinarios, o las instituciones educativas... que suplantan lo que otrora era la función paterna.

El psicoanálisis por obra de Freud nos aporta el mito de la tragedia griega para iluminar la estructura familiar. Lo que denominamos la estructura edípica edifica la relación entre sus

---

[3] Julien, Ph.: El manto de Noe, Ensayo sobre la paternidad, Alianza editorial.

miembros. De entrada hemos de pensar que el hijo preexiste en el deseo de los padres y el futuro deseante del mismo dependerá de cómo hayan resuelto ellos su propia novela, de cómo han resuelto su castración.

El niño, biológicamente prematuro, por su insuficiencia, su alta dependencia, está sujeto al deseo materno. Los cuidados que normalmente ella le ofrece hacen que ilusoriamente, él se crea aquello que le falta a la madre, el falo imaginario de la madre... (φ)

Si sabemos algo de la normalidad ha sido estudiando las patologías y ellas nos dicen que es necesario un padre que al ejercer su función como garante de la ley dirija el deseo de la madre y el del hijo con una doble prohibición: No *te acostarás con tu madre y no reintegrarás tu producto.*

La función no es otra que colocar un impedimento entre el goce materno y el niño; facilitando que nazca como sujeto de deseo lejos del servicio sexual de la madre. Si así ocurre pasará de ser el falo a no serlo. Ahora es el padre quien tiene el falo simbólico (Φ). Se tratará de buscar a este padre, y si éste no está no hay identificación, ni hay futuro ser deseante. Los síntomas serán su grito al padre. Actitud típica del adolescente, que no dudará incluso con infringir la ley para que esta actúe.

Esa herencia freudiana nos deja el legado de la impotencia del padre de Dora, La deuda del padre de "El Hombre de las ratas", el padre inoperante de Juanito, la llamada al padre en caso del pintor Cristóbal Haitzman en su trato con el diablo, la inflación de padre, Dios todopoderoso, en el caso Schreber.

Qué decir de las historias con sus padres de Kafka, Kierkeggard[4], Hólderlin[5] o por qué no del mismo de Freud. La literatura que sirvió de aval al psicoanálisis nos ofrece la muerte en la tragedia de Hamlet, Dostoiewsky y el parricidio en los

---

[4] Kafka se ve impotente ante tanto padre, Kierkegaard el hijo obediente y melancólico. Freud y su herencia judia. (Libennan, A.: La nostalgia del padre, Ensayo sobre el derrumbe de la certeza paterna, Temas de hoy).

Hermanos Karamazof y Edipo,... O las reflexiones antropológicas en Totem y Tabú, Moisés y Psicología de masas y análisis del yo, hablan del fracaso de la función paterna como transmisor de la ley.

En todos ellos el asesinato del padre es el tema central. Hay que anularlo para poder gozar de la madre, ocupar su lugar y posteriormente la culpa por el crimen. Las madres de Juanito, la de Hölderlin, la de Dora, la de Freud, también han estado presentes.

Cuando nos referimos al padre del adolescente, a nosotros no nos interesa la persona sino la función. Es por ello que diferenciamos al padre imaginario, del simbólico y del real. Comencemos nuestro recorrido por el padre real. ¿Por qué este inicio? Pues bien, pensamos que para que haya padre no es necesario que haya un hombre, es contingente. Hoy sabemos que la ciencia se ha encargado de ello[6].

El padre real sólo existe como espermatozoide. Es un padre inexistente, mítico *(urvater),* quiere manifestar que está fuera del lenguaje, de lo simbólico. Padre no es comparable a una historia, sólo le suponemos una historia mítica. Pero cumple como agente de la castración. ¿Qué es esto? Al hablar de economía del deseo y cómo se regula, decimos que cuando el hijo desea a la madre debe de encontrar de por medio al padre, a la ley del deseo del otro. Debe de renunciar, represión originaria, renunciamiento psíquico, al objeto inaugural de su

---

[5] Hölderlin lucha entre los deseos matemos y los paternos, busca un padre a través de la ley y lo encuentra en su poesía. conoce a Shiller quien será su punto de mira, figura parental con el que se enfrentará más tarde. Este momento álgido coincidirá con su psicosis. (Laplanche, J.: Hölderlin y el problema del padre, Ed. corregidor).

[6] La no existencia de padre en la familia no presupone su falta en el complejo, pero para que las cosas marchen bien, debe de funcionar. ("No hay cuestión de Edipo si no hay padre; a la inversa, hablar de Edipo es introducir como esencial la función del padre". J. Lacan: Las formaciones del inconsciente, Seminario 15 de enero).

deseo. Este padre fuerza al sujeto al abandono del goce materno, goce imposible, dirigiendo el goce hacia lo fálico y lo fantasmático.

Al afirmar que: *Pater semper incertus, Mater certíssima,* queremos poner en la palestra lo secundario del padre real[7]. La incerteza no es la promiscuidad, sino el hecho de que más allá del padre real, está el padre simbólico que es nombrado por la madre.

El padre simbólico se construye sobre el real gracias al Edipo y a un significante, el falo. El falo es el cuarto elemento de la triada de deseos, el que marca la diferencia de los sexos. El falo permite al padre actuar como simbólico. Parecería deducirse cierto falocentrismo, cierto machismo en detrimento de la madre, pero los hechos no son así, sino todo lo contrario. Es ella la que autoriza al hombre, al padre. Sin su deseo no hay función paterna.

El padre simbólico actúa en las relaciones entre madre e hijo, está dentro de esta relación pero no la controla, no la domina, no es su amo, no es amo de aquello que representa. Asignar esta función al padre es obra de la madre. Ella es la que orienta al hijo hacia el padre con el solo uso de la palabra. No es necesario que el padre esté vivo para que la madre, al hablar de él oriente al hijo hacia el objeto de su deseo. De esta manera el hijo sabe que la madre desea más allá de él: hay un deseo del Otro.

Este padre simbólico es el depositario de una ley de prohibición del incesto. Por tanto no es la ley sino su representante. Para Lévi-Strauss, la naturaleza consiste en aquello que se ha generalizado, universalizado en el hombre, el resto forma parte de la cultura. Entre ambas, naturaleza y cultura está la ley del incesto que ni es cultural ni natural, forma parte de las dos al mismo tiempo, es en sí una regla universal.

---

[7] Un rabino preguntaba si se podría asegurar la paternidad, aunque fuera a costa de aislar a la pareja encerrando a ambos en una prisión, a lo que el interlocutor contesta: Siempre hay un carcelero.

El padre simbólico es un significante, una palabra, un apellido, por tanto ya muerto que se encuentra en las generaciones. Marca la imposibilidad de gozar de la madre, posibilita la castración de la madre, del Otro. Es la identificación al Nombre-del-Padre[8].

Mientras que el padre imaginario es aquel del cual se habla en análisis. Porque los otros nos pueden decirse sólo constatamos sus efectos. No es un padre muerto como el simbólico, se sostiene en su imagen, es el culpable de que las cosas vayan mal.

Es ese padre ideal, el de las primeras relaciones con los hijos, el de las fantasías de omnipotencia. Era el que llegaba del trabajo y reunía a los hijos alrededor de la mesa, los convocaba, ahora la tele le suple en función.

Es el padre edípico, rival al que hay que eliminar: Es el padre del fantasma y viene representado por multitud de características: fuerte, débil, amable, inútil. No tiene todas las mujeres como el padre Real.

Estos son los padres anudados con los que la adolescencia ha tenido que convivir. Pero insistimos en dejar de lado la figura paterna reflejada en la virilidad, la fuerza, la violencia, el abuso, el espermatozoide o el padre ausente. Reclamamos su función más allá de la imagen[9].

En la tragedia, el adolescente debe de participar en la muerte de su progenitor, muerte lógica, que no cruenta, para que su deseo salga vivo.

Cuando hablamos de la tragedia vamos más allá del teatro, queriendo precisar la función en la estructura. Hay que resaltar el mito de Tótem y Tabú, la horda, ese padre gozador de todas las mujeres, la rebelión por parte de los hijos y el parricidio. Es

---

[8] J. Lacan: Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis, Escritos 1, pp. 97-98

[9] Leclaire, S.: Para una teoría general del complejo de Edipo, Seminarios de vicennes, 1969. Ed. Nueva visión. B. Aires.

a partir de la muerte del padre que el padre está más vivo que nunca. Los hijos necesitan a partir de ahora y por temor, organizarse, protegerse para que las cosas no vuelvan a repetirse. Crean una organización social como defensa, la prohibición del incesto.

Hay que superar la historia y observar qué está en juego en el asesinato del padre. Se trata del asesinato de una función. Una función de apertura. Partamos de la pregunta sobre ¿Qué función cumplen los padres en la reproducción? Los progenitores además de ofrecer su cuerpo biológico, cuando se relacionan, aportan sus fantasmas, sus neurosis, sus defensas ante el problema de la reproducción, es decir toda una economía libidinal. La función paterna garantiza la separación entre el cuerpo biológico y el erógeno, es decir el acceso a la erogeneidad, al inconsciente, al goce o a lo prohibido.

El asesinato del padre consiste en renovar la función de apertura, nacimiento de la subjetividad, ingreso al mundo del deseo, posibilita la castración.

Para que un padre sea agente de la ley es necesario un significante, un padre muerto. La ley es prohibición y deseo. El goce está prohibido para aquel que habla.

Por tanto: ¿Qué es eso de la muerte del padre? Es el padre muerto por el significante. El discurso materno lo metaforiza, lo mata y le da posibilidad de función. Este es el padre del adolescente, padre que tiene que entregar su vida como verdadero acto de amor. El juicio de Salomón nos viene a indicar dicho acto, es la madre que dona a su hijo, la que realmente lo ama aún a costa de la pérdida. Ella es la verdadera madre, no la que quiere poseerlo.

El padre así ha donado a su hijo la herencia de la castración, ha hecho a su mujer la causa de su deseo *(a)* y por tanto objeto de su goce, y le ha dicho al hijo: *"tú no estás concernido en el goce de esa mujer".*

Cuando Karamazov emulando a Nietzche dice: *Dios ha muerto, ahora* todo *está permitido,* es justamente cuando hay que afirmar, que después de su muerte nada está permitido[10]

La función del padre para alcanzar lo que se supone como normalidad, (por otra parte imposible de definir, inefable su función), es poner barrera al goce (espejismo de completud) incestuoso con la madre.

¿Y qué hay de la función materna? En primer lugar nombrar al padre de su deseo que indique al hijo otro lugar lejos de ella. Pero tratemos el tema desde la óptica de la separación, no del cuerpo biológico, sino del cuerpo erógeno. Separación o corte que es posibilitado por la función del padre. Si el cuerpo del niño (objeto) colma el campo libidinal de la madre, lo erógeno se superpone a lo orgánico. Para que la función del padre exista debe de haber una desconexión. Es el cuerpo erógeno del padre el que debería colmar a la madre.

¿Hay una función materna? Bion y Winnicott hablan de la función de *"Reverie"* (ensoñar) codificar los mensajes que inicialmente son de necesidad del hijo. Ella los tamiza por la palabra y les devuelve un sentido. Si no se devuelve a esa llamada una unidad, sobreviene la psicosis, el desmembramiento. Cuando codificamos lo hacemos a gusto nuestro, no de los deseos del sujeto.

Pero no sólo es cuestión de amor. ¿Qué hace una mujer con el odio que le despierta el hijo? Pensemos que amparados en la idea del amor a veces se crean terribles lazos. Por ello es bueno que el hijo decepcione a la madre, así se salvará como sujeto, será separado. Se saldrá del ideal que de él se espera.

De todo lo anterior se desprende que tanto la madre como el padre son insustituibles; podría, no obstante existir identificación de uno en el otro. Ello nos pone a recaudo de lo que

---

[10] J. Lacan: Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología, 1950. Ed. Horno Sapiens, B. Aires, 1978, pp. 28-29.

algunos cuestionan entre parejas de homosexuales en referencia a quién asume cada papel.

Tanto el papel de padre como el de madre no son cuestión de sorteo, la diferencia es irreductible. Ambas funciones se sostienen en la diferencia de sexos. Lo determinante es la ley del falo, como significante de una falta y es el que permite negociar la propia identidad sexual.

De cómo ha vivido el adolescente su propia novela, su propio mito individual se dirime su estructura.

El obsesivo ha sido excesivamente amado por la madre. Ha sido un objeto especial para la madre, su niño bonito. Tanta atención, hace que éste esté siempre pendiente de su demanda: ¿Qué quieres de mí? De ahí que se ofrezca siempre que pueda, ante cualquier imagen que represente a la madre en forma de servidumbre voluntaria.

En cuanto al padre, ha funcionado su metáfora, pero ha quedado un regusto en la madre de cierta insatisfacción en todo lo que esperaba de él. El hijo se verá respecto al padre en una situación de constante rivalidad y competencia, reflejadas en fantasías de muerte y hazañas en las que destaca. Como la lucha de puro prestigio referidas por Hegel en la dialéctica del amo y el esclavo. La presencia de cualquier figura relevante, autoritaria, es insoportable. Ellas son representantes del amo, del poseedor de lo que él desea. Esta lucha se verá acompañada por una gran culpabilidad que viene promovida por el temor a la castración.

La histérica vive en una constante búsqueda por resolver el enigma de qué es una mujer. Los caminos para hallar la solución pasan por grandes rodeos: Si la madre desea al padre, es que éste tiene el falo de derecho. Si ello es cierto, el padre debe de dar constantes pruebas de su virilidad, que le asegure que es él quien tiene el falo.

Siempre existe otro que tiene información sobre sus preguntas, sobre su deseo, sobre su enigma, por tanto se alienará en el deseo del Otro.

La histérica quiere ser el falo faltante de la madre, quiere evitar a toda costa la castración y la diferencia de los sexos (anorexia). Su pregunta pasa por el qué es una mujer para el deseo de un hombre.

Si supone que alguna ha sido capaz de resolver el enigma no dudará un instante en identificarse con ella. Continuará su búsqueda bien sea haciendo de hombre adornándose de atributos fálicos o esforzándose en demostrar su virilidad. Virilidad de la que el histérico tiene que dar pruebas, pero sólo es capaz de demostrar que no tiene el pene (impotencia). No tengo el falo hasta el final (eyaculación precoz). Los fallos en la virilidad hacen que se busquen nuevas vías alternativas, así como los perversos, padecen una constante insatisfacción, o la mascarada homosexual para evitar lo femenino.

La ilusión del histérico es que el goce femenino es una amenaza, sólo el falo puede dominarlo. Por todo ello, la histérica busca un amo donde alienarse y donde alojar el saber y lo encuentra en la ciencia que por otra parte es impotente para dar cuenta del goce de su síntoma.

Por su lado el perverso materializa la creencia de poder alcanzar el goce del Otro. Se resiste a la castración. Lacan los define como los últimos creyentes. Quieren asumir y ser como el padre gozador[11].

Es en la psicosis donde se hace más patente el fracaso de la función paterna. La psicosis sobreviene cuando el padre real no adviene en calidad de padre simbólico (renegado en el discurso de la madre).

Mientras que para M. Klein la psicosis es original para todo sujeto, la neurosis y la perversión serían como defensas frente a los núcleos psicóticos iniciales del sujeto. Es así que para ella cualquiera puede ser psicótico. Para nosotros no se vuelve loco quien quiere, sino quien puede. Sabemos que la mejor

---

[11] Ferrer, N.: Una fórmula para el fantasma perverso, Apertura, cuadernos de psicoanálisis, n.º 2, Ed. Serbal, 8.A. Barcelona, 1987).

manera de sostener un taburete son las tres patas, si falla una, estamos ante la neurosis. El problema está cuando faltan los significantes del deseo, entonces lo que no está simbolizado aparece en lo real. Cuando falta la carretera principal, al sujeto perdido le llegan multitud de indicadores[12].

La función paterna, la Metáfora del Nombre-del-Padre ha de desplegarse sobre la base de la represión originaria del deseo de la madre. Se trata de la división del sujeto en el orden simbólico[13].

Es en la adolescencia donde se dirimen las cuestiones principales:

¿Es cierto que la esquizofrenia se declara al final de la adolescencia?

¿La semilla de la esquizofrenia reside en la relación con la madre... el padre no tiene realmente importancia alguna? Es muy posible que en estos casos hay una imposibilidad de separar el cuerpo de la madre del hijo. Así observamos que en la depresión post-parto, cuando las ilusiones de fusión entre madre e hijo se desvanecen y éste es investido como algo totalmente independiente de la madre. Aquí no aparece la metáfora paterna por ningún resquicio. El delirio vendrá a suplir esta falta, esta dimisión del padre[14]

---

[12] J. Lacan: Seminario III, Las Psicosis, Ed. Paidós.

[13] "Sobre lo que queremos insistir es sobre el hecho de que no sólo convendría ocuparse de la manera en que se adviene la madre a la persona del padre, sino del caso que hace de su palabra; dicho con claridad, de su autoridad; en otros términos, del lugar que ella reserva al Nombre-del-Padre en la promoción de la ley." (J.Lacan: "De una cuestión preliminar a todo tratamiento de la psicosis. Escritos, p. 579).

[14] Este hijo deseado con tanto ardor, cuando llega, es decir, cuando la demanda se cumple, crea para la madre su propia decepción: he aquí, pues, a ese ser de carne, pero separado de ella, ahora bien, en un nivel inconsciente la madre soñaba con una especie de fusión: Y a partir de este momento, con este hijo separado de ella, intentará reconstruir su sueño. A este niño de carne va a superponerse una imagen fantasmática cuyo papel será reducir la decepción fundamental de la madre. (M. Mannoni.: El niño enfermo y su madre, París, Seuil, 1964, pp. 66/67).

¿Por qué un solo hijo psicótico entre varios hermanos? ¿Son psicóticos los padres de los psicóticos? Todo un debate inacabado. Lo cierto es que la adolescencia es un momento lógico en el cual el sujeto está en condiciones para recibir significantes que le hagan plantearse qué ha sido de su vida y alguno de estos significantes pueden hacer de espoleta. Hay una transmisión entre las generaciones de las estructuras edípicas. Para unos Bowen, para otros Cooper, afirma que se necesitan tres generaciones para hacer un psicótico. Esto viene a significar que se supone que la predisposición ya preexiste en la vida anterior, como derrumbe de lo simbólico *(Werwerfung).*

¿Qué decir del presente? ¿Qué decir del legado que recibe el adolescente de hoy día? ¿Por qué nos cuestionamos más que nunca ciertos fracasos sociales?

La modernidad está planteando nuevos retos a la familia y de sus efectos sólo podremos saber a posteriori. Pero de todos es sabido que asistimos al ocaso del padre y por tanto a su función en lo que llamamos lo social.

El tan inseguro padre biológico es aún más irrelevante. Ya no se cuenta con él, con su presencia. La procreación artificial le relega, distancia al creador con su obra. Ahora la ley permite a la madre dar el apellido que desde los albores era don del padre. La ciencia le viene a indicar que del padre genitor no se puede extraer la definición de padre. Si antes se basaba toda la cuestión paterna en lo genital, la ciencia dice que no. Por no tener, no tiene ni derecho al hijo, gracias al anonimato de la maternidad asistida[15].

---

[15] Lo que se intenta anunciar es la necesidad, de la existencia de un deseo que provenga de un padre y a ser posible que éste no sea anónimo. (J. Lacan: Dos notas sobre el niño, en Intervenciones y Textos 2, p. 56, Ed. Manantial). "¿Deberá alcanzarlos la práctica, que tal vez algún día tendrá la fuerza de la costumbre, de inseminar artificialmente a las mujeres en sedición fálica con el esperma de un gran hombre, para que saquemos de nosotros mismos sobre la función paternal un veredicto? (J. Lacan: Subversión del sujeto y dialéctica del deseo... Escritos II, p.792. S. XXI).

La madre y padre actuales gracias a la ciencia son inciertos, la fecundación asistida, los scanners, la resonancias, estas anticipaciones, han puesto en jaque a lo real del nacimiento.

Ya no es el amo. Por otra parte el amo es un padre que se cree así. Uno puede decirse amo pero no padre. El adquirir tal función decimos que corresponde a la madre. El amo no es una persona sino un discurso que une lo social y que aprovecha, modernizándose, adoptando papeles nuevos, asistiendo al declive del padre. Mientras que el padre pierde poderes el amo adquiere formas diferentes. Los progresos sociales que se adquieren con el acceso al trabajo, no dominan al amo que se mimetiza en normas, en trabajo, en consumo, en moda, en horarios...[16]

La madre no ha tenido mejor suerte. Si hay una declinación paterna, también existe una materna y queramos o no cuando pretendemos saber algo de la femineidad, ese universo oscuro, siempre nos vemos remitidos al hecho de ser madres. La maternidad como una *"trampa amarga"* dirá Mary O'Brian.

El Cristianismo se preocupó de relegar a la mujer al matrimonio y la procreación, conjugando sexualidad con reproducción. El Cristianismo ha sido el arma más sofisticada de control del goce femenino. Ejemplo de ello es María, madre más allá del goce. Y es en la clínica que nos encontramos con la madre y la prostituta como lo más enigmático de la sexualidad femenina a través de los hombres que cuando aman a una mujer no la desean y cuando la desean, no la aman.

---

[16] Al nombrar al amo, no nos referimos a una persona en especial, es un discurso, un tipo de relación que crea lazos sociales. En este caso nos referimos a la ciencia ocupando este lugar de amo. Ciencia que crea necesidades que para nada colman el deseo del sujeto. Se trata de esa necesidad de consumir y las consecuentes patologías del consumo. Se trata de la ciencia como lugar del saber, saber que tapona e impide el discurso, la palabra. (Lacan: El mito individual del neurótico, 1953. Ver también sobre Hegel "Dialéctica del amo y el esclavo", en J. Lacan: Seminario 1, "Los escritos técnicos de Freud" -9 junio de 1954-).

El siglo XIX ha sido su siglo para interrogar y ser interrogadas, espoloneadas por Mary Wollstonecraft[17] con el sufragio femenino o Simone de Beauvoir quien se preguntaba ¿quién es la mujer y donde se encuentra? En un universo dominado por el poder del hombre que dirigía los biológico, la producción y la procreación. Por tanto, ¿Qué desea una mujer? Para el psicoanálisis siempre ha sido un más allá.

¿Satisface su deseo el discurso feminista, científico o las leyes?. La ciencia ha suplantado a la religión. El control sobre el cuerpo en forma de modas, el control de la maternidad, la oferta de igualdad de trabajo, para acabar trabajando el doble, se ha erigido en un nuevo amo de la mujer. ¿De qué manera está afectando a la subjetividad femenina? El feminismo en sus avances, se le critica el hecho de que no supo negociar el papel de la mujer negra, la latina o la judía; no digamos de las lesbianas. Estas últimas van más allá del sexo, no es una mujer, ni económica, ni ideológicamente hablando. ¿Qué será de los hijos adoptados por sujetos homosexuales o lesbianas?

¿Qué puede hacer el psicoanálisis con la declinación del padre? No tenemos como misión variar los deseos, ni educarlos, ni adoctrinarlos. Tan solo podremos ofrecer al analizante adolescente y siempre a través de su propia novela, de su propia vida, de sus síntomas, afirmar: *Esta fue tu madre y este tu padre. Esto es lo que recibiste y por tanto esto es lo que tú eres. Asúmelo.*

Sólo cuando el sujeto asuma su alienación estará en condiciones de que se produzca una separación

---

[17] Mary Wollstonecraft, reivindicaba los derechos de la mujer en el siglo XVIII, época en la cual las ideas de Locke, Rousseau o Kant prevenían del peligro de las mujeres, una prueba más de que la verdad o la igualdad no es patrimonio del saber. Mary, se enfrenta a los prejuicios sociales. Se enamora del vividor Imlay, que más tarde la abandona. La otrora fuerte, segura, luchadora, llora, se arrastra, le implora. Cuando posteriormente, fruto de una segunda relación nace una hija Mary profetiza el destino humano de las mujeres:

"Me angustia pensar en la dependiente condición de su sexo". Fanny, su hija, se suicida 22 años después de manera parecida a como lo intentó su madre, con láudano.

REFLEXIONES ALREDEDOR DE UNA UNIDAD DE PSICOSOMÁTICA EN CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL GENERAL*

M.ª Teresa Pi**

INTRODUCCIÓN

Mónica acaba de cumplir 5 años. Es conocida en el CSMIJ desde los 2 años. Allí se la ha visto de forma esporádica y nunca ha seguido un tratamiento debido a las ausencias. A los 4 años llega a la Unidad de psicosomática. Los síntomas son los mismos de siempre: Trastornos del sueño, de la alimentación, encopresis y aparente hipercinesia en presencia de los padres. La madre pide visita con un psiquiatra pues la pediatra de zona le ha dicho que tiene un trastorno hiperactivo que requiere tratamiento farmacológico. Después de hablar con la madre sobre el tema se acuerda retomar de nuevo un tratamiento a través de consultas terapéuticas madre-hija, incluyendo al padre siempre que sea posible que aparentemente, como siempre, la madre acepta, pero vuelve a faltar a las visitas. Vuelve en dos ocasiones más por la insistencia de la pediatra de la unidad. La última vez, después de que insistiera de nuevo en que un psiquiatra

---

* Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYPNA) que bajo el título “Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia” se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999.

** Psicóloga. Jefe de Servicio del CSMIJ del IAS de Girona. Trabajo realizado junto a: Carlos Esporrin, Pediatra Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Sta. Caterina del IAS de Girona, y los pediatras Graciela Perkal, Jordi Arenas y Francesc Bastida, del mencionado Servicio.

valorara a la niña, se accede a su demanda y se consulta con *una* psiquiatra del equipo del CSMIJ con quien se acuerda trabajar sobre la necesidad de consultas terapéuticas. No acuden a la visita. ¿Cuál es la demanda? La madre de Mónica procede de un medio marginal, fue abandonada por sus padres en la adolescencia y sobrevivió como pudo. El padre de la niña la "rescató" casándose con ella. La relación es difícil, ella no le quiere pero le ofrece una seguridad que no ha tenido antes, él no entiende que a veces ella le rechace, pues debería estar agradecida. En medio está la niña: aliada de la madre y ejerciendo el papel de soldado que lucha contra el padre totalmente fiel a la madre, excepto... por los síntomas. Los síntomas representan ahí la rebelión ante el papel que se le ha asignado. Aparecen estando con los padres. En el colegio es una niña adaptada, con muchas ganas de aprender, que juega con los otros niños y que no presenta trastornos aparentes, aunque el primer mes de escolaridad la maestra tuvo que marcarle unos límites claros y ser firme con ella a la vez que cariñosa y valorarle todo lo que hacía bien, pues su comportamiento era aparentemente el propio de una niña con un trastorno por hiperactividad. Gracias a los síntomas que presenta Mónica puede seguir desarrollándose como sujeto, aunque a costa de una ansiedad importante: Se esfuerza por ser la primera, por trabajar bien... Desde el medio se intenta que pase el mayor tiempo posible en actividades con otros niños y adultos que la acepten por ella misma y no por el papel que ejerce.

La patología psicosomática es quizá la única manera que tiene el bebé de manifestar su malestar cuando los adultos a su cuidado no atienden a otro tipo de manifestaciones (básicamente el llanto>: No existen palabras para explicar lo que le ocurre y si los adultos tampoco las ponen no se puede canalizar y persiste la sintomatología en etapas posteriores ante situaciones difíciles. De todos modos quizá sería peor no tener ese canal y encontrarse ante la nada. Al menos los síntomas somáticos provocan el cuidado de las personas que le rodean y a través de ellos puede obtener la protección que necesita ante las adversidades.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

En el año 1998 se vieron 23 niños y adolescentes en la Unidad. Todos llegaban después de haber pasado por diferentes exploraciones físicas hasta que se penso que podía existir una relación con el psiquismo, retomando la globalidad del ser humano. Las patologías más frecuentes eran cefaleas y abdominalgias (once), aunque también había cinco casos de mareos, uno de ellos con lipotimias, dos de encopresis, un caso de asma, un caso de anorexia, uno con trastornos del sueño, uno de enuresis y Mónica con diferentes síntomas. La edad oscilaba entre los 2 y los 17 años:

0 a 2 años	1
3 a 5 años	2
6 a 8 años	3
9 a 11 años	8
12 a 14 años	7
15 a 17 años	2

Relación de patología por edad y sexo:

Edad	Sexo	cefaleas abdomin.	Mareos lipotimias	Encopres.	Asma	Anorexia	Tr. sueño	Enuresis	Plurisinto matologia
0-2	niño								
	niña	1							
3-5	niño			1					
	niña								1
6-8	niño						1		
	niña	2							
9-11	niño	5							
	niña	3							
12-14	niño			1				1	
	niña		3		1	1			
15-17	niño								
	niña		2						

Como se puede observar desde esta breve aproximación existe una franja entre los 8 y los 11 años en que las somatizaciones a través de cefaleas y/o abdominalgias son frecuentes (los dos casos entre 6-8 años son niñas de 8 años) y parece independiente del sexo. Los mareos parecen ser patrimonio de las chicas adolescentes. De todos modos hay que ampliar la muestra para poder sacar conclusiones.

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS

La mayoría de familias que nos llegan no presentan situaciones tan dramáticas como la descrita al principio, pero podemos hallar algunos puntos en común en todas ellas: son personas de pensamiento concreto, deseosas de ser efectivas, con dificultad para poder hablar de sentimientos y a las que les resulta difícil relacionar el estado psíquico con las alteraciones somáticas o al revés. Necesitan causas palpables y soluciones concretas y efectivas. Una madre después de un accidente doméstico grave de su hijo –tratado en la unidad– al comentarle que debió asustarse y sentirse mal cuando le encontró, explicó que no: *ante situaciones así lo primero que pienso es: ¿qué hay que hacer? Y lo hago. Intento no preocuparme por nada y buscar la solución".*

Ante estas características familiares de la mayoría de pacientes que nos llegan, el tratamiento debe implicar a la familia y facilitar la expresión verbal de sentimientos, además del tratamiento individual que pueda llevarse a cabo. En general han acudido a las visitas pactadas y al final del año 98, ocho de ellos han podido ser dados de alta con remisión de sintomatología y con más capacidad para poder comunicarse afectivamente.

Pensamos que la división psique - soma va siendo superada en el imaginario colectivo y la colaboración entre cuidadores del soma y de la psique es sumamente importante para ofrecer al individuo el reconocimiento como sujeto global:

pudiendo permitirle el sufrimiento psíquico ante la presencia de una enfermedad orgánica y a la vez ofreciéndole una escucha a sus somatizaciones como reflejo de los avatares que presionan su psiquismo.

PSICOTERAPIA CON NIÑOS PEQUEÑOS*

Lucía Álvarez-Buylla Bustillo**

Cuando empecé a pensar sobre los casos que vemos en la clínica de niños hasta los seis años, la primera pregunta que se me vino a la cabeza fue, ¿qué es lo que hace que al final de una evaluación hagamos una indicación de psicoterapia, o de consulta terapéutica, o que enviemos a la madre o al padre a tratamiento sea de terapia breve, psicomotricidad... etc.

En realidad la sintomatología no es muy diferente en los casos graves y en los leves. A esta edad, nos vamos a encontrar, que los padres consultan por, trastornos de la alimentación, dificultades con el sueño, enuresis retrasos en el desarrollo, hiperactividad, rabietas mal manejo de la agresión, intolerancia a la frustración o incumplimiento de normas. ¿Cómo saber, con los niños que tienen una sintomatología parecida en que casos estaría indicada una psicoterapia y en cuáles con varias consultas terapéuticas se resolverla el problema?

¿Se Podría considerar el cuadro clínico como una crisis del desarrollo que no requiere intervención?.¿Son los padres los que necesitan ayuda, pero solo Pueden pedirla a través de su hijo? - En realidad el interés por la infancia, la empatía necesa-

---

* Ponencia presentada en el I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 11-CI-C: [19 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa11/conferencias/11_ci_c.htm.

** Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños y adolescentes en el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. Coordinadora del Área IV de la Comunidad de Madrid del Programa de Infancia y Adolescencia.

ria para poder ponerse en el lugar del niño y la pediatría no se desarrolla hasta el siglo XVIII, como explica LLoyd de Mause en su libro “Historia de la infancia”, los padres no se relacionaban con los hijos de la misma manera a lo largo de los siglos. Para él la fuerza central del cambio histórico no es la tecnológica ni la económica, sino los cambios psicogénicos de la personalidad, resultantes de las interacciones entre padres e hijos en sucesivas generaciones. Para que se mantengan determinados rasgos culturales, se han de dar determinadas experiencias infantiles, y una vez que esas experiencias ya no se dan, los rasgos desaparecen. Esto da una idea de la importancia que tiene en la clínica de los niños y adolescentes la historia de los padres, el origen de la evolución en las relaciones paterno-filiales se halla en la capacidad de sucesivas generaciones de padres para regresar a la edad psíquica de los hijos y pasar por las ansiedades de esa edad en mejores condiciones esta segunda vez que en su propia infancia.

Sería la evaluación cuidadosamente hecha la que nos llevaría a elegir el tipo de tratamiento, después de valorar todos los factores que influyen en el crecimiento de un niño, tanto los de orden interno como los debidos al medio. En general la psicoterapia estaría indicada en los casos de niños con trastornos emocionales que parecen ser lo suficientemente permanentes corno para impedir la actuación de las fuerzas de madurez y desarrollo, y me estoy refiriendo a un tipo de terapia interpretativa, dirigido a poner de manifiesto los conflictos intrapsíquicos.

Con respecto al niño habría que valorar, su estructura (neurótica, psicótica), su sintomatología, el momento evolutivo en el que está pues no tiene el mismo valor una enuresis a los tres, cuatro años que a los doce, o los terrores nocturnos durante la configuración del Edipo o en la latencia, su capacidad de insight, el estado de sus defensas, si hay una detención del desarrollo o si por el contrario la evolución ha sido armónica y se ha producido una regresión posteriormente si el niño sufre con lo que le pasa y su evolución desde el naci-

mientos, si ha ido alcanzando los hitos evolutivos adecuadamente o si tenemos la impresión de que en el crecer va siempre con la lengua fuera.

El análisis de todos estos factores es lo que nos va a dar con respecto al niño una idea por ejemplo, de si ese retraso en la adquisición del lenguaje es una pequeña disarmonía evolutiva o está indicando una dificultad de separación grave, o es el pequeño de la casa y todos quieren tener un bebé el mayor tiempo posible.

Con respecto a los padres habría que tener en cuenta su disponibilidad, el investimiento del niño **y** lo que está representando para ellos. No me voy a detener en esto ahora por que volveré sobre ello más tarde, pero si quiero hacer hincapié en otro factor, que sobre todo en la asistencia pública tiene importancia, y es que una vez evaluado correctamente el caso y hecha la indicación terapéutica el tratamiento debe ser factible, el terapeuta debe poder tener el tiempo necesario para hacerlo, los padres deben entenderlo y aceptar lo que va a suponer para ellos un tratamiento para el niño a largo plazo.

Quizá Podamos considerar que lo mejor es enemigo de lo bueno, y que a veces aunque lo indicado sería una psicoterapia individual a largo plazo, lo posible es una serie de entrevistas en las que se pueden interpretar a los padres delante de los hijos determinadas conductas que están en relación con su propia historia, y que pueden producir pequeños cambios que permitan al *niño* evolucionar. A veces lo único posible es transmitirle a los niños que entendemos su sufrimiento y que ahora son pequeños y dependen de otros, pero que hay un lugar donde se pueden poner palabras a las cosas, y que cuando crezcan lo pueden buscar.

La psicoterapia de la que voy a hablar hoy es la psicoterapia de orientación psicoanalítica, voy a empezar haciendo un breve repaso histórico del inicio del trabajo con niños, y como no, la primera referencia obligada es S. Freud con caso del pequeño Hans, una fobia en un niño de cinco años, cuyo trata-

miento se llevó a cabo a través del padre. Esto sucedió en 1909, y en 1913 Sandor Ferenczi hizo el primer intento de tratamiento psicoanalítico de un niño sin intermediarios, pero pronto halló que los niños no querían hablar sino jugar y dedujo que el método psicoanalítico no era aplicable a niños. Henninia Hug-Hellmut en 1921 publica un trabajo sobre el juego como medio de tratamiento emocional para niños trastornados.

Pero fue Melanie Klein y posteriormente Anna Freud, la que desarrolló una técnica del juego específica, ya que consideraba que éste era el método natural de comunicación del niño, y que su manejo del lenguaje era mucho más pobre que el de un adulto. Para ella, la caja de juguetes y el juego que se desarrollaba en la sesión analítica equivalía a la relación transferencias verbal del adulto, y lo trataba de manera equivalente. Es decir, habría una caja de juguetes para cada niño, que se abriría al iniciarse la sesión y se cerraría antes de que el niño abandonase el despacho. Los juguetes representarían objetos internos del niño, a veces dañados, y el juego la relación con esos objetos.

Siguiendo con el esquema de J. Ingelmo y Mª I. Ramos, para considerar que un tratamiento constituya un sistema de psicoterapia es necesario que exista una coherencia lógica entre la teoría del trastorno (que daría respuesta a la pregunta, ¿Cómo se producen los trastornos mentales?; teoría etiopatogénica). La teoría de la cura (que daría respuesta a la pregunta ¿cómo se modifican los trastornos mentales; teoría del cambio psíquico) y las técnicas empleadas (que daría respuesta a la pregunta ¿ qué instrumentos son los más adecuados para producir una modificación de los trastornos?: teoría de la técnica). Y también es necesario que exista una coherencia con la teoría que da cuenta del inconsciente, de sus orígenes, constitución y funcionamiento.

Actualmente se podrían considerar cuatro corrientes fundamentales en la psicoterapia de los niños y adolescentes**,** que voy a desarrollar brevemente.

1. La de M. Klein y sus seguidores de la escuela post-Kleiniana, que consideran que la realidad externa desempeña un papel secundario en la estructuración de psiquismo y que es la fantasía inconsciente y las pulsiones las que determinan el desarrollo del sujeto, el yo estaría constituido desde el nacimiento, así como la relación reciproca investida pulsionalmente entre la madre y el niño, y los deseos y fantasmas del este los expresaría en el tratamiento de un modo simbólico en el tratamiento mediante el juego. El fantasma sería "una actividad mental que acompaña y subyace desde el nacimiento a todo proceso psíquico. El fantasma inconsciente es la representación psíquica del instinto y tiene su origen en las sensaciones corporales de base que se atribuyen de inmediato a un objeto que sería el responsable. Estas sensaciones se representan primariamente como una relación de objeto" (Laplanche-pontalis). También sostienen siguiendo los planteamientos freudianos más clásicos, que los trastornos mentales tienen su origen en un conflicto intrapsíquico, que el Principal factor terapéutico es la ampliación de la conciencia y que el cambio psíquico se produciría solo por la interpretación.

2. La segunda corriente estaría representada por la escuela objetal inglesa, Balint con su concepto de la "falta Básica", Winnicott los psicosomáticos franceses Marty y Fain, y Kohut y Mahler, sostiene que los trastornos mentales tienen su origen en un déficit en la estructuración del psiquismo debido a que les falta algo que debió ser provisto por el medio, una madre no "suficientemente buena" que frustró al niño en un momento en que no podía hacerse cargo de la realidad. Que el Principal factor terapéutico es la experiencia emocional y que la herramienta fundamental de curación, seria la relación y el sostén del terapeuta.

3. La de los discípulos de Anna Freud, que hacen hincapié en la diferencia entre neurosis que se daría en niños psíquicamente bien estructurados que sufren una regresión, y los

trastornos del desarrollo mucho más graves y no tratables mediante psicoterapia

4. Aquí podrían situarse los discípulos de Lacan que consideran en el extremo opuesto de los Kleinianos, que la enfermedad de los niños es el síntoma de los padres, el cual ocuparía, un lugar en relación a la pareja, o bien como síntoma de la pareja, lo que daría lugar a un trastorno neurótico en el niño, o bien como objeto en el fantasma de la madre, lo que daría lugar a un trastorno psicótico.

En este momento nadie discute el valor del juego como instrumento terapéutico en la psicoterapia con niños. El juego tiene el valor en el niño de transformar en actividad lo que ha sufrido pasivamente, para a través de la repetición dominar una situación conflictiva o traumática que le hace sentir a lo largo del desarrollo su indefensión y dependencia, es también para él un medio de comunicación, un vehículo de expresión **y** un medio de sublimación.

Habría muchas variaciones individuales en cuanto al contenido de la caja (pocas cosas y muy simples, familia, cuerda, pegamento, papel, lápices, coches, tijeras y en general los elementos que permitan más fácilmente la proyección y simbolización) y también en cuanto el desarrollo de la técnica, participar en el juego del niño mientras puedas mantener una distancia objetiva y no te impida observar o pensar, y no permitir juegos que puedan dañar al niño, al terapeuta o a la consulta.

LA CONSULTA TERAPÉUTICA

Winnicott ha sido el que más atención ha prestado a la consulta terapéutica. Este tipo de intervención estaría indicada en niños pequeños y después de hacer una valoración cuidadosa de la calidad del entorno inmediato del niño. Para él, la existencia de factores potentes y continuamente hostiles, constituye una contraindicación para la intervención terapéuti-

ca breve, y aunque muchas veces constata que la sintomatología de los niños refleja la enfermedad de uno o de ambos padres, centra la acción terapéutica directamente en el niño. Utiliza la técnica del garabato" y basa el efecto terapéutico en la confianza que inspira en el niño. La interpretación del inconsciente no es esencial en su enfoque, las entrevistas suelen estar espaciadas y su duración es variable.

Manzano y Palacio en Suiza han conceptualizado los tipos de intervenciones breves que se darían básicamente en un servicio público. Siguiendo su esquema, la indicación de intervención terapéutica breve, se daría en los casos en los que el niño y sus manifestaciones sintomáticas, desempeñan un papel en la economía psíquica de la madre, permitiéndole reencontrar un objeto perdido en el que el duelo es todavía conflictivo, proyectando sobre el hijo ese objeto al que de hecho viene a sustituir. Con el resultado de la ambivalencia que acompaña a todo duelo patológico. Las manifestaciones "patológicas" del niño representan los aspectos dañinos o persecutorios del objeto, pero también permiten la recuperación del vínculo libidinal con él. Hay un predominio de un vínculo libidinal que es lo que facilita la instauración de una pretransferencia positiva con el psiquiatra, lo que constituye la indicación para una intervención breve.

Habría una subforma clínica de esta dinámica típica, que seria cuando los padres adoptan frente al hijo una actitud contraria y reactiva, a la que han vivido por parte de sus propios padres con respecto a ellos. Se daría con tres problemáticas:

Cuando el padre se vuelve hipertolerante con su hijo como reacción a su propio padre que él ha vivido como colérico, intransigente y agresivo.

Trastornos de la alimentación en bebes, cuyas madres se han sentido privadas del interés y del afecto maternal e invaden a sus niños con conductas entrometidas, el rechazo en la alimentación lo convertiría en el blanco de los reproches con relación a su propia madre y

Cuando el padre mantiene una actitud contraria y de reacción frente a la de un padre vivido como alguien que abandona y rechaza. Se vuelve hipersolícito y crea en el niño trastornos del sueño pero también crisis de cólera y agresividad. Posteriormente el padre requeriría una psicoterapia a largo plazo para elaborar los intensos sentimientos depresivos subyacentes.

Habría también un tercer tipo de casos, en los que aunque de entrada haya una transferencia positiva, las características del niño no pueden ya considerarse esencialmente un síntoma de la madre, sino como un síntoma común a la madre y al niño. Lo que quiere decir que se establece una formación de compromiso que también desempeña un papel en la economía psíquica del niño. En estos casos a pesar de la desaparición de los síntomas después de una intervención breve, es necesario un tratamiento a más largo plazo de la madre o del niño.

Resumiendo la indicación de consulta terapéutica para dichos autores, sería la de una madre en situación de crisis con un duelo sin elaborar, con la que se da una pretransferencia positiva y el papel de la interpretación como factor de cambio.

En mi experiencia, las derivaciones a salud mental en los niños pequeños son situaciones simbióticas que se desarrollarían en una escala, desde la psicosis con una indiferenciación madre-hijo sin presencia de un tercero, hasta dificultades de separación leves. Suele tratarse de madres que no han podido hacer una separación exitosa de sus propias madres y que repiten con sus hijos su propia historia, el padre está ausente o ajeno a la situación, hay un sufrimiento muy importante en la relación madre-hijo, y el niño se siente atrapado y detenido en su desarrollo. Cuando se indaga en la historia evolutiva de los padres, rara vez aparecen datos que aporten luz a la situación, solo un funcionamiento inconsistente y negador. El tratamiento de esos casos que en general tienen buen pronóstico, es largo con una sesión semanal durante uno o dos años. Al principio las sesiones son conjuntas madre-hijo y posteriormente solo

con el niño. Mis intervenciones van dirigidas a crear un espacio transicional, facilitador, en el que poco a poco la madre va sintiéndose con derecho a ser madre, a poner normas, a incluir al padre. Hasta que no se dan una serie de cambios en la relación entre los dos en el espacio terapéutico, el niño no puede empezar a evolucionar y cuando lo hace es el momento de iniciar la psicoterapia individual, ya que al haberse modificado los comportamientos maternos, el niño puede establecer nuevos vínculos con la ayuda de la interpretación. Casi siempre la derivación se hace a través del pediatra que lo envía por diversos motivos, sin que haya una conciencia clara por su parte de lo grave que puede llegar a ser el cuadro.

Rara vez derivan para evaluación y tratamiento trastornos de alimentación en lactantes. Algún que otro cuadro regresivo debido a acontecimientos externos, como nacimiento de un hermano, separación de los padres, dificultad para aceptar normas, y baja tolerancia a la frustración. En realidad las indicaciones clásicas de psicoterapia psicoanalítica individual, difícilmente se da en la primera infancia, porque entre otros factores las neurosis mas o menos estructuradas no aparecen clínicamente hasta la latencia. En resumen en mi experiencia, las dificultades mayores en el tratamiento de niños pequeños estriba en que ni los padres ni el medio que los rodea, médicos de atención primaria, profesores de jardín de infancia o familiares cercanos no perciben la posible gravedad de la situación, por lo que los padres no piden ayuda hasta que la situación se hace insostenible, el cuadro clínico se ha cronificado y el tratamiento se hace muy difícil y con pronostico incierto, teniendo en cuenta la escasez de recursos en la Asistencia pública.

HISTORIA CLÍNICA

El paciente, un varón de tres años y siete meses, llega a la consulta derivado por el pediatra de atención primaria. La

madre había ido a consultar por otro motivo distinto, pero el niño cogió una rabieta tan impresionante en la consulta, que el pediatra lo derivó inmediatamente a salud mental, a la madre no se le hubiera ocurrido nunca consultar por ello.

Llegan puntualmente, la abuela materna, la madre **y** el niño. La madre explica el motivo de consulta **y** añade " pero el niño está bien, no le pasa nada". Es una mujer grande con sobrepeso, bien arreglada, que no tiene manos suficientes para sujetar al niño mientras hablamos. La abuela colabora activamente, cazándolo al vuelo cuando salta cerca de ella.

La madre va hablando espontáneamente. " Si que está un poco enmadrado sabe usted, nunca quiere quedarse con nadie, llora todos los días al llegar al colegio, pero una vez que me voy se calla y la profesora dice que está bien integrado en la clase y juega con los otros niños".

En este caos de entrevista con abuela y niño persiguiéndose a gritos por el despacho, sin que el niño preste ninguna atención a las ordenes de la madre, decido intervenir y ver las dificultades reales de separación del niño. Me dirijo a él y le propongo quedarnos solos, en ese momento se sube encima de la madre se agarra a ella con total desesperación y empieza a llorar con gritos desgarradores. Le digo que no se va a quedar a solas conmigo si no quiere, ¿quizá la próxima vez que venga que ya me conoce?.

Diez días más tarde volvemos a vernos, esta vez no acude la abuela, ¿Se habrá sentido la madre autorizada por mí a separarse de su propia madre?. Desde que se levantaron madre e hijo están con el hacha de guerra desenterrada, porque no le dejó beber en la taza del cole, tiró el desayuno, gritos, llantos, pataleta, y a cuenta de eso se pelearon ella **y** el marido **y** ella se puso fatal. El niño permanece sentado al lado de la madre y cogido de su mano, le pide el chupete, no se entiende lo que dice, no quiere quedarse conmigo, pero no corre ni grita, solo da patadas a la mesa. Hablamos del tema que trae la madre, que ya habíamos tocado brevemente en la

entrevista anterior, la relación con el marido que no quiere venir. “Porque cree que al niño no le pasa nada, y si le pasara que no es probable la culpa entera seria de la madre, o sea que para que va a venir ya que, el niño le obedece **y** con él se porta correctamente “. Parece haberse producido un efecto “ dominó” y la madre también se separa del padre peleándose con él.

Como se puede imaginar a la entrevista en que cito a los padres acude la madre sola. El niño tiene un retraso evolutivo global, ansiedad de separación grave, retraso en la adquisición del lenguaje, bajísima tolerancia a la frustración, mal manejo de la agresión, hiperactividad, no ha alcanzado los hitos evolutivos que le corresponden por el desarrollo. Aunque físicamente se corresponde con su edad cronológica, psíquicamente está en un estado indiferenciado con respecto a la madre. En cuanto al desarrollo libidinal nunca ha alcanzado la fase que le corresponde por edad. Tiene un narcisismo dependiente de otros, no hay constancia objetal, esta exclusivamente centrado en sí mismo.

En cuanto a la historia de los padres, se casaron muy jóvenes, ella no quería tener hijos, lo tuvieron por que él se empeñó, hasta entonces dice la madre, todo bien en la pareja, “ aunque a él no le gusta salir y a mi sí. Salimos por separado, yo voy los fines de semana con un grupo al que le gusta ir a bailar y el niño se queda con los abuelos”.

La historia familiar de los padres no aporta ningún dato de interés, la madre está en situación de crisis aunque no es ella la que pide ayuda, el padre no parece poder tolerar la competencia con su hijo y se muestra incapaz de hacer de tercero. Hay una relación pretransferencial positiva de la madre conmigo. Puede escuchar lo que le digo y se dan pequeños cambios en la relación con su hijo, ahora duerme solo **y** no está todo el día con el chupete en la boca, pero las rabietas siguen igual a poco que se le contradiga.

Estamos en la cuarta entrevista, y la madre dice que ha pasado bien la semana, cuando le sugiero que acerque la silla a la mesa, se pone a llorar, a pegar a la madre y a gritar, ¿por que deja que le pegue? Le digo a la madre que soporta los golpes sin defenderse y sin sujetar al niño, la madre entonces le contiene en mí presencia, pero el llanto no cesa, hay un silencio en la sala de espera que compartimos varios despachos sobrecogedor, no puedo soportar por más tiempo el llanto y adelanto el final de la sesión.

A partir de esta sesión el niño se puede quedar solo conmigo en el despacho, primero con la puerta abierta, después entrando y saliendo varias veces para ver a la madre. Parece que se mantienen los limites en casa. ¿Pero están consolidados los pequeños cambios adquiridos?.

En este punto me planteo que hacer, el caso claramente no reúne las características de una intervención terapéutica breve. El niño no representa una relación libidinal positiva debido a un duelo sin resolver de los padres, sino que parece representar la evacuación de un objeto o parte de él, una proyección interna de la madre. Con el padre no se puede contar para que haga de tercero y tampoco hay una relación de pareja satisfactoria. El nivel intelectual de la madre es bajo y su disponibilidad psíquica para iniciar un tratamiento de psicoterapia de ella o del niño parece inviable por el momento.

Parece que este caso estaría entre los del tercer tipo descrito anteriormente, en los que hay una transferencia positiva pero el niño no puede considerarse un síntoma de la madre sino común a ambos, lo que aunque lleve a la desaparición de los síntomas en un plazo breve, seria necesario un tratamiento más a largo plazo de la madre o del niño.

Desde la primera entrevista de evaluación en Octubre del 97, nos hemos visto quince veces. Los padres se han separado, parece ser que el padre estaba ya con otra mujer desde la primera vez que vinieron, aunque la madre no lo sabia, la madre se ha puesto a trabajar **y** mantiene su propia casa,

resistiéndose a la tentación de ir a vivir con sus propios padres, la mejoría sintomática del niño se mantiene pero no avanza como debiera. La disponibilidad de la madre para traerle es mucho menor y a veces le acompaña la abuela. ¿ Cuánto tiempo más le veré en forma de entrevistas terapéuticas?. Yo pensé cuando empecé a verlos que era un caso perdido, más tarde como muchas veces sucede en la asistencia publica si se crea el espacio transicional facilitador hay una evolución, pero en este momento para iniciar un verdadero tratamiento de psicoterapia haría falta una demanda, que no se da ni por parte de la madre ni del niño. La partida de ajedrez está detenida, y para poder seguir jugándola seria necesario algún cambio. ¿Espero a que se produzca sin modificar nada, Le doy el alta **y** espero a que en el futuro se produzca la demanda?.

PSICOANALISIS, PSICOTERAPIA Y SEGUIMIENTO*

Dra. Vera Campo**

La meta de este trabajo es aclarar algunos malentendidos, por cierto muy extendidos especialmente entre psicoanalistas pero algo menos entre psicoterapeutas, respecto de las ventajas del seguimiento por medio de tests psicológicos (específicamente el Rorschach y el Test de Relaciones Objetales de Phillipson). También con este fin intenta incluir, en alguna medida, los trabajos realizados en este campo tan apasionante, pero poco explorado en nuestro medio.

1. EL SEGUIMIENTO

"El seguimiento es un procedimiento que ofrece información sobre los pacientes, la posibilidad de confrontar la perspectiva del terapeuta con la del diagnosticador y una ayuda para conceptualizar lo que el terapeuta experimenta en las sesiones con ellos. Es un elemento de ayuda para éste en la medida que permite evaluar la progresión de sus tratamientos, como también para el paciente que puede confrontar la situación presente con otro profesional.

El seguimiento es también una herramienta para la investigación sobre los tratamientos y sobre las técnicas de explora-

---

* Comunicación presentada en "VIII Jornadas de Psicoanálisis en la Universidad de Lleida, Facultad de Medicina", celebradas en Lleida el 31 de marzo y 1 de abril de 2000.

** Psicoanalista

ción psicológica en sí mismas. Representa una cierta objetivización necesaria para los investigadores y teóricos, siendo ésta una de las pocas ocasiones que el diagnosticador tiene para comprobar sus hipótesis y evaluar la validez de sus instrumentos.

Precisa de un encuadre adecuado para contener las expectativas y ansiedades que como experiencia relacional despierta en todos los participantes. La relación terapéutica bipersonal se abre en el seguimiento a un tercero, real, lo que puede generar movimientos triangulares, transferenciales y contratransferenciales que podrían convertir un proceso de ayuda en una interferencia de no ser contenidos [esto es, comprendidos y elaborados].

Requiere de una alianza de trabajo entre evaluador y terapeuta a la vez que con el paciente y, en el caso de niños, con los padres. Esta alianza de trabajo significa ponerse de acuerdo, establecer un procedimiento general y adaptarlo a cada situación particular. (Por ejemplo, el psicodiagnosticador informa al paciente y envía -o no- su informe al terapeuta o el terapeuta transmite el informe a su paciente)...La ayuda al terapeuta proviene de la nueva perspectiva que el seguimiento le puede dar. El terapeuta ve al paciente a lo largo del proceso, en el día a día del trabajo, lo que puede dificultar constatar la magnitud de los cambios, la comparación de aquel paciente que llegó con el que es ahora, o sea que, en ocasiones, los árboles le impiden ver el bosque." (Campo & Royo, 1989).

2. TEST Y SEGUIMIENTO

Los estudios de seguimiento, por ejemplo con el Rorschach, no sólo arrojan luz sobre la fase previa al proceso terapéutico, el diagnóstico, perfilándolo, y ayuda a establecer un pronóstico, sino asimismo contribuye a orientar el tratamiento -en el caso de tratarse de una psicoterapia breve o focal, a planificarlo. Esto último en el sentido de señalar áreas de conflic-

to o aspectos específicos del mismo, y también qué peligros pueden acechar en el camino de la terapia y qué dotes positivas -y negativas- aporta el sujeto a la misma. Además, ayudan a aclarar puntos o momentos oscuros del tratamiento y, por último, a evaluar el trabajo terapéutico realizado.

La bibliografía en este campo de la aplicación del Rorschach es muchísimo más escasa que en el campo del diagnóstico, con algunas excepciones casi todas referidas a adultos; con los niños la escasez de experiencias es aún mucho mayor.

Creo necesario referirme brevemente a otro punto importante que es el de la conveniencia de un examen psicológico antes del inicio de un proceso psicoterapéutico. Así lo señala W. Klopfer (1964) al destacar que el valor de la evaluación psicológica previa a la psicoterapia reside en la ineludible necesidad de comprender los problemas del paciente; no sólo para poder planificar el tratamiento, sino también para prever dificultades durante su desarrollo. En este sentido enfatiza la ayuda que representan los tests proyectivos, entre otras técnicas de evaluación, que, de no se utilizadas, convierten al psicólogo terapeuta en un "omnipotente ciego intentando guiar a otro ciego": el paciente.

Halpern (1953) recomienda el Rorschach como medio para aliviar, abreviar y aclarar el trabajo psicoterapéutico con niños, y señala que el test sin duda enriquece la información derivada de las primeras entrevistas con padres y niño. Y subraya: "Mientras que sus contactos (del terapeuta) con el niño en la relación terapéutica eventualmente proveerán esta información, los hallazgos del Rorschach la ofrecen anticipadamente, y así le ayudan a evitar ciertos rodeos y callejones sin salida. Con la evaluación e información ofrecida por los resultados del test, el terapeuta puede determinar más fácilmente el tipo de relación terapéutica que se desarrollará, hasta dónde puede avanzar con el trabajo con un niño en particular, y qué podrá esperar a la terminación del tratamiento" (p. 261). También enfatiza que "Un número de terapeutas han comentado el hecho que los hallazgos del Rorschach frecuentemente son

más indicativos de lo que probablemente ocurra dentro de seis meses o un año que del ajuste inmediato". (p. 264).

Además, y siguiendo a Klopfer y Spiegelman (1956) "La comparación de observaciones de la terapia con cambios concomitantes en el cuadro arrojado por las pruebas diagnósticas puede ofrecer seguridad de que los cambios de conducta durante la terapia no son meramente expresiones de reacciones transferenciales, sino que se hallan enraizadas en cambios reales en la organización de la personalidad. A su vez esto facilita las decisiones respecto del tiempo óptimo para la terminación del tratamiento y puede proveer valiosas comprensiones de la naturaleza del proceso terapéutico" (p. 86).

Asimismo Malan (1976) realza la utilidad de las técnicas proyectivas para una correcta selección de pacientes candidatos a ser tratados por medio de la psicoterapia breve.

Para finalizar, Appelbaum (1990) no cree necesaria la "regla" de que el terapeuta no administre tests a sus pacientes mientras lo haga tempranamente en la relación y el paciente pueda explorar su reacción a ellos. Considera la separación entre psicodiagnosticador, terapeuta y paciente "un desafortunado accidente histórico". Tampoco cree que el testar previo es menos necesario en psicoanálisis que en terapias más breves.

3. ACERCA DE LA "INTERFERENCIA"

Entonces, ¿qué problemas específicos plantea la inclusión de un tercero? Pichon Riviere mantenía que "todo es analizable"; otro conocido analista comentó irónicamente "analizando ya tengo suficientes problemas". Un tercer punto de vista podría ser: "¿Para qué un diagnóstico previo si con mi -o mis- entrevistas de comienzo ya tengo suficiente información?". Y aquí emerge uno de los motivos de su rechazo, que se derivarían por una parte de una falta de información acerca de lo que puede dar de sí un buen psicodiagnóstico -por ejemplo, una más clara motivación para tratarse además de indicar el tipo

de tratamiento necesario en cada caso- y por la otra, de la idealización de la entrevista psicoanalítica -que, entre paréntesis, para ser efectiva depende de una gran experiencia clínica. El argumento, tan esgrimido al comienzo del tratamiento, de que el terapeuta desea ser "virgen" respecto de su paciente, suscita una sonrisa porque nunca se es absolutamente virgen y además, siempre se puede leer el informe psicológico después de haber visto al paciente y haberse formado su propia impresión. Sin embargo, sí es verdad que si el terapeuta se propone trabajar "sin memoria y sin deseo" (Bion, 1969) toda información externa a la relación terapéutica puede significar un impedimento (comunicación personal de Enrique de La Lama, Barcelona, 2000).

También es cierto e imprescindible que en la situación de seguimiento, el psicodiagnosticador tiene que ser discreto, entender los límites de su intervención y respetar la relación terapeuta-paciente.

4. LA INVESTIGACIÓN EN PSICOANÁLISIS Y PSICOTERAPIA

Después de la gran investigación con el Rorschach, el T.A.T. y otras pruebas llevada a cabo en los Estados Unidos en el Instituo de Boston y en la Clínica Menninger respecto de los resultados terapéuticos en tratamientos psicoanalíticos y psicoterapias psicoanalíticas -y posteriormente en Inglaterra (Malan, 1976)-, poco es lo que se ha investigado de manera organizada en este campo: Con escasas excepciones, las publicaciones de C. A. Paz y colaboradores (1980, 1992), de Weiner y Exner (1990) y de Exner y Andronikof-Sanglade (1992) con el Rorschach en el seguimiento de diversos métodos terapéuticos, y de trabajos puntuales con este instrumento y el Test de Relaciones Objetales (TRO) en el mismo sentido (Campo 1997, Campo y colaboradores 1988, 1995, 1998; Geller 1990; Meltzer, 1993; Sember y colaboradores, 1995; Vives, 1995).

En mi opinión este freno a la investigación se debería a la resistencia- consecuencia de ciertas posturas teóricas pero asimismo de una mezcla de desconfianza e ignorancia- contra la interferencia de un tercero en el proceso terapéutico, especialmente en el ámbito psicoanalítico "ortodoxo". En este campo y a pesar de los múltiples, complejos y costosos esfuerzos realizados en varios institutos psicoanalíticos norteamericanos (por lo menos en una veintena de publicaciones) pero sin recurrir a las técnicas proyectivas, con excepción de los trabajos de Kantrowitz y su grupo, y de Blatt, no parece haberse llegado a conclusiones muy concretas.

Con todo, es a través de esos trabajos puntuales que sí es posible constatar la utilidad del Rorschach y del TRO en el seguimiento terapéutico, en el sentido que ambos instrumentos son capaces de iluminar los cambios habidos en aspectos muy importantes de la estructura afectiva, cognitiva, de personalidad, relaciones objetales y defensas, de sujetos en tratamientos tanto psicoanalíticos como psicoterapéuticos. Además de aclarar el pronóstico y por tanto la planificación terapéutica cuando necesaria, de gran ayuda en momentos de "impasse" y también de decidir el alta.

5. EVALUACIÓN DEL CAMBIO

Evidentemente lo realiza el terapeuta a lo largo del tratamiento a través de la relación con el paciente. ¿Pero en qué consiste este cambio? ¿La resolución de la neurosis de transferencia? ¿La mayor fortaleza del yo? ¿La calidad diferente de los vínculos objetales? ¿O se trata del beneficio terapéutico general, interno y externo?, ETC. Todo esto y mucho más se puede ***medir*** con un Rorschach que describe aspectos estructurales de la personalidad y que junto a un Phillipson, que informa más sobre las relaciones objetales, ofrece una información comparativa precisa y muy completa.

Los métodos observacionales y los auto-informes en todas las numerosas investigaciones llevadas a cabo sobre todo por

institutos y analistas en los Estados Unidos, centradas en la analizabilidad y en los resultados del psicoanálisis, no llegaron a conclusiones significativas respecto del cambio y de los beneficios de esa terapia a largo plazo (Bellak & Meyers, 1975; Erle, 1979, 1979, 1982; Greenspan & Cullander, 1973; Limentani, 1972; Kantrowitz y colab., 1986, 1987, 1989, 1990; Pfeffer, 1959; Sashin y colab., 1975; Schachter, 1989; Schlesinger & Robbins, 1974; Wallerstein, 1989, para citar algunos).

Con la excepción de los trabajos de Kantrowitz y su grupo (1986, 1987, 1989) de Blatt (1992) y de Cramer & Blatt (1990) que trabajaron con tests -Rorschach y TAT-, cuya ventaja desde el punto de vista metodológico reside en que no están envueltos como el paciente, ni con el terapeuta y tampoco con los observadores parientes. La primera autora describe la evolución **positiva** de los afectos, las relaciones objetales y el ajuste entre paciente y analista; en cuanto al ajuste, encontró que lo que facilitó el proceso analítico fue que el estilo característico del analista ofreció alguna cualidad que estaba inhibida, faltaba o era deficiente en el paciente y que éste por identificación lograba compensar, aparte de su identificación con la función analizadora. Mientras que el segundo autor estudia la relación entre personalidad -anaclítica o introyectiva- e identidad en relación al éxito o fracaso de dos tipos de intervención terapéutica: psicoanálisis vs. psicoterapia analítica.

Por su parte Wallerstein (1992) plantea la impredecibilidad (Kantrowitz, Boston) y la predecibilidad (Blatt, Menninger) respecto de los beneficios del tratamiento psicoanalítico en base a estos dos estudios más fundamentales realizados en los Estados Unidos. En todo caso cabe mencionar que tanto Weiner y Exner (1990) como Exner y Andronikof-Sanglade (1992) aparte de ofrecer una excelente metodología para analizar los cambios por medio del Rorschach, probaron fehacientemente que los tratamientos más largos evidencian cambios más profundos y duraderos.

REFERENCIAS

APPELBAUM, S. A. (1990). The Relatioship between assessment and psychotherapy. *Journal of Personality Assessment, 54,* (3-4), 791- 801.

BELLAK, L. & MEYERS, B. (1975). Ego function assessment and analyzability. *International Review Psychoanalysis*, 413-427.

BION, W. R. (1969). Notas sobre la memoria y el deseo. *Revista de Psicoanálisis*.

BLATT, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *Journal American Psychoanalytic Association, 40*, 3, 691-724.

CAMPO, V. (1995). *Estudios Clínicos con el Rorschach en Niños, Adolescentes y Adultos*. Barcelona: Paidós.

CAMPO, V. (1997). Variations of Rorachach variables in therapeutic follow-up. *British Journal of Projective Psychology, 42*, 1, 15-26.

CAMPO, V. DOW, N. & Tuset A. M. (1988). Rorschach, ORT and follow-up. *British Journal of Projective Psychology, 32*, 2, 31-53.

CAMPO, V. & DOW, N. (1995). Estabilidad de los items del TRO en la investigación del seguimiento terapéutico. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, 8*, 11-119.

CAMPO, V. & ROYO, R. (1989). Las técnicas proyectivas en el seguimiento de tratamientos. Trabajo presentado en el XIV Congreso de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, Madrid.

CRAMER, P. & BLATT, S. J. (1990). Use of the TAT to measure change in defense mechanisms following intensive psychotherapy. *Journal of Personality Assessment, 54*, (1-2), 236-251.

ERLE, J. B. & GOLDBERG, D. A. (1979). Problems in the assessment of analyzability. *Psychoanalytic Quarterly, 48*, 48-84.

ERLE, J. B. (1979). An approach to the study of analyzability and analyses: The course of 40 consecutive cases selected for supervised analysis. *Psychoanalytic Quarterly, 48*, 198-228.

EXNER, J. E. & ANDRONIKOF-SANGLADE, A. (1992). Rorschach changes following brief and short-term therapy. *Journal of Personality Assessment, 59*, (1), 59-71.

GELLER, S. C. (1990). Objective measurement of change in psychoanalysis assessed by the Comprehensive Rorschach System. *British Journal of Projective Psychology, 35*, 1, 67-77.

GREENSPAN, S. I. & CULLANDER, C. C. H. (1973). A systematic metapsychological assessment of the personality -its application to the problem of analyzability. *Journal American Psychoanalytic Association*, 302-327.

KANTROWITZ, J. L., SINGER, J. G. & KNAPP, P. H. (1975). Methodology for a prospective study of suitability for psychoanalysis: The role of psychological tests. *Psychoanalytic Quarterly, 44*, 71-91.

KANTROWITZ, J. L., KATZ, A. L., PAOLITTO, F., SASHIN, J. & SOLOMON, L. (1986). Affect availability, tolerance, complexity, and modulation in psychoanalysis: Follow-up of a logitudinal prospective study. *Journal American Psychoanalytic Association, 34*, 525-555.

KANTROWITZ, J. L., KATZ, A. L., PAOLITTO, F., SASHIN, J. & SOLOMON, L. -(1987). Changes in the level and quality of object relations in psychoanalysis: Follow-up of a longitudinal, prospective study. *Journal American Psychoanalytic Association, 35*, 1, 23-46.

KANTROWITZ, J. L., KATZ, A. L., PAOLITTO, F., SASHIN, J. & SOLOMON, L. -(1987). The role of reality testing in psychoanalysis: Follow-up of 22 cases. *Journal American Psychoanalytic Association, 35*, 2, 367-386.

KANTROWITZ, J. L., KATZ, A. L. & PAOLITTO, F. (1990). Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination: I. Stability of change. *Journal American Psychoanalytic Association, 38*, 2, 471-496.

KANTROWITZ, J. L., KATZ, A. L. & PAOLITTO, F -(1990). Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination: II. Development of the self-analytic function. *Journal American Psychoanalytic Association, 38*, 3, 637-654.

KANTROWITZ, J. L., KATZ, A. L. & PAOLITTO, F -(1990). Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination: III. The relation between the resolution of the transference and the patient-analyst match. *Journal American Psychoanalytic Association, 38*, 3, 655-678.

KANTROWITZ, J. L., KATZ, A. L., GREEMAN, D. A., MORRIS, H., PAOLITTO, F., SASHIN, J. & SOLOMON, L. (1989). The patient-analyst match and the outcome of psychoanalysis: A pilot study. *Journal American Psychoanalytic Association, 37,* 4, 893-919.

LIMENTANI, A. (1972). The assessment of analyzability: A major hazard in selection for psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis, 53*, 351-361.

MALAN, D. (1976).*The Frontiers of Brief Psychotherapy*. London: Plenum Press.

Meltzer, D. en Barcelona Casos Clínicos, un caso de seguimiento con Rorschach (1993). *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, 6*, 88-108.

Paz, C. A. y colaboradores (1980). *Analizabilidad y Momentos Vitales.* Valencia: Nau Llibres.

PAZ, C. A. (1992). El psicoanálisis, los psicoanalistas y las técnicas proyectivas. Experiencias personales, interrogantes, dudas y realidades presentes. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 5, 36-44.

PFEFFER, A. Z. (1959). A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. *Journal American Psychoanalytic Association, 7*, 418-444.

SASHIN, J., ELDRED, S. H. & VAN AMERONGEN, S. T. (1975). A search for predictive factors in institute supervised cases: A retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *International Journal Psychoanalysis, 56*, 343-359.

SCHACHTER, J. (1993) Stability of gains achieved during analytic treatment from a follow-up perspective. *Journal American Psychoanalytic Association, 41*, 1, 209-217.

Sember, S., Tuset, A. M. & Campo, V. (1995). Aproximación a la relación entre variables del Rorschach previa psicoterapia y la continuidad del tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, 8*, 120-123.

SCHLESINGER, N. & ROBBINS, F. (1974). Assessment and follow-up in psychoanalysis. *Journal American Psychoanalytic Association, 22*, 542-567.

VIVES, M. (1995). Planificación de la terapia psicoanalítica mediante el test de Rorschach. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 8, 124-134.

WALLERSTEIN, R. S. (1992). Follow-up in psychoanalysis: What happens to treatment gains? *Journal American Psychoanalytic Association, 40*, 3, 665-690.

WEINER, I. B. & EXNER, J. E. (1990). Cambios en el Rorschach en las psicoterapias a corto y a largo plazo. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, 3*, 4-16.

CRÓNICA DE UNA MUERTE ANUNCIADA: CREATIVIDAD Y ELABORACIÓN*.

Jaime Nos Llopis**

1. INTRODUCCIÓN

En la celebración oficial de su septuagésimo cumpleaños, Freud fue homenajeado como el "descubridor del inconsciente", a lo cual él respondió: *"Los poetas y filósofos descubrieron el inconsciente. Lo que yo descubrí fue el método científico que nos permite estudiar*(lo) *-el inconsciente*." (Trilling, 1964). Creo que este comentario expresaba una profunda convicción de Freud -mantenida a lo largo de toda su obra- de que los verdaderos predecesores de su visión de la mente no eran los neurólogos, psiquiatras y psicólogos -con quienes compartió los modelos e ideales científicos de su época- sino los grandes artistas y filósofos, que en sus creaciones habían intuido los conflictos inconscientes universales y eternos del ser humano.

Esta conexión entre inconsciente y creación artística explica que fueran los artistas quienes antes valoraran las nuevas aportaciones y descubrimientos del psicoanálisis: en 1895, la única voz en Viena que reconoció públicamente la importancia de los "Estudios sobre la Histeria" como el preludio de una nueva psicología fue la de Alfred von Berger -poeta, crítico literario y director del Teatro Imperial de Viena (Ernst Kris, 1952,

---

* Comunicación presentada en "VIII Jornadas de Psicoanálisis en la Universidad de Lleida, Facultad de Medicina", celebradas en Lleida el 31 de marzo y 1 de abril de 2000.

** Psicoanalista.

pag. 270); en cambio, la recepción de la medicina y de la ciencia oficial vienesas fue negativa, una reacción comprensible si consideramos la tradición positivista de aquel momento.

En *El poeta y los sueños diurnos,* Freud (1908) considera el arte -al igual que los sueños, las ensoñaciones y los juegos infantiles- como un producto de la fantasía inconsciente del artista, cuyo propósito es gratificar deseos reprimidos e insatisfechos: "*..todo niño que juega se conduce como un poeta, creándose un mundo propio…grato para él…Al crecer, el individuo deja de jugar; renuncia aparentemente al placer que extraía del juego…Pero…en realidad no podemos renunciar a nada, no hacemos más que cambiar unas cosas por otras…y… el hombre...en vez de jugar ahora fantasea...Los instintos insatisfechos son las fuerzas impulsoras de nuestras fantasías y cada fantasía es una satisfacción de deseos... Tampoco nuestros sueños son cosa distinta de tales fantasías, como lo demuestra evidentemente la interpretación onírica… el soñador oculta cuidadosamente a los demás sus fantasías porque tiene motivos para avergonzarse de ellas…En cambio cuando el poeta nos hace presenciar sus juegos o nos cuenta aquello que nos inclinamos a explicar como sus personales sueños diurnos, sentimos un elevado placer (S.E. pag 143).*

Freud utilizó las obras de los grandes artistas para corroborar la universalidad de sus descubrimientos clínicos y sus modelos teóricos; como admitió abiertamente en *El Moisés de Miguel Angel* (1914, pag. 214) su interés por el arte se concentró en su contenido y jamás mostró especial interés o sensibilidad por sus aspectos formales o estilísticos, ni por la experiencia estética que la obra de arte produce en la audiencia o espectador. Pero desde Freud hasta nuestros días, la visión psicoanalítica de la creatividad artística, se ha ampliado y profundizado substancialmente.

Mi presentación de hoy tiene **dos propósitos**: el primero es hacer una breve revisión histórica de los diversos modelos psicoanalíticos de la creación artística; el segundo es mostrar

que la creación artística no solo representa -como Freud pensó- una gratificación de deseos reprimidos o un intento fallido de solución de los conflictos internos del creador a través de su expresión estética: en algunos casos, el proceso creativo -y en concreto, la creación literaria- tiene una función elaborativa, que puede generar *insight,* integración de aspectos disociados del *self* y de la realidad *y* cambio psíquico, tanto en el autor como en el lector. Para **ilustrar** esta **función elaborativa** de la creatividad utilizaré la novela de Gabriel García Márquez *"Crónica de una muerte anunciada"*: Mi presentación es una versión revisada y abreviada del artículo *Crónica de una muerte anunciada*: *Machismo y su relación con el narcisismo* publicado en el volumen 3º de la revista *Temas de Psicoanálisis* (1998)

2. REVISIÓN HISTÓRICA DE LA VISIÓN PSICOANALÍTICA DEL ARTE.

A lo largo de la historia del psicoanálisis, conforme se han ido modificando y ampliando nuestros modelos teóricos y técnicos, también ha ido ampliándose la comprensión psicoanalítica de la creatividad artística, de la obra de arte y de la experiencia estética.

Yo distinguiría -como mínimo- 4 diferentes perspectivas o modelos de comprensión psicoanalítica del arte: 1ª.- la **perspectiva pre-estructural** de la primera tópica freudiana del aparato mental; 2ª.- la **perspectiva estructural** de la segunda tópica freudiana; 3ª.- la **perspectiva de relaciones de objetos internalizados**; y 4ª.-la **perspectiva intersubjetiva** del psicoanálisis contemporáneo.

En este trabajo, no mencionaré un 5º modelo -el **lacaniano,** que combina estructuralismo, linguística y psicoanálisis- que tiene poca relación con el propósito de mi presentación; pero recomendaría a la audiencia que leyera el seminario de Lacan sobre el cuento de ***Edgar Allan Poe "La carta robada"***, como

ilustración de lo que ese método puede dar de si, usado por un pensador culto y brillante; en manos de alguien menos dotado, me temo que tiene más peligro que los otros cuatro anteriores de convertirse en un ejercicio de confusión pomposa.

Veamos cual es la versión de la creatividad de las 4 primeras perspectivas.

1. Perspectiva pre-estructural.

Desde 1900 -año en el que se publicó *La interpretación de los sueños*- hasta 1923, Freud utilizó el modelo de la **primera tópica** que dividía al aparato mental en estratos cuasi-espaciales -Cs-Pcs-Incs- dependiendo de su accesibilidad a la consciencia: según esta teoría, las pulsiones eran inconscientes, mientras que la represión y la censura moral eran conscientes; la **técnica** psicoanalítica de ese periodo se concentraba en la interpretación directa de las metáforas que expresaban los deseos censurados y reprimidos -el "inconsciente dinámico"- con el propósito de convertirlos en conscientes.

Desde esta perspectiva tópica, la **creación artística** se entendía como resultado de una capacidad especial del artista de hacer contacto con contenidos mentales preconscientes -generalmente impulsos sexuales o agresivos reprimidos- y de expresarlos metafóricamente a través de los mecanismos de desplazamiento y condensación, que permiten disfrazar esos impulsos reprimidos y gratificarlos, burlando al censor interno. Esta visión estaba enraizada con la corriente de crítica literaria romántica -que predominó en la primera mitad del siglo XIX e influyó a Freud- que consideraba la creatividad artística como una forma de descarga y expresión de las intensas emociones del artista.

El **placer estético** que genera la obra de arte en el espectador se consideraba producto de una identificación del espectador con los personajes, que le permite una gratificación vicaria de deseos prohibidos, sin sentir ansiedad o culpa.

La utilización de la perspectiva de la primera tópica generó un método de estudio psicoanalítico de la obra del arte y del artista que Freud denominó ***"patobiografía":*** su foco de atención se concentraba en la interpretación de temas, imágenes, símbolos y metáforas recurrentes en la obra de un artista, que se conectaban con aspectos de su biografía y personalidad. En general, los estudios patobiográficos resaltan los aspectos patológicos del artista y entienden la creatividad como un intento fallido de expresar y resolver sucesos patogénicos de la infancia.

El ejemplo clásico de estudio *patobiográfico* es la obra de **Freud** (1910) *"Una memoria de la infancia de Leonardo da Vinci"* en la que Freud conecta las características de algunas de las obras de Leonardo -la Gioconda y el cuadro de Santa Ana. la Virgen y el niño Jesús- con aspectos de su biografía y carácter, por ejemplo: su origen ilícito; su prolongado e intenso apego a su madre, debido a la ausencia de una figura paterna hasta pasados los cinco años, edad en la que conoció a su padre natural; o la memoria temprana del artista -que Freud considera una fantasía del pintor- de que un buitre se le acercó mientras estaba en la cuna, le abrió la boca con su cola y le golpeó repetidamente con ella en los labios; o con rasgos del carácter de Leonardo como su pasión por inventar juegos y por investigar, su posterior inhibición lúdica y creativa, su control emocional, su asexualidad, su preferencia por aprendices jóvenes y bellos, un rasgo indicativo de un tipo de homosexualidad basada en una elección de objeto narcisista, etc.

Otro ejemplo clásico de estudio *patobiográfico* es la monografía de **Marie Bonaparte** (1949) sobre los cuentos de *Edgar Allan Poe*, cuyos temas e imágenes repetitivas -ser enterrado vivo, pérdida del habla, sentirse perseguido por la mirada de un gato o por uno de los ojos de una figura paterna, etc.- la autora conecta con las muertes del padre, madre y hermana de Poe durante su temprana infancia, su fijación a las dos últimas, su intensa ambivalencia hacia su padre adoptivo, y su

impotencia, depresión y alcoholismo, que acabó con su vida a raíz de un episodio de *delirium tremens*.

2. Perspectiva del modelo estructural.

En 1923, Freud publicó su obra *El yo y el ello*, en la que elaboró su segunda teoría del aparato mental. Nueva experiencia clínica que contradecía la primera tópica -el hecho que los mecanismos de defensa y la culpa podían ser inconscientes y que en cambio, las pulsiones eran conscientes en pacientes graves- hizo que Freud reemplazara su primera por su **segunda tópica** -también denominada **teoría estructural o tripartita**. La teoría estructural considera a la mente como un conjunto constituido por grupos de funciones diferenciadas y estables -ello-yo-superyo- que podían ser todas ellas -en parte- inconscientes: las pulsiones biológicas del ello; las funciones yoicas de integración, defensa y mediación en el conflicto entre las diversas estructuras y la realidad externa; y las prohibiciones morales y los ideales del superyo, internalizados a lo largo del desarrollo.

Desde la perspectiva estructural, la **técnica psicoanalítica** amplió su foco de atención y se hizo mucho más compleja: a partir de entonces, la interpretación dejó de ser un simple análisis del ello -una traducción directa de las metáforas a través de las cuales el paciente expresa sus deseos inconscientes- y se amplió al análisis de la organización caracterológica global del paciente, es decir incluyó el análisis del yo -la forma específica de integración y de defensa ante el conflicto intrapsíquico- así como el análisis del superyo -las razones morales y los ideales que motivan la censura interna.

Igualmente, desde la nueva perspectiva estructural **la comprensión psicoanalítica de la creación artística** se amplió y profundizo: el proceso creativo no es solo un intento de gratificación de deseos reprimidos, ni simplemente fruto de una capacidad especial del artista de hacer contacto con su propio pre-consciente, sino que también refleja la motivación del artis-

ta de encontrar una solución formal, estética, que exprese las experiencias que le impelen a crear. La personalidad del artista se reflejara pues, no solo en el contenido de la obra de arte -los temas y símbolos recurrentes- sino también en sus características formales -la forma, el estilo con las que el artista expresa sus fantasías inconscientes. De allí en adelante, contenido y forma de la obra de arte se consideraron inseparables y complementarios.

Muchísimos trabajos ilustran esta perspectiva estructural, pero eligiré solo tres, porque proponen tesis conectadas a la que luego presentaré: el trabajo de Otto **Rank** (1932) *"Arte y artista",* concibe los aspectos formales de la creación artística como una representación del ideal del yo del artista y como su intento de transcender sus limitaciones biológicas y sociales; la monografía *El inconsciente creativo* de Hans **Sachs** (1942), considera que todo proceso creativo tiene una motivación constructiva y que algunas obras de arte consiguen revelar aspectos renegados de la experiencia.

Pero el ejemplo más brillante del modelo estructural en psicoanálisis aplicado al arte es la compilación de trabajos de **Ernest Kris** (1952) -un analista clásico que a la vez era historiador del arte- titulada *"Exploraciones psicoanalíticas del arte"* -obra que, en mi opinión, es todavía hoy, el mas completo estudio psicoanalítico sobre el proceso creativo y sobre la experiencia estética.

Según Kris, para poder crear el artista ha de tener suficiente fortaleza y flexibilidad yóica para ser capaz de oscilar entre regresión y reintegración, y permitirse lo que él llamó **"regresión al servicio del yo"**: inicialmente, el creador sufre una regresión temporal en la que hace contacto con una experiencia disociada que le impele a crear; pero a continuación, es capaz de una reintegración y síntesis yóica que le permite neutralizar y sublimar la fantasía inconsciente con la que ha hecho contacto y expresarla de forma simbólica y ambigua a través de metáforas e imágenes estéticas. En cambio, en las pseudo-

metáforas concretas de pacientes psicóticos, las fantasías inconscientes se expresan de forma evacuativa, sin elaborar.

Según Kris para producir un efecto estético un símbolo requiere dos condiciones:

1. El símbolo artístico debe tener lo que Kris llama **"potencial simbólico"** o capacidad de evocar en la audiencia un impacto inconsciente a múltiples niveles: para ello la imagen tiene que condensar los múltiples aspectos inconscientes que contiene -múltiple determinación genético-dinámica (Freud, 1900) y múltiple función (Waelder, 1932)- y, a la vez, debe expresarlos de forma ambigua.
2. Un símbolo tiene que permitir a la audiencia una **"distancia estética"**, es decir no acercar excesivamente a la realidad psíquica inconsciente que expresa -ya que produciría repulsión o rechazo- ni alejarse demasiado de ella -ya que sería una intelectualización que dejaría a la audiencia fría, indiferente.

Para Kris el arte es esencialmente **comunicativo**: el creador puede ser inconsciente de sus motivos para crear, pero la obra de arte -una vez creada- tiene una existencia autónoma y una capacidad propia de evocar sentimientos y de generar pensamiento que ya no depende de las intenciones previas del autor; el lector, el espectador es activo ante la obra de arte e interviene creativamente con su propia lectura, oscilando entre proceso primario y secundario, entre regresión e integración, en un proceso similar al del creador. Las ideas de Kris influyeron de forma directa en autores actuales tan importantes como Roy Schafer y son un brillante preludio -con 40 años de adelanto- de la perspectiva intersubjetiva contemporánea

3. Perspectiva de las teorías de relaciones de objetos internalizados.

Paralelamente a la elaboración del modelo estructural freudiano por analistas clásicos, otros autores -como Fairbain,

Klein, Winnicott, en Inglaterra o psicólogos del yo como Margaret Mahler, Edith Jacobson, u Otto Kernberg en Estados Unidos- elaboraron su propios modelos de relaciones de objetos internos: todos estos modelos se fundamentan en la teoría estructural freudiana, que considera que el yo se forma a través de la internalización de las características -más o menos distorsionadas por mecanismos de proyección e introyección- de los objetos primarios con los que el niño se relaciona en su desarrollo temprano. Las representaciones mentales arcaicas u "objetos internos" son experimentadas de forma concreta, corpórea, no simbólica y contienen aspectos parciales del *self* y del objeto, que están confusos y poco diferenciados entre sí. A lo largo de su vida, el ser humano mantiene en su fantasía inconsciente una relación constante con sus "objetos internos" que afecta, da color o distorsiona sus relaciones posteriores, incluida la relación analítica.

Desde esta perspectiva, la **técnica** psicoanalítica se concentra en interpretar las fantasías inconscientes que reflejan esas relaciones -deseos, sentimientos, defensas, ansiedades, etc,- con el objetivo de integrar aspectos disociados del *self* y del objeto.

Los diferentes modelos de relaciones de objetos internalizados proporcionaron nuevas perspectivas para entender la **creatividad artistica**: según Melanie Klein, la obra de arte expresa simbólicamente las fantasías inconscientes de las relaciones del *self* con sus objetos internos arcaicos y en especial, el conflicto entre destructividad y reparación hacia el objeto total -propio de la posición depresiva; Hanna Segal amplió esta visión y añadió que en la creatividad estética también interviene el mecanismo de idealización, típica de la posición esquizoparanoide: el artista intenta crear una experiencia en la que el objeto ideal es sentido como parte del self y -a la vez- como objeto separado e independiente (1986, pag. 204).

Ejemplos del modelo kleiniano son los trabajos de **Klein** (1956) *"Unas reflexiones sobre La Orestiada";* o los de **Hanna**

Segal (1986) "*Un enfoque psicoanalítico de la estética" o "Delirio y creatividad artística".*

Desde el modelo de desarrollo de Margaret Mahler -y en concreto, desde su teoría del proceso de separación e individuación entre madre y niño- la experiencia estética se relaciona con la fase de simbiosis entre bebé y madre, que segun Mahler es parte del desarrollo normal. Ejemplo de esta perspectiva es el trabajo de **Gilbert Rose** (1980) *"Reflexiones sobre aspectos de la experiencia estética desde la perspectiva de la fase de "rapprochement"*: este autor propone que en la experiencia estética, el espectador oscila entre un sentimiento de fusión e identificación temporal con la obra de arte -lo cual permite un contacto profundo con sentimientos y deseos de nuestro pasado- y una posterior separación y nueva integración de su realidad interna y externa; la oscilación entre fusión y diferenciación en la relación madre-bebé es, según Rose, el antecedente primario de la experiencia estética. **Christopher Bollas** (1978), -un autor británico independiente- en su trabajo *El momento estético y la búsqueda de transformación* considera que la primera experiencia estética es el descubrimiento por parte del bebé del "idioma del cuidado materno".

Finalmente, Winnicott, relaciona la creatividad artística con la capacidad de crear un espacio o estado mental transicional entre realidad y fantasía, entre yo y no-yo, similar al que el niño crea en el juego. Dos trabajos de **Winnicott,** *Objetos transicionales y fenómenos transicionales* (1953) o *La localización de la experiencia cultural* (1966) son excelentes ejemplos de su visión.

4. Modelos intersubjetivos actuales.

En la última década, la perspectiva intersubjetiva ha aportado una nueva visión tanto del trabajo clínico como de la creación artística.

En el **contexto clínico**, la interpretación psicoanalítica se concibe no como una verdad dogmática y única sobre la reali-

dad psíquica del paciente, a la que el analista tiene acceso privilegiado, sino como un complejo proceso subjetivo de creación de significado, en el que colaboran conjuntamente analista y paciente.

Desde esta perspectiva intersubjetiva, la **experiencia estética** también adquiere una nueva dimensión de co-creación: la obra de arte no tiene una lectura única, ni transmite un mensaje único que el espectador recibe pasivamente, sino que puede tener innumerables lecturas por parte de cada lector o espectador, quien -desde su propia perspectiva subjetiva- participa creativamente en la experiencia estética.

Ejemplos de autores con esta orientación son analistas como **Roy Schafer,** en especial sus obras *La actitud analítica* (1983) y *Volviendo a narrar una vida* (1992); o filósofos como **Paul Ricoeur** (1970) *Freud y filosofía: un ensayo sobre la interpretación* y **Richard Wolheim** (1974) *Reflexiones sobre arte y mente*.

Como vemos, la historia del psicoanálisis se caracteriza por una progresiva ampliación de modelos y perspectivas que -en mi opinión- se complementan entre si y cuya integración genera una visión mucho más compleja y rica, tanto de la relación analítica como de la creación artística.

Desgraciadamente, la utilización dogmática y unilateral de un solo modelo en muchos trabajos de psicoanálisis aplicado al arte genera un tipo de interpretaciones que -fuera del contexto clínico- resultan reducccionistas y simplistas. Esta actitud reduccionista fue atacada por Freud desde los inicios del psicoanálisis: en la primera década del siglo, en las reuniones científicas que se celebraban en casa de Freud, un miembro del grupo de Viena presentó un trabajo en el que explicaba la afición al ajedrez como expresión de deseos parricidas; Freud -en un acceso de irritación en público poco usual en él- criticó duramente el trabajo y advirtió que ese tipo de simplificación solo podía conllevar la trivialización y el desprestigio de los descubrimientos revolucionarios del psicoanálisis.

No puedo estar más de acuerdo con esa opinión: considero que esta actitud reduccionista contribuye a fomentar el prejuicio -en parte justificado- de que el psicoanálisis es una ciencia aislada y desconectada de otras áreas del conocimiento.

En mi presentación de hoy me concentraré solo en un aspecto de esta actitud reduccionista que -todavía hoy- transmiten muchos trabajos de psicoanálisis aplicado al arte: concretamente una visión del proceso creativo como intento fallido del creador de elaborar e integrar sus conflictos internos.

Valga como ejemplo la reciente opinión de un autor -abierto teóricamente, bien informado y que dedicó años de su vida al estudio psicoanalítico de la vida y obra de Leonardo- como fué Robert Liebert: según él *"la obra de arte no tiene un efecto de elaboración -es decir, de alterar permanentemente las representaciones mentales de él mismo* (del creador de la obra de arte) *y de los demás, ni de producir cambios básicos en otros aspectos de su organización psíquica y su perspectiva. Por lo tanto, toda creación artística fracasa en este sentido, el conflicto subyacente volverá a aparecer. Cada intento* (del artista) *de solucionarlo a través de la creación artística será diferente al anterior, pero su objetivo seguirá siendo el mismo"* (1982, pag 448).

En mi opinión, esta visión clínico-patológica -en parte atribuible a que el psicoanálisis es un método clínico y no una ciencia hermenéutica- transmite inevitablemente una visión simplista, sesgada y parcial del arte; e igualmente refleja la convicción arrogante de que el psicoanálisis es la única vía de crecimiento y que el ser humano es incapaz de elaborar sus conflictos por si mismo a través de su experiencia vital.

Yo creo que, al igual que los sueños y el pensamiento de nuestros pacientes van adquiriendo una función elaborativa conforme un tratamiento progresa, también algunos artistas excepcionales pueden utilizar la creación artística para elaborar aspectos disociados de su realidad interna y de su experiencia de la realidad externa.

En el caso concreto de la creación literaria, cuando un escritor, además de talento -una función irreducible a a cualquier otro factor- posee una capacidad de adoptar múltiples perspectivas sobre su realidad interna y externa, sus obras pueden generar un cambio psíquico permanente en él (el autor) -que se manifiesta en una nueva visión de la realidad, en nuevos valores y nuevas formas de relación- y a través de la experiencia estética, promueven un cambio psíquico también en el lector.

Uno de los pocos analistas que expresa una opinión similar es Arlow (1986): según él, ciertos escritores ejercen un papel de profetas secularizados, soñadores-narradores que articulan un nuevo orden social, una nueva mentalidad.

3. CREATIVIDAD Y ELABORACIÓN: CRÓNICA DE UNA MUERTE ANUNCIADA

Todas estas ideas son pertinentes a Gabriel García Marquez y a su novela *Crónica de una muerte anunciada,* obra que utilizaré para ilustrar la función elaborativa de la creatividad.

Crónica de una muerte anunciada narra los sucesos reales -en los que García Marquez participó- ocurridos en el pequeño pueblo de Colombia, cercano al litoral caribeño, donde vivían los padres del autor. La historia es así: Un día, aparece en el pueblo un joven desconocido, Bayardo San Román, quien utiliza su poder económico y social -era el hijo de un rico y famoso general conservador- para conseguir el propósito que le había llevado allí: encontrar una esposa. Se encapricha de Angela Vicario -una bella y sumisa mujer, hija de un modesto orfebre y de una severa maestra de escuela- pero sorprendentemente, Angela rechaza a Bayardo. Sin embargo, los padres de Angela, aun conscientes de que ella no quiere a Bayardo, la obligan a casarse con él con la excusa de que “el amor también se aprende”. La celebración de la boda se convierte en una exhibición del poder y la fortuna del novio, que muestra humillantemente la disparidad de medios y prestigio entre las familias de los cónyuges. Tras las celebracio-

nes, cuando se estaban apagando en la noche las últimas canciones de los borrachos y los fuegos artificiales de la fiesta, el recién casado Bayardo se siente deshonrado porque la novia no había sangrado en la noche de bodas y la devuelve a su familia. La madre de Angela se enfurece con ella y le da una paliza con tal rabia que la propia Angela teme que la mate. Sus dos hermanos -gemelos y únicos varones de la familia- se encuentran cargados con la responsabilidad de defender el honor de la hermana. Angela atribuye la seducción a Santiago Nasar, un rico terrateniente de origen árabe y uno de los más queridos amigos de García Márquez. Los gemelos anuncian a todo el mundo sus intenciones de matarle, como si esperasen que alguien les contuviera; pero el pueblo entero es incapaz de reaccionar. Sólo algunas personas -la mayoría mujeres- intentan intervenir, pero todo es en vano. Ante cientos de testigos aterrorizados pero pasivos -incluido ya, el lector de la novela- Santiago Nasar es acuchillado con una ferocidad sangrienta y sistemática. La gente del pueblo utiliza la coincidencia de anécdotas fatídicas como excusa para exculparse y culpar al destino. Pero el lector acaba la novela con la convicción de que el crimen no sólo fue absurdo e injustificado, sino también fácilmente evitable.

Estos hechos afectaron a García Márquez para siempre. Así lo reconoce él mismo en un artículo con el titulo de "***El cuento del cuento***", que publicó en el periódico El País (1981): *"…un hombre había repudiado a su esposa la noche misma de la boda. Como consecuencia del repudio, un grande y muy querido amigo de mi juventud, señalado como el autor de un agravio que nunca se probó, había sido muerto a cuchilladas en presencia de todo el pueblo…Esto ocurrió poco antes de que yo supiera que iba a ser en la vida y sentí tanta urgencia de contarlo, que tal vez fue el acontecimiento que definió para siempre mi vocación de escritor…Fue don Ramón Vignyes* -un exiliado republicano catalán que hizo de tutor literario de los jóvenes escritores del llamado "grupo de Barranquilla" al que perteneció García Marquez- *quien me dio la fórmula de oro: "Cuéntela mucho* (me dijo)…*Es la única manera de descu-*

brir lo que una historia tiene por dentro". Por supuesto seguí el consejo. Durante muchos años conté la historia al derecho y al revés, por todas partes, con la esperanza de que alguien encontrara la falla…"

Creo que esta urgencia por narrar no era fruto solamente de la necesidad inicial de García Marquez de descargar sus sentimientos, sino que incluía también su deseo de elaborar el impacto de una experiencia tan compleja y trágica como la de haber sido testigo impotente del asesinato de un íntimo amigo. En mi opinión, García Márquez intuyó inmediatamente que la narración de esa experiencia requería un largo proceso de elaboración psíquica que le permitiera encontrar las palabras, el continente formal y la estructura narrativa adecuadas.

La evidencia en la que me baso para afirmar esto es lo que el autor nos cuenta en el mismo articulo que acabo de citar: un amigo, a quien García Marquez contó los sucesos, le animó a que los narrara, pero le previno que "*Lo único peligroso es que a la historia le falta una pata."* y le recomendó paciencia. García Márquez también escuchó este consejo: los hechos ocurrieron en 1951, pero esperó treinta años antes de escribir su novela: *"No fue una demora excepcional, pues nunca he escrito una historia antes de que pasaran, por lo menos veinte años desde su origen. Pero en este caso la razón era más consciente: seguía buscando, en la imaginación, la pata indispensable que le faltaba al trípode, tratando de inventarla a la fuerza...En efecto, le faltaba el final imprevisible que él* (ese mismo amigo)*…me contó veintitrés años después* (del crimen) *y que…me dio la solución final de la crónica de una muerte anunciada. "Tengo una vaina que le interesa", me dijo de pronto, "Bayardo San Roman volvió a buscar a Angela Vicario."…Me quedé petrificado. No tuvo que decirme más para que yo comprendiera que había llegado al final de una larga búsqueda. Lo que esas dos frases querían decir era que un hombre que había repudiado a su esposa la noche misma de la boda había vuelto a vivir con ella al cabo de veintitrés años."*

En ***"El olor de la papaya"*** (1982, pág. 37-38) -un libro que es una larga conversación entre García Marquez y su amigo de infancia y también escritor, Plinio Apuleyo Mendoza- García Marquez reconoce que *"…el tema no me arrastró de veras sino cuando descubrí, DESPUÉS DE PENSARLO MUCHOS AÑOS, lo que me pareció el elemento esencial: que los dos homicidas no querían cometer el crimen y habían hecho todo lo posible para que alguien lo impidiera, y no lo consiguieron. Es eso, en última instancia, lo único realmente nuevo que tiene ese drama, por lo demás bastante corriente en América Latina. Una causa posterior de la DEMORA fue de CARÁCTER ESTRUCTURAL…La solución fue introducir un NARRADOR -QUE POR PRIMERA VEZ SOY YO MISMO- que estuviera en condiciones de pasearse al derecho y al revés en el tiempo estructural de la novela. Es decir, al cabo de treinta años, descubrí algo que muchas veces se nos olvida a los novelistas: que la mejor formula literaria es siempre la verdad."*

Creo que no se puede hacer una descripción más sucinta, lúcida y exacta de lo que es **esencial para que la creación artística tenga una función elaborativa:** esta búsqueda de la "verdad" que describe García Marquez -una verdad subjetiva- es fruto de un complejo proceso elaborativo interno, que requiere -como dice el autor- *"pensarlo muchos años", "demorarse", "pasearse* mentalemente *al derecho y al revés"* por una experiencia hasta encontrar la *estructura narrativa* idónea, las palabras justas, exactas y -finalmente- *"reconocerse" a si mismo como narrador*, como el creador del significado que atribuimos a la realidad. Utilizaré esta descripción de García Marquez para ilustrar la función elaborativa de la creatividad artística.

4. CARACTERISTICAS DE LA FUNCIÓN ELABORATIVA DE LA CREATIVIDAD

En mi opinión, la **capacidad del escritor de adoptar múltiples perspectivas subjetivas** desde las que entender la rea-

lidad subjetiva y la objetiva es la función esencial para que sus creaciones tengan una función **elaborativa**.

La capacidad de adoptar múltiples perspectivas tiene dos aspectos: por un lado, requiere una **amplitud de registro en la empatía** del escritor para identificarse y ponerse en la piel de múltiples personajes con diversos puntos de vista subjetivos, lo cual exige que el autor reconozca e integre aspectos del *self*, de los objetos y de la realidad, que normalmente son negados por la mayoría de nosotros; por otro lado requiere, una **flexibilidad** para **oscilar** entre momentos de predominio **intuitivo**, de contacto emocional con experiencias preconscientes -que todavía no han podido ser reconocidas y pensadas- y otros momentos de predominio **cognitivo-racional** en los que el escritor se distancia para convertirse en observador neutral de aquello que está intentando expresar.

Pienso que la **decisión de García Márquez de otorgarse -por primera vez** en su obra- la **posición de narrador de la historia,** fue crucial para cumplir ambos requisitos: como narrador, el autor pudo **identificarse** temporalmente con todos los personajes, con sus conflictos y sus múltiples versiones de la misma realidad; y a la **vez, pudo distanciarse y mantener una perspectiva propia** -es decir, ser el "yo observador" de los sucesos- todo lo cual amplió sus posibilidades de cambiar de perspectiva y su amplitud de empatía. Y también las del lector.

García Márquez **nos hace partícipes de los sucesos y nos otorga el papel de observadores desde la primera frase de la novela**, a través de un detalle aparentemente insignificante, como es la elección del tiempo del verbo con el que se comienza la narración: elegir la frase "el dia en que lo iban a matar" en vez de, por ejemplo, "el dia en que lo mataron" supone convertir al lector en partícipe y testigo de una muerte anunciada que todavía no ha ocurrido y que se podría prevenir: "*El día en el que LO IBAN A MATAR, Santiago Nasar se levantó a las 5,30 de la mañana para esperar el buque en que*

llegaba el obispo. Había soñado que atravesaba un bosque de higuerones donde caía una llovizna tierna, y por un instante fue feliz en el sueño, pero al despertar se sintió por completo salpicado de cagada de pájaros".

Y a lo largo de toda la narración el autor nos mete en la piel de todos y cada uno de los personajes, hasta las escalofriantes páginas finales en las que describe el crimen con una nitidez -a la vez- periodística y poética: "*Santiago Nasar permaneció todavía un instante apoyado contra la puerta, hasta que vió sus propias vísceras al sol, limpias y azules, y cayó de rodillas…Se incorporó de medio lado, y se echó a andar en un estado de alucinación, sosteniendo con las manos las vísceras colgantes…buscando con paso firme el rumbo de su casa…Tropezó en el último escalón, pero se incorporó de inmediato. "Hasta tuvo el cuidado de sacudir con la mano la tierra que le quedó en las tripas"… Despues entró en su casa por la puerta trasera….y se derrumbo de bruces en la cocina*".

Mi experiencia como lector de Crónica de una muerte anunciada confirma la extraordinaria amplitud de visión de esta obra, ya que me permitió imaginarme -alternativamente- todas las perspectivas subjetivas de la realidad narrada: el terror de Santiago, injustamente acusado y amenazado de muerte; la arrogancia y prepotencia machista del novio y su profunda humillación porque la novia no sangró en el coito nupcial; el resentimiento y la venganza de Angela contra Bayardo, Santiago, sus padres, sus hermanos y contra todos los hombres que le habían hecho sentirse humillada y sin control de su vida; la rabia y el miedo de los gemelos, ante la obligación -impuesta por el codigo machista- de vengarse para limpiar el honor de la hermana, de la familia y el suyo propio como hombres, y a la vez, su ambivalencia y búsqueda de una salida digna que les evitara asesinar a un hombre; la desidia de las autoridades del pueblo para prevenir el crimen: el alcalde, por no detener a los gemelos cuando anun-

ciaban su crimen a gritos; el cura del pueblo, que recibió mensajes urgentes para que interviniera pero que no movió un dedo y se justifico diciendo que había estado muy atareado con la visita del obispo y que además, aquello no era asunto suyo sino de la autoridad civil; el sentimiento de culpa del pueblo entero, que intentó exculparse pensando que el crimen había sido consecuencia del destino, que los asuntos de honor son sagrados y que -en definitiva- la única víctima de aquellos sucesos había sido el marido deshonrado; la impotencia de las pocas mujeres que quisieron impedir el crimen buscando la ayuda de los hombres -una ayuda que jamás llegó- y su rabia contra las normas machistas; la colusión total de la mayoría de las mujeres con esas normas machistas, como lo muestra la novia de uno de los gemelos, que admitió que jamás se hubiera casado con él si no hubiera cumplido con su deber "como hombre" de matar al seductor de su hermana; y finalmente, la necesidad de García Marquez de encontrar el sentido a la estúpida razón que causó la muerte de un amigo.

Crónica de una muerte anunciada es una novela que continúa impresionándome -como lector y como psicoanalista- no solo por sus cualidades literarias y por el placer estético que me produce leerla, sino también, porque es una de las pocas novelas que conozco que contiene **tantas versiones de la realidad como personajes, versiones diferentes de los sucesos que acaban complementándose y encajando entre si, tejiendo una "versión total" de la realidad que muestra sus verdades ocultas.**

Crónica de una muerte anunciada es -por ella misma- una exquisita historia psicoanalítica, que describe la relación entre personajes y sucesos, y muestra que el crimen -que al igual que ocurre en la tragedia griega clásica, es atribuido al destino- estuvo determinado únicamente por los conflictos irracionales de todos y cada uno de los participantes, de un pueblo entero que fue cómplice inconsciente del asesinato

5. CONCLUSION

La creatividad artística no solo tiene la función de descargar y expresar sentimientos reprimidos, ni puede ser entendida simplemente como una solución fallida de los conflictos internos del creador; en casos excepcionales, la creación artística puede convertirse en una verdadera elaboración psíquica. Esta función requiere por parte del autor -además de talento y dotes técnicas- un largo, laborioso y complejo trabajo -no solo formal, sino también psíquico- que transforme experiencias no simbolizadas del autor e invente un continente estético idóneo para expresarlas.

En mi opinión, este trabajo de creación es un proceso de elaboración similar al que ocurre en el dialogo analítico y que permite al paciente desarrollar su función autoanalítica: analista y paciente se "pasean al derecho y al revés" en el "tiempo estructural" de la transferencia, del carácter y de las versiones del pasado del paciente, hasta encontrar nuevas versiones de la realidad que progresivamente permiten reconocer, elaborar y simbolizar las "verdades" subjetivas que hasta entonces tenían que ser negadas y repudiadas, por ser intolerables e impensables para el paciente. El *insight* parece fruto de una súbita intuición de algo que había estado allí siempre sin que uno pudiera verlo; pero es fruto de años de elaboración.

El resultado de este tipo de creatividad elaborativa son novelas excepcionales como *Crónica de una muerte anunciada* que es, no solo una obra maestra, sino un documento único para entender el machismo y el culto a la virginidad. García Márquez no intenta simplemente descargar los sentimientos que le produjo la muerte de un gran amigo, ni se exculpa a sí mismo y a su pueblo, sino que intenta entender, elaborar y mostrar los conflictos y las defensas -individuales y sociales (Jacques, 1955) - responsables del machismo y de la misoginia..

Esta dimensión elaborativa es lo que hace que esta novela además de proporcionar un placer estético temporal, deje una huella permanente en la mente del lector: la novela es una

rebelión contra lo absurdo del sentido del honor y los códigos de comportamiento impuestos a los hombres y mujeres de su cultura. *Crónica de una muerte anunciada* es un grito en contra del machismo y el culto a la virginidad, un intento de superarlos y la articulación de una nueva visión de la realidad, unos nuevos valores y una nuevas formas de entender las relaciones hombre-mujer.

A través de la experiencia estética, García Márquez me los transmitió y produjo un cambio también en mi. Y por ello le doy las gracias.

BIBLIOGRAFÍA

ARLOW, J.A. (1986). *The poet as a prophet: a psychoanalytic perspective.* PSYCHOANAL. Q. 55: 53-68.

BONAPARTE, M. (1949) *Life and Work of Edgar Allan Poe*. Imago Publishing Company, Ltd. London.

BOLLAS, C. (1978) *The aesthetic moment and the search for transformation***.** The Annual of Psychoanalysis, 385-94.

FREUD, S**.** (1893-95) *Studies on Hysteria.* S.E. 1-310.

FREUD, S**.** (1900) *The interpretation of Dreams*. S.E.

FREUD, S**.** (1908) *Creative Writers and Daydreaming*. S.E., 9:142-53.

FREUD, S**.** (1910) Leonardo da Vinci and a Memory of His Childhood. S.E., 11: 59-137.

FREUD, S**.** (1914) *The Moses of Michelangelo*. S.E. 13: 210-38.

FREUD, S**.** (1923) *The Ego and the Id.* S.E. 19:1-66.

GARCÍA MÁRQUEZ, G. (1981).*El cuento del cuento.*EL PAÍS. 26/8/81. Páginas de opinión.

GARCÍA MÁRQUEZ, G. (1981) *Crónica de una muerte anunciada*. Plaza&Janés: Barcelona.

JAQUES, E. (1955). *Social systems as defence against persecutory and depressive anxiety.* En *New Directions in Psychoanalysis*. Editora M. Klein et als. New York: Basic Books, pp. 478-498.

KLEIN, M. (1963) *Some reflections on "The Oresteia". En* The complete Works of Melanie Klein, Vol. II: Envy and Gratitude and other works. The Free Press. 275-299.

KRIS, E. (1952) *Psychoanalytic Explorations in Art.* New York: International Universities Press.

LACAN, J. (1966) *Le séminaire sur "La Lettre volée". Ecrits, vol 1*: 19-75.

LIEBERT, R. (1982) *Methodological Issues in the Psychoanalytic Study of an Artist.* Psychoanalysis and Contemporary Thought 5:439-62.

MENDOZA, P. A. (1982). *Gabriel García Márquez. El olor de la Guayaba.* Barcelona: Bruguera, pp. 156-157

NOS, J. (1998) *Crónica de una muerte anunciada: machismo y su relacion con el narcisismo.* Temas de Pscioanálisis**.** Vol. 3

RANK, O. (1932) *Art and Artist*. New York: Knopf.

RICOEUR, P. (1970) *Freud and Philosophy: An essay on interpretation*. New Haven and London: Yale University Press.

ROSE, G. (1980*) Some aspects of Aesthetrics in the Light of the Rapprochement Subphase.* En *Rapprochement: The critical subphase of separation individuation*, ed. R.F. Lax, S. Bach & J.A. Burland. New York - London: Jason Aronson, pp. 151-169.

SACHS, H. (1942) *The Creative Unconscious.* Cambridge: Sci-Art.

SEGAL, H. (1986) Delusion and creativity and other psychoanalytic Essays. The work of Hanna Segal. Free Association Books, Maresfield Library: London.

SCHAFER, R. (1983). *The Analytic Attitude.* New York. Basic Books.

SCHAFER, R. (1992). *Retelling a Life.* New York. Basic Books.

TRILLING, L. (1964). *Freud and Literature*. En *Psychoanalysis and Literature*. Ruitenbeek, H.M. New York: E.P. Dutton, Inc. Pp.251-271.

WAELDER, R. (1936). *The principle of multiple function. Observations on Multidetermination*. PSYCHOANAL. Q. 5:45-62.

WINNICOTT, D.W. (1953) Transitional objects and transitional phenomena. Int. J. Psychoanal. 34: 89-97.

WINNICOTT, D.W. (1966) The location of Cultural Experience. Int. J. Psychoanal 48: 368-372.

WOLHEIM, R. (1974) *On Art and the Mind*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

AMOR, ODIO: CREATIVIDAD. A PROPÓSITO DE LA OBRA DE M. RODOREDA*

Joaquín Poch y A. Donato****

En este artículo sólo se pretende ilustrar algunos conceptos metapsicológicos (como son las pulsiones de vida y muerte y su relación con la creatividad) ya descritos por Freud, Klein y muchos otros autores. En su elaboración hemos pretendido que el lector pueda planteárselos de una manera novedosa y esperamos que estimulante

1. A MODO DE INTRODUCCIÓN

Ilustración 1: Esta composición nos muestra un grupo de personas creativas. Posiblemente aman, tienen una familia, hijos...

Ilustración 2: Este es el resultado de su creatividad en ese otro lado del mundo.

Se puede argumentar que la defensa..., el ataque..., el salvar la propia vida son justificantes, eximentes, etc. Ciertamente existe una agresividad, una violencia al servicio de la existencia. La guerra puede contemplarse como una defensa ante la agresión de los otros. Explica Alberoni (1998) en su libro Abbiate coragio (Coratge) que en el poema del Mahabbarata el príncipe Arjuna, viendo los ejércitos enemigos alineados en el momento de iniciarse una guerra casi fratricida, piensa en todos los que mo-

---

* Comunicación presentada en "VIII Jornadas de Psicoanálisis en la Universidad de Lleida, Facultad de Medicina", celebradas en Lleida el 31 de marzo y 1 de abril de 2000.

** Psicoanaistas.

rirán amigos y parientes. Lleno de horror deja caer su arco y decide no combatir. Entonces se le aparece el dios Krishna y lo empuja a lanzarse a la lucha. La naturaleza es violenta. El odio al enemigo, la envidia por sus posesiones, la rivalidad asesina ha conducido a las creaciones bélicas más terriblemente hermosas. La violencia y la aniquilación de una cultura han dado paso a ricas creaciones de la cultura vencedora.

2. LOS DOS PRINCIPIOS ANTAGÓNICOS

Ilustración 3: Pintura medieval

En las diferentes culturas y civilizaciones han coexistido los dioses del amor y de la destrucción. El dios de la maldad y del amor, el dios de la destrucción y el de la paz. Quizás el mazdeismo expresa muy claramente esta dualidad. Fue una religión propagada en la Persia antigua por Zaratustra, presentaba dos deidades Ormuz, el dios supremo, la sabiduría y la bondad. De su pensamiento salió accidentalmente el principio del mal, Ahrimán, habitaba en las tinieblas y acaudillaba el ejército de los monstruos y de los demonios formaba así el dualismo característico de dicha religión. Ormuz, vencería al final.

La creatividad generada por ambos principios siempre ha sido espectacular, es innegable la genialidad de los que se dedicaban a cultivar el “arte” de la guerra, de los estrategas de las batallas, de las máquinas inventadas a este propósito: catapultas, cañones, tanques. Podemos decir algo semejante de los planes estratégicos de los asesinos en serie, como Aníbal Lechter guiados por el dios del odio y la locura.

Bion nos habla de los tipos de vínculos, L.H.K. Que estarían explicándonos en un nivel más profundo estos tipos de actividades mentales (Bion, 1963).

3. EL PSICOANÁLISIS Y LOS DOS PRINCIPIOS

Ilustración 4: Portada de "Más allá del principio del Placer" (traducción catalana de P. Folch).

Freud en "Más allá del principio del placer" (Freud, 1920) propone una dualidad pulsional en el ser humano: Eros[1] y Thanatos[2] posiblemente estos son los nombres que él encuentra a esos dioses a los que me venía refiriendo. Pero ahora ya no son entes externos a la persona, constituyen la base de su ser más íntimo, son las energías pulsionales de lo que en la segunda tópica denomina como Ello. Son el fluido biopsicológico que alimenta nuestra mente como humanos. Veamos como lo plantea Freud:

"*La oposición entre pulsiones sexuales se transforma en una oposición entre pulsiones del Yo y pulsiones objetales, las unas y las otras de naturaleza libidinal. Pero en lugar de ésta ha aparecido una nueva oposición entre pulsiones libidinales (yoi-*

---

[1] **Eros o Amor:** (Datos obtenidos de Grimal, 1951) Dios del amor, nacido de la Tierra y del Caos primitivo. También se atribuye su nacimiento al huevo original, engendrado por la Noche, cuyas dos mitades al separarse forman la Tierra y su cobertura el Cielo. Se le considera como una fuerza fundamental del mundo. Asegura la continuidad de las especies y la cohesión interna del cosmos. Posteriormente la sacerdotesa Diotima (iniciadora de Sócrates) sitúa a Eros como a un genio intermediario entre los dioses y los hombres. Nacido, en esta leyenda, de Poros (el recurso) y de Penia (la pobreza), recibe de ellos unas características muy significativas: siempre anda a la zaga de su objeto como la pobreza; sabe siempre ingeniarse un medio para conseguirlo, como recurso. Ya no es un dios omnipotente, sino una fuerza perpetuamente insatisfecha e inquieta.

[2] **Tánato:** (Datos obtenidos de Grimal, 1951) Genio masculino alado que personifica la muerte. En la Ilíada aparece como hermano de Sueño (Hipno). Ambos son hijos de Noche. No posee un mito propiamente dicho. Cabe aclarar que los genios eran seres inmanentes no sólo a cada individuo, si no también a cada lugar, a cada persona moral (sociedad, colegio, ciudad, etc.) y simbolizaban su ser espiritual. Nacen con la persona o cosa a la que van ligados y tienen por misión especial conservar su existencia.

El genio, como personificación del individuo cobra una fuerza sobrenatural e inmortal. En las mujeres el genio es substituido por una Juno.

cas y objetales) y otras que se establecen en el Yo y que quizás se puedan caracterizar como pulsiones destructivas. La especulación transforma esta oposición en una oposición entre pulsiones de vida, Eros y pulsiones de muerte"[3]

4. AMOR, ODIO: CREACIÓN

Nuestra hipótesis de trabajo aquí, hoy, es que la destructividad, el odio, también son creativos, en el sentido de ser capaces de engendrar obras de alta complejidad y riqueza aunque puedan resultar espeluznantes. Sabemos que estamos usando el término en un sentido muy amplio y que generalmente sólo se usa para referirse a obras inspiradas en las pulsiones amorosas, como forma de reparación en el sentido Kleiniano, o de sublimación en la visión freudiana.

Creemos que el odio puede detectarse como motor de determinadas creaciones y en no pocas obras de arte. A menudo aquello que ha impulsado al artista han sido sus sentimientos de odio y destructivos. Imposible no encontrar rasgos amorosos en la obra más funesta. Posiblemente el Dr. Frankenstein, tenía sus impulsos amorosos al crear al monstruo. Supongo que la ambivalencia también debe de estar presente en todos los casos.

Ilustración 5: El Dr. Frankenstein junto a su criatura.

Sólo necesitamos de una premisa para seguir con el desarrollo de estas reflexiones: la existencia de la actividad simbólica para que no todo se resuma en una pura actividad enloquecida o tan inmediata a la actuación que evite la creación. Los asesinatos pasionales impulsivos no entrarían para nuestro mo-

---

[3] (Este texto ha sido traducido, por los autores de esta comunicación, del texto *Més enllà del principi de plaer* (pág. 64). Traducido del alemán por P. Folch Ed. Spax. Barcelona 1989. Para la traducción se ha consultado la obra de Fernández Ballesteros 1984. 3.ª. Ed. *Más allá del principio del placer* Tomo III OC pág. 2539, nota 1513).

do de entender dentro de una actividad creativa. El asesinato de un esquizofrénico ante la amenaza paranoica es una pura actuación donde la actividad simbólica parece inexistente.

Ilustración 6: Visión humorística de un arrebato psicótico asesino.

Quisiéramos mostrar algunas actividades creativas, devaluadas o no, que pueden tener que ver con una actividad artística. Es incuestionable que en ellas la creatividad ha jugado un papel importante:

Ilustración 7: Fotografía del hambre y la desolación. Una foto estética de la miseria y la desolación: Podía ser presentada a un concurso fotográfico, o ganar el premio a las mejores fotos del año, o mejor aún, podría ser el motivo publicitario de algunas de las compañías que utilizan este tipo de imágenes para su propaganda.

Ilustración 8: Fotos de características pornográficas. La belleza mostrada tiene como fin la excitación y la provocación. Se encuadraría dentro de una pornografía light.

Ilustración 9: Pintura de la degollación de San Cugat. En esta pintura asistimos a un asesinato de gran crudeza y realismo. La matanza, el sufrimiento de la víctima, la crueldad del verdugo, el aislamiento del santo, la mirada cómplice de jueces y testigos, se ha convertido en arte.

Ilustración 10: Judith. Pintura de Allori. El pie de página de la reproducción de la pintura obvia cualquier comentario.

Ilustración 11: Pintura de Ernst. Virgen pegando al niño Jesús. El propio título nos ahorra cualquier comentario. Sólo queremos resaltar la frialdad de los testigos como en el cuadro del degollamiento, una colusión pasiva pero activamente complacida.

5. RODOREDA Y SUS HEROÍNAS.

Dicho todo esto nos adentraremos en el aspecto más concreto de la obra de M. Rodoreda.

Ilustración 12: Foto de M. Rodoreda.

Citaremos solo unos párrafos de sus obras, para mostrar como el odio y la destructividad animaban algunas de sus creaciones. Nos apoyaremos en la correspondencia íntima

mantenida durante años con Anna Murià y en la biografía publicada por M. Casals, donde se ponen de manifiesto muchos de los sentimientos de odio y destrucción que M. Rodoreda guardaba para con alguno de los suyos y con su amante A. Obiols.

A través de los fragmentos de sus novelas más famosas explicaremos la concordancia con aspectos de su vida íntima. Es evidente que la obra de un autor es fruto de su mente, pero lógicamente esto no quiere decir en absoluto que lo represente totalmente. Así mismo nos lo dice Rodoreda: "*en todos mis personajes hay características mías, pero ninguno de los personajes no es yo...*" (Rodoreda 1982). Ahora cuando desgraciadamente Rodoreda se ha ido al mundo de las representaciones dejando el de la realidad, cuando Rodoreda convive con Natàlia, Aloma, Teresa Goday... podemos hacer un intento de aproximación a ella misma, sirviéndonos de tres fuentes: las novelas, las cartas a Anna Murià y la biografía publicada pos M. Casals. Quizás ahora nos es permitido ver las relaciones íntimas entre ella misma y sus protagonistas y como los conflictos de estas también fueron de alguna manera los de ella. El "espejo roto" que eran sus protagonistas a nuestros ojos vuelve a tomar una imagen unificada gracias a sus cartas. Sentimos una cierta serenidad al poder tener una visión más globalizadora de la producción rodorediana. Por ello estamos profundamente agradecidos a ella y a Anna Murià porque han posibilitado continuar una investigación iniciada ya hace bastantes años. (Poch y Planas 1987). La admiración y el respeto por la autora habrán de guiarnos en este trabajo.

Estudiaremos tres aspectos:

- **A** Rodoreda vive y narra el odio como vínculo: su relación con A.Obiols
- **B** Rodoreda vive y narra la maternidad.
- **C** Rodoreda vive y narra el sado-masoquismo y la muerte de los sentimientos

A Rodoreda vive y narra el odio como vínculo: su relación con A.Obiols

Obiols era el amante de M. Rodoreda durante el exilio a raíz de la guerra civil española.

Ilustración 13: Foto de M. Rodoreda y A. Obiols en el exilio.

Durante la agonía de A. Obiols, Montserrat Casals i Couturier (1991) nos explica (pág. 304):

"*El comportamiento de Merçé era extraño, se alojaba en uno de los mejores hoteles de Viena y se vestía como si en lugar de ir a un hospital a visitar a un moribundo fuera a una fiesta, con ropa extremada y siempre muy bien peinada. A Obiols le molestaba aquella bien intencionada comedia. Incluso se lo reprochaba con insultos. Tenía excusa: "desvaría" decía ella*"

Los hechos narrados por la autora transcurren durante el verano de 1971, entre junio y agosto. Aparecen registrados en un dietario de M. Rodoreda donde describe el progresivo deterioro de A. Obiols. Acaba el día del entierro. M. Rodoreda robó algunos de los documentos del moribundo, que se dieron por perdidos hasta que se encontraron en el domicilio de Rodoreda al fallecer ésta.

Por esas épocas durante la enfermedad de Obiols aparecen en el dietario mencionado las últimas revisiones de Mirall Trencat (Rodoreda, 1982)

Veamos algunos fragmentos de la actitud de Sofía Valldaura frente a la muerte de su "odiado" esposo.

"...derecha, al pie de la puerta Sofía lo miraba. Toda de negro, serena, alta, delgada. Con los cabellos peinados hacia atrás y recogidos hacia arriba, tal como los había tenido siempre. Sin permitir que le cortasen ni uno....

Sofía se sentó a mirar al muerto. También comió y además tomó dos tazas de café caliente. Comía despacio, hablando con Masdeu, con el busto erguido, con el meñique separado

de la taza cuando bebía como si estuviera en lo alto de un escenario y todo un público la estuviera mirando. ¿El muerto? En aquella casa lo había estado desde el primer día, desde la primera noche. ¿Una guerra su matrimonio?. Más bien una indiferencia. Y ahora ella estaba allí sentada y el que estaba echado era él y había muerto como todos. Telón"[4].

Respecto al robo aparece otro fragmento en el personaje de Teresa Valldaura de la misma novela.

"Era ella. Teresa Valldaura, esposa de Salvador Valldaura, quien había quitado la perla de la corbata del muerto. Se la había clavado en el corpiño antes de salir de la biblioteca y no la encontraría nunca nadie. La regaló a Amadeu y en sus encuentros apasionados la arrancaba de la corbata de su amante con los dientes"[5].

B. Rodoreda vive y narra la maternidad

Rodoreda tuvo un hijo, fruto de las relaciones con su tío (hermano de su madre). Al exilarse lo abandonó, el niño tendría 4 ó 5 años. Murià nos explica*: "Ella tenía muy pocos sentimientos maternales... No la ilusionó el nacimiento de su hijo, más bien la estorbaba. Lo tuvo sobre los 19 años, no estaba angustiada por haberlo dejado. Con Obiols tampoco se planteaba tener un hijo"*[6].

Todo ello se reflejó en su obra. Así el ambiente recluido e incestuoso de las relaciones de uno de sus personajes, Aloma, con el hermano de su cuñada, nos recuerda las relaciones de Rodoreda con su tío. La maternidad empobrecedora aunque aceptada con sometimiento nos transporta al conflicto de la propia maternidad de Rodoreda. Conflicto que queda eflejado en casi todos los personajes femeninos de sus novelas (abortos repetidos de Cecilia en el Carrer de las camèlies, el aban-

---

[4] Rodoreda, 1982. págs. 345 y 347 traducción de J. Poch.
[5] Rodoreda, 1982. Pag.. 384, Trad. J.Poch.
[6] Rodoreda, 1985 pág. 29. Trad. J.Poch

dono de su hijo por parte de Teresa Goday en Mirall Trencat, las ideas asesinas y suicidas de Natàlia en la Plaça del Diamant, etc.).

Para Rodoreda la maternidad es un trauma, una deformación que la envejece y la anula. Queda poco lugar para los sentimientos de estar dando vida.

En La Plaça del Diamant (Rodoreda, 1976. pág. 394) Natàlia dice durante su embarazo*: "...y sólo faltaba que me ataran un hilo en la pierna y me enviasen a volar."*

Veamos un momento estremecedor de la Plaça del Diamant: Es el momento en que Natàlia, Colometa, durante la pobreza de la guerra civil decide matar a sus hijos: *"Sólo me hacía falta comprar el salfumant. Cuando durmiesen, primero el uno y luego el otro, les metería el embudo en la boca y les echaría el salfumant dentro y luego me echaría a mi misma, y así habríamos acabado y todo el mundo estaría contento..."*[7].

C Rodoreda vive y narra el sado-masoquismo y la muerte de los sentimientos

Para acabar, queremos ilustrar con unas viñetas como Rodoreda, llevada por el odio hacia su amante, crea situaciones novelísticas donde el sadomasoquismo y la muerte quedan representados con toda contundencia.

Dice a su amiga: *"¿el amor? no lo quiero ni con minúscula, ni con mayúscula. Es un juego que a mí me decepciona. Nunca sé si gano o si pierdo... lo que realmente tengo es un enemigo... es el hombre al que quiero"*[8] De ahí inicia un proyecto de novela: Vino negro. Explica el argumento en una carta a su amiga Anna: *"En una fiesta una mujer derrama unas gotas de vino sobre el brazo de un hombre. Estas manchas sobre su piel no le dejan vivir. Acabarán siendo amantes, pero esta pasión le apartará de la esposa y sus hijos, por ello acaba matándola"*

---

[7] Rodoreda, 1976 pág. 474 Trad. J Poch

[8] Rodoreda, 1985. pág. 34, Trad. J Poch

Un año después escribe a su amiga*..."Quizás acabaremos con un duelo a la americana persiguiéndonos por un bosque con un revolver en la mano".*[9]

En El Carrer de las Camélias Cecilia Ce, la protagonista se sitúa progresivamente en situaciones denigrantes de prostitución y sado-masoquismo. La heroína dice: *"Me cogió del cuello con las dos manos y me dio un beso en la boca y yo le mordí con rabia y el me dio una bofetada. Para que no lo vuelvas a hacer...Bonita"*. Su partner le dice *"Cambiaremos a Cecilia, la vestiremos, la haremos reír y la haremos llorar"*[10]. A partir de ahí Cecilia queda recluida en el piso que Marc (su amante) ha alquilado para ella. Se inicia una tortura psicológica y física digna del mejor "thriller" americano que la va anulando y enloqueciendo. La obligan a alcoholizarse y abusan sexualmente de ella en varias ocasiones varios amigos de Marc. Ella va degradándose viviendo en un mundo de alcohol donde los límites entre lo onírico y la realidad van desdibujándose vertiginosamente. Queda embarazada. Su amante le pega una paliza descomunal y de un rodillazo en el vientre le provoca el aborto. Seguidamente la abandona en una calle estrecha y miserable con una cruz de brillantes clavada en el cogote. Cuando Cecilia C se recupera después de su ingreso en el hospital e intervención quirúrgica, decide continuar su profesión; esta vez será una prostituta de lujo y se dice a sí misma: *"El vientre no cuenta, el pecho no tiene precio, el corazón a guardar*"[11].

Esta es la solución que se propone en las relaciones más perversas. Excitación, locura por unos minutos y ningún compromiso. Son relaciones donde se enseñorea la frialdad, el triunfo y el desprecio hacia el objeto.

---

[9] Rodoreda, 1985. pág. 90, Trad. J Poch

[10] Rodoreda, 1978. pág. 90. Trad. J. Poch

[11] Rodoreda, 1978. Pág. 152. Trad. J.Poch

6. Quiron[12] el sanador herido.

Después de todo lo presentado hasta aquí creo que vale la pena presentarles una imagen que reúne la destrucción y el amor. Quizás la creatividad de muchos de nosotros como seres humanos y como profesionales tiene que ver con esta imagen

Ilustración 14: Soldado de la Cruz Roja y herido.

Este soldado abrazando a su compañero herido quizás representa algún aspecto de nuestra intimidad mental, heridos y amados a la vez.

En palabras del poeta citado por Freud: *"Si no se puede avanzar volando bueno es progresar cojeando, pues está escrito que no es pecado cojear"*[13].

---

[12] Quirón: el sanador herido. Es un Centauro diferente a los demás. No es salvaje sino hospitalario, benévolo, amigo de los humanos y no recurre a la violencia. Educó a Aquiles, Jasón, Asclépio y a Apolo entre otros. Sus enseñanzas incluían la medicina (curó el tobillo de Aquiles), la música, el arte de la caza y la guerra, y la moral. Herido accidentalmente por una flecha de Heracles intentó curarse, pero las heridas producidas por ellas eran incurables. Se retiró a su cueva queriendo morir, pero era inmortal. Prometeo, ser mortal, se avino a asumir la inmortalidad de Quirón cediéndole su derecho a morir. Fue así como Quirón encontró el descanso.

[13] Rücket en "Die Mekamen des al Hariri, citado por Freud, en Mas allá del principio de placer, 1920

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Fig. 1: Feininger y otros estudiando la Radioactividad. (Fuente: Steichen E., Sanburg C., *The Family of Man*, The Museum of Modern Art, New York, 1955)

Fig. 2: Muerte y dolor. Foto de prensa de R. Capa, Namdinh, 1954. (Fuente: *Robert Capa, Retrospectiva: 1932-1954*, Fundación Caja de Pensiones 1989)

Fig. 3: Tríptico de los doctores de la Iglesia. Pintura de Michael Pacher (1482). (Fuente: Programa de mano de Norma de Bellini. Gran Teatre del Liceu Barcelona, temporada 1988-1999).

Fig. 4: Portada de *Més enllà del principi de plaer*, traducción catalana de Pere Folch. (Editorial Spax 1989)

Fig. 5: El Dr Frankenstein junto a su criatura. (Fuente: *El nuevo Frankenstein*, Ediciones Zinco, Barcelona, 1985)

Fig. 6: Visión Humorística de un arrebato psicótico asesino. (Fuente: Colección *Individus* de Urgell Poch)

Fig. 7: Hambre y desolación. (Fuente: Sebastiao Salgado, *Sahel-El fin del camino*, Comunidad de Madrid para Médicos sin Fronteras, Madrid 1988)

Fig. 8: Fotos de características pornográficas. Cindy Sherman, 1985. (Fuente: Klaus Honef, *Arte Contemporáneo*, Benedikt Taschen, Köln 1993)

Fig. 9: Degollación de San Cugat, Pintura de Ainé Bru (1504-1507), (Fuente: Prefiguració del Museu Nacional D'Art de Catalunya. Lunwerg editores, 1992)

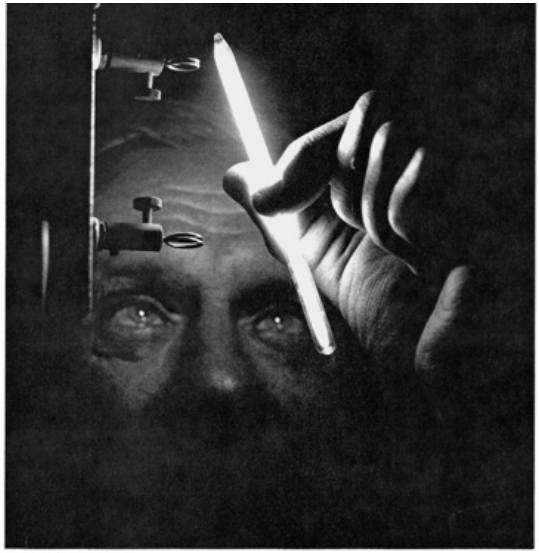
Fig. 10: Judith, óleo de Cristofano Allori. (Fuente: *Obras Completas de S. Freud,* Biblioteca Nueva, 1984)

Fig. 11: Virgen pegando al niño Jesús, pintura de Max Ernst (1926), (The Virgin beating the child in frnt of three witness: André Bretón, Paul Elouard and the painter), (Fuente: Siegfried Gohr, *Museum Ludwig Cologne*, Prestel-Verlag, Munich 1986)

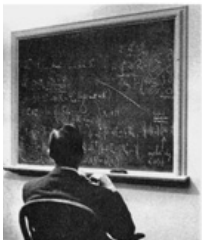
Fig.12: Foto de M. Rodoreda. (Fuente: Obras completes de Mercè Rodoreda Ed. 62, 1980)

Fig. 13: Foto de M. Rodoreda y A. Obiols en el exilio. (Fuente: M. Rodoreda, contra la vida la literatura. De M. Casals, Ed. 62, Barcelona, 1991)

Fig. 14: Soldado de la Cruz Roja ayudando a un herido. Foto de prensa de R. Capa, Wesel,1945. (Fuente: *Robert Capa, Retrospectiva: 1932-1954*, Fundación Caja de Pensiones 1989)



U.S.A. Andreas Feininger *Life*



U.S.A. W. Eugene Smith *Life*

Radiation Laboratory, Univ. of Cal., Nat Farbman *Life*

Ilustración 1: Esta composición nos muestra un grupo de personas creativas. Posiblemente aman, tienen una familia, hijos...

Ilustración 2: Este es el resultado de su creatividad en ese otro lado del mundo.

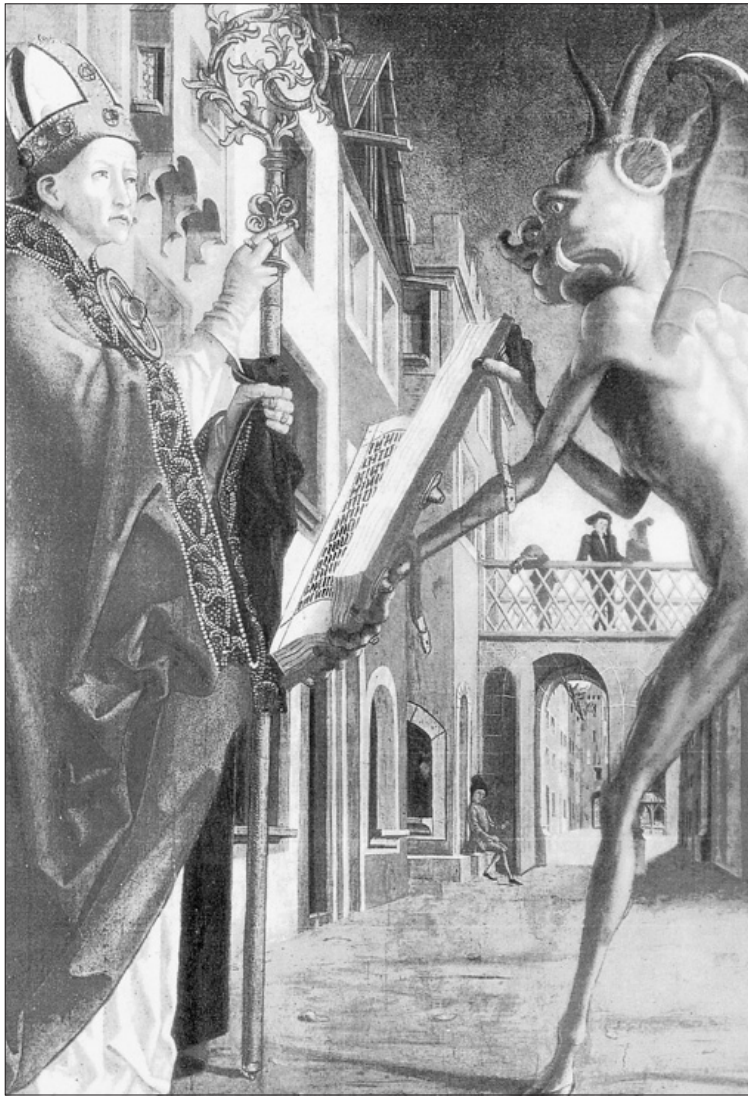


Ilustración 3: Pintura medieval.

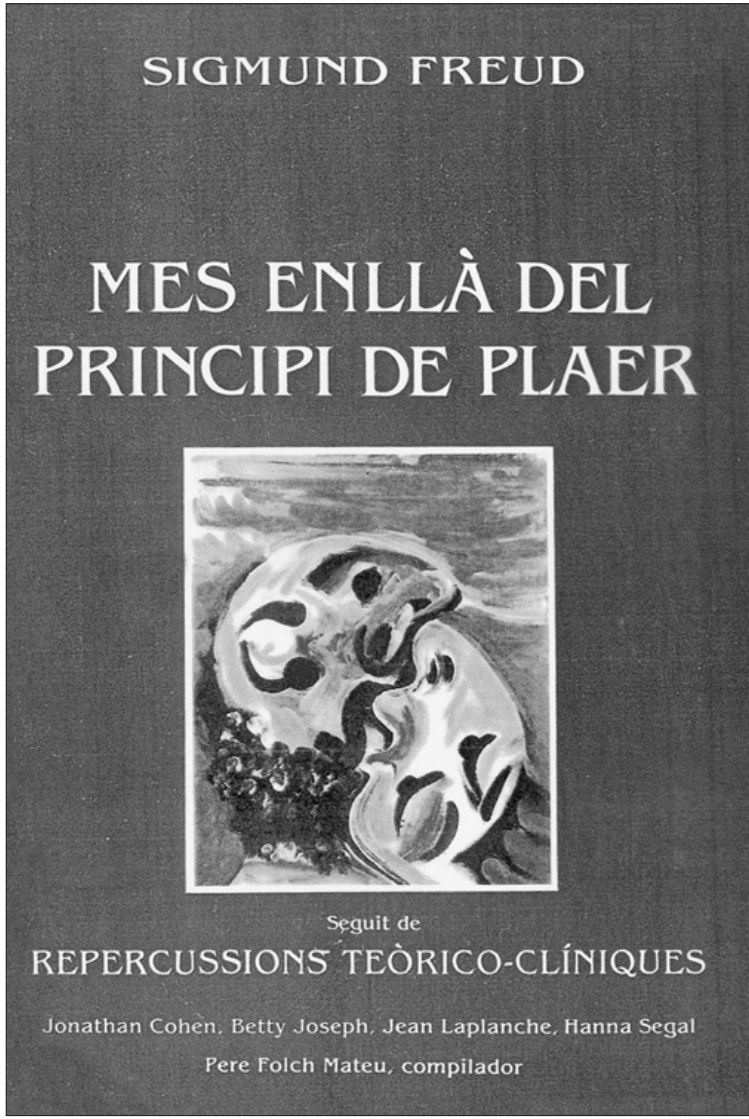


Ilustración 4: Portada de "Más allá del principio del Placer" (traducción catalana de P. Folch).

Ilustración 5: El Dr. Frankenstein junto a su criatura.

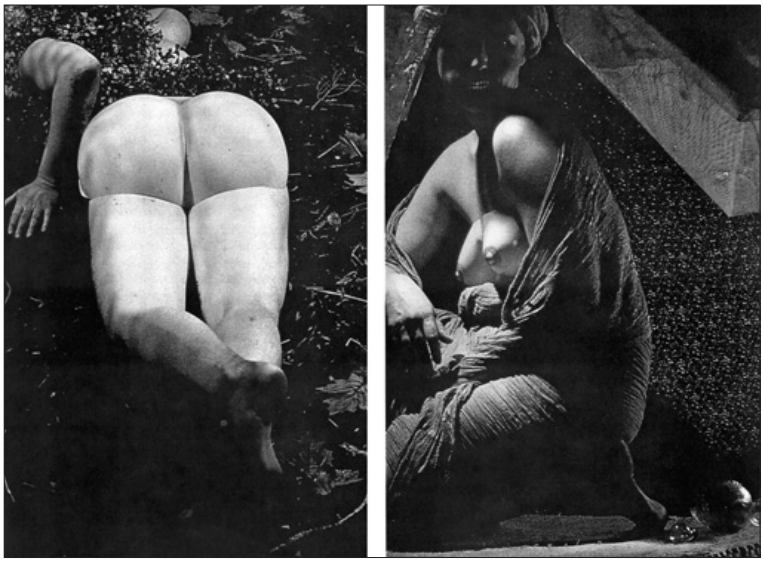


Ilustración 8: Fotos de características pornográficas. La belleza mostrada tiene como fin la excitación y la provocación. Se encuadraría dentro de una pornografía light.

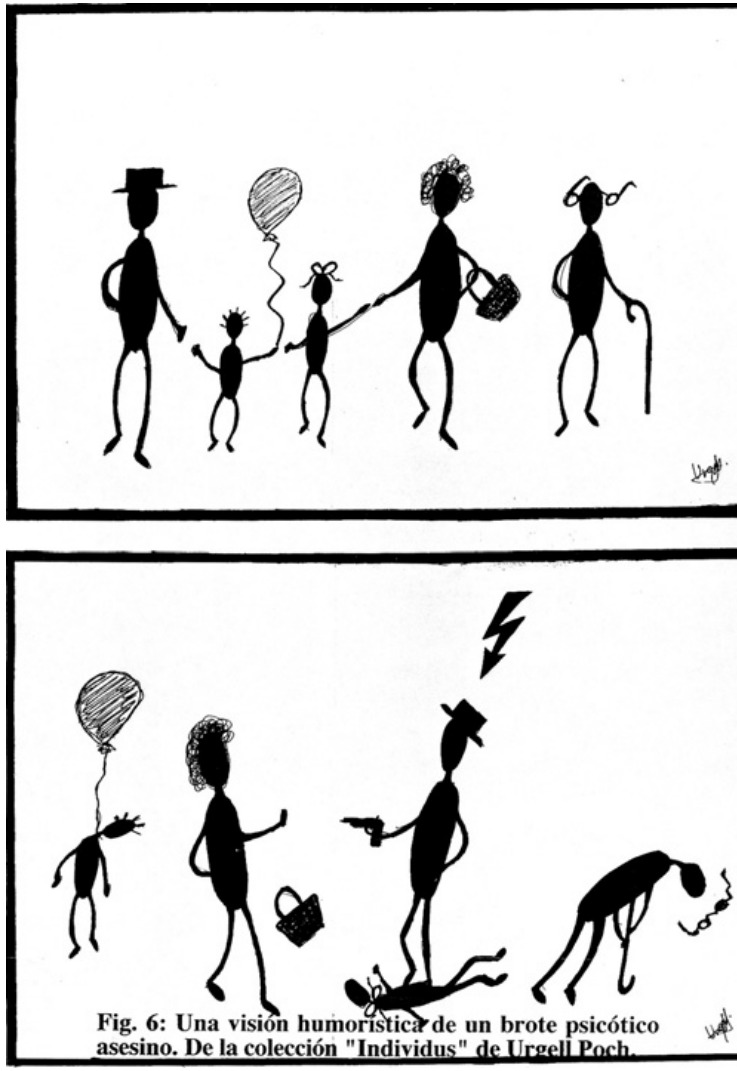


Ilustración 6: Visión humorística de un arrebato psicótico asesino.

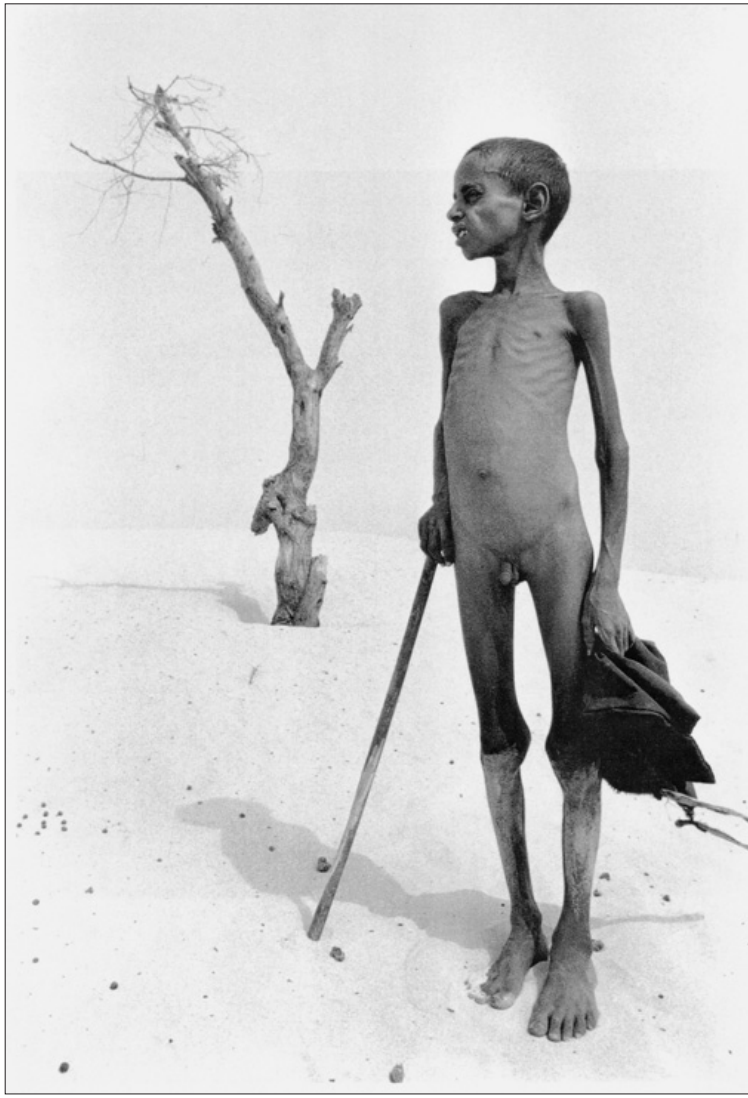


Ilustración 7: Fotografía del hambre y la desolación. Una foto estética de la miseria y la desolación: Podía ser presentada a un concurso fotográfico, o ganar el premio a las mejores fotos del año, o mejor aún, podría ser el motivo publicitario de algunas de las compañías que utilizan este tipo de imágenes para su propaganda.

Ilustración 9: Pintura de la degollación de San Cugat. En esta pintura asistimos a un asesinato de gran crudeza y realismo. La matanza, el sufrimiento de la víctima, la crueldad del verdugo, el aislamiento del santo, la mirada cómplice de jueces y testigos, se ha convertido en arte.

Judith, óleo por Cristofano Allori, que se autorretrató en la cabeza decapitada de Holofernes, que sostiene las esposa del artista, asistida por la madre de la misma, retratadas como protesta del pintor –según su propio testimonio–, frente al mal trato familiar recibido en sus relaciones con ambas.

Ilustración 10: Judith. Pintura de Allori. El pie de página de la reproducción de la pintura obvia cualquier comentario.

Ilustración 11: Pintura de Ernst. Virgen pegando al niño Jesús. El propio título nos ahorra cualquier comentario. Sólo queremos resaltar la frialdad de los testigos como en el cuadro del degollamiento, una colusión pasiva pero activamente complacida.

Ilustración 12: Foto de M. Rodoreda.

Ilustración 13: Foto de M Rodoreda y A. Obiols en el exilio.

Ilustración 14: Soldado de la Cruz Roja y herido.

BIBLIOGRAFÍA

ALBERONI, F. (1998):.*Coratge.* Gedisa: Barcelona.

BION, W.R. (1963): *Learning from experience.* Buenos aires: Paidos

CASALS, M. (1991): *Mercè Rodoreda. Contra la vida la literatura. Biografía.* Barcelona: Edicions 62.

FREUD, S.(1920): Más allá del principio del placer. En *Obras completas de S. Freud.* Vol.III, Biblioteca Nueva: Madrid, 1978.

GRIMAL, P. (1951)**:** *"Diccionario de mitología griega y romana.* Buenos Aires: Paidos.

POCH, J. Y PLANAS, C. (1987): *Dona i Psicoanàlisi a l'obra de M. Rodoreda.* Barcelona: PPU.

RODOREDA, M. (1976): *La plaça del diamant.* En *Obras Completas.* Barcelona: Edicions 62.

RODOREDA, M. (1978): *El carrer de les camèlies.* En *Obras completas*. Barcelona: Edicions 62

RODOREDA, M. (1982): *"Prólogo"* a *Mirall Trencat..* Barcelona: Club Editor.

RODOREDA, M. (1985): *Cartes a l'Anna Murià.* Barcelona: La Sal, edicions de les dones.

ÍNDICE DE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS DESDE EL N.º 0

A

Abella Tudanca, Adela	*Trastornos del aprendizaje en una población de adolescentes tratados en Hospital de Día durante la primera infancia.*	11/12	1991	195-202
Agullo Gasull, Rosa	*El grupo taller. Una forma de abordaje de los trastornos del aprendizaje*	11/12	1991	187-194
Albamonte Llabres, María Angeles y Cols.	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Alvarez Buylla, Lucia	*Psicoterapia con niños pequeños*	29	2000	63-76
Álvarez, Mª. Jesús. y Cols.	*Circuitos profesionales para el abordaje de los abusos sexuales: un proyecto interdisciplinar en la red pública*	28	1999	71-76
Antonioli, Mª Luisa y Cols.	*Del embarazo a la maternidad. La estructura del cambio representativo y narrativo.*	25	1998	117-138

B

Bachmann, J.P. y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Báez López, Marta	*El proceso de elaboración del duelo en la infancia: una experiencia clínica.*	26	1998	115-130
Baró Aylon, Jaume	*In memorian de Alberto J. Campo*	8	1989	5
Baró Aylon, Jaume	*Consideraciones sobre una prevención primaria de la violencia*	10	1990	77-84
Barthassat, A.	*La integración escolar en el marco de la pedagogía especial*	11/12	1991	41-58
Bassols, Ramón.	*Comportamientos psicopáticos en la adolescencia: aspectos teórico-clínicos*	3	1987	59 - 74

Beà Torras, Nuria	*Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico en un niño gemelo.*	19/20	1995	125-132
Beà Torras, Nuria	*Primeras relaciones, bases del desarrollo*	26	1998	131-150
Beà Torras, Nuria y Col.	*El desarrollo de la identidad en el tratamiento de los niños pequeños*	17/18	1994	77-86
Beà Torras, Nuria y Col.	*Grupo de madres con hijos adoptados*	27	1999	7-84
Bermejo Frigola, Enrique y Cols.	*Sexualidad y contratransferencia en una institución para deficientes mentales*	2	1986	64-74
Bermejo, Vicente y Cols.	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Bernardi, Ricardo	*Los orígenes de la identidad*	17/18	1994	11-32
Besson, G. y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Bet, María y Cols.	*Como los compañeros interactúan con un niño autista en una clase normal.*	23/24	1997	151-177
Bettschart, Walter	*De lo racional y de lo irracional en la relación padres-hijos.*	7	1989	57-76
Blasco Balaguero, Rosa	El trabajo con grupos de padres: una aplicación de la psicoterapia.	28	1999	117-124
Braconnier Alain	*Emergencias ansiosas en la adolescencia*	23/24	1997	61-66
Brasó, Montse y Cols.	*Circuitos profesionales para el abordaje de los abusos sexuales: un proyecto interdisciplinar en la red pública*	28	1999	71-76
Bullinger, A.	*Los aspectos instrumentales en los trastornos del aprendizaje: enfoque psicomotor.*	11/12	1991	77-86
Bürgin, Dieter	*Latencia: consolidación o desarrollo*	9	1990	21-44
Bürgin, Dieter	*La escuela "lugar terapéutico" ¿para que psicopatologías?*	26	1998	59-72
Burrueco Arjona, Julia y Cols	*Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres.*	13/14	1992	155-168
Bursztejn, C.	*Psicoterapia durante el periodo de latencia*	26	1998	73-86

C

Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente.*	15/16	1993	137-164
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*Antes de alzar el vuelo hacia la formación del psicoterapeuta infantil*	4	1987	5-10
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*Introducción a las Jornadas "Psicosis y adolescencia"*	5	1988	5-10
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*El psicoterapeuta en tres encuadres de la consulta del niño. Algunos factores terapéuticos.*	1	1986	5-14
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*Situación actual de la especialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes en España.*	10	1990	85-104
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil*	6	1988	87-113
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando y Col.	*Salud Mental y grupos de prevención primaria en un programa materno-infantil*	1	1986	149-157
Calvo, Vincenzo y Cols	*Como los compañeros interactúan con un niño autista en una clase normal.*	23/24	1997	151-177
Calvo, Vincenzo y Cols.	*Del embarazo a la maternidad. La estructura del cambio representativo y narrativo.*	25	1998	117-138
Calvo, Vincenzo y Cols.	*Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros.*	23/24	1997	23-50
Campo, Alberto J.	*Psicoterapia en la adolescencia*	0	1985	115-123
Campo, Alberto J.	*El pensamiento y la culpa en la personalidad psicopática.*	5	1988	91-141
Castanys, Elisenda y Cols.	*Circuitos profesionales para el abordaje de los abusos sexuales: un proyecto interdisciplinar en la red pública*	28	1999	71-76
Charles-Nicolás, Aimé	*Trastornos de la personalidad y toxicomanías en la adolescencia*	8	1989	25-40
Chiland, Colette	*El trabajo con los padres*	21/22	1996	105-120

Codon Herrera, Dolores	El tratamiento de grupo psicodramático: una experiencia a pesar de las contraindicaciones.	28	1999	125-144
Colas Sanjuán, Jesús	*Una psicosis infantil repetición de una temprana retirada libidinal. Reflexiones sobre una experiencia terapéutica.*	6	1988	131-146
Colas Sanjuán, Jesús	*Intervenciones terapéuticas destinadas a la recuperación de las funciones parentales*	21/22	1996	15-48
Colas Sanjuán, Jesús	*Aportes del psicoanálisis al conocimiento de la mente del niño: el juego.*	25	1998	21-82
Colas Sanjuán, Jesús	*Un heroinómano: la adolescencia de un camino perdido.*	8	1989	41-61
Companys Canadell Joana y Cols.	*El asesoramiento psicopedagógico: Consideraciones en torno a una relación*	23/24	1997	131-140
Coordinadora general de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y Adolescencia.	*Informe sobre la especialidad en psiquiatría de niños y adolescentes*	8	1989	111-119
Corominas Vigneaure, Julia	*Nuevas adquisiciones en psicoterapia*	0	1985	15-32
Corominas Vigneaure, Julia	*Nuevas aportaciones a la comprensión de la psicosis*	13/14	1992	9-30
Cramer, Bertrand	*La comprensión de la psicopatología y la problemática clínica*	26	1998	15-28
Cramer, Bertrand	*Evolución psicológica de pacientes con enfermedades somáticas muy graves en la primera infancia*	19/20	1995	25-38
Cramer, Bertrand	*La psicoterapia breve y el niño neurótico: presentación de un caso.*	0	1985	77-90
Cramer, Bertrand. y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Cruz Saez, Soledad y Col.	*Aportación de las técnicas proyectivas a la comprensión de un caso con problemas de aprendizaje.*	11/12	1991	153-170
Culebro Fernández, Carmen y Col.	*Abordaje psicoterapéutico del niño en hemodiálisis*	19/20	1995	91-108

D

De la viña Guzman, Mª José y Col.	Consultas paralelas madres- hijas	28	1999	111-116
Diatkine, René	*Preadolescencia, adolescencia y pubertad*	3	1987	5-30
Diaz Curiel, J. Y Col.	*Los padres en el contenido manifiesto de los sueños en la adolescencia.*	3	1987	107-122
Dio Bleichmar, Emilce	*Trauma y/o teoría traumática de la neurosis*	19/20	1995	143-160
Donato, A. y Col.	*Amor, odio: creatividad. A propósito de la obra de M. Rodoreda*	29	2000	111-138
Durieux, M. P. y Col.	*Reflexiones acerca del trabajo analítico a largo plazo con algunas familias frágiles*	28	1999	37-64

E

Echegoyen, Alicia	*Intervenciones terapéuticas en el embarazo y el puerperio.*	21/22	1996	57-82
Escario, Leticia	*Psicoterapia en el periodo de latencia*	0	1985	101-114
Escario, Leticia	*Familia y violencia: los padres maltratados.*	19/20	1995	59-72
Escario, Leticia	*Contención y comprensión en intervenciones psicoterapéuticas breves*	13/14	1992	69-82
Escriva Catala, Amparo y Col.	*Salud Mental y grupos de prevención primaria en un programa materno-infantil*	1	1986	149-157

F

Fava Vizziello, Graziella y Cols.	*Del embarazo a la maternidad. La estructura del cambio representativo y narrativo.*	25	1998	117-138

Fava Vizziello, Graziella y Cols.	*Como los compañeros interactúan con un niño autista en una clase normal.*	23/24	1997	151-177
Fava, Vizziello, Graziella y Cols.	*Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros.*	23/24	1997	23-50
Fedida, Pierra	*Importancia de la psicopatología en las indicaciones psicoterapéuticas hoy en día*	27	1999	5-34
Feduchi, Luis M.	*Actuación y adolescencia. Acting-out y acting-in*	2	1986	17-36
Feduchi, Luis M.	*El adolescente y la violencia*	19/20	1995	47-58
Feduchi, Luis M. y Cols.	El programa de mediación y reparación a la víctima	28	1999	77-102
Fernández-Galindo, María Angeles	*Presentación de la Dra. Pola Y. De Tomás en el acto de nombramiento como Miembro de Honor de SEPYPNA. Semblanza biográfica*	15/16	1993	13-20
Ferrandiz Ferragut, Carmen y Cols	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Ferrari, Pierre	*Modelo psicoanalítico de comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces.*	23/24	1997	5-22
Ferrari, Pierre	*Presentación del Congreso A.E.P.E.A. "De la comprensión de la psicopatología al tratamiento"*	26	1998	9-14
Feu Raventos Consol y Cols.	*El asesoramiento psicopedagógico: Consideraciones en torno a una relación*	23/24	1997	131-140
Fillat Traveset Nuria.	*Víctor, un niño deprimido*	23/24	1997	101-110
Fillat Travesset, Nuria	*Proceso terapéutico y relación de objeto. Presentación de un caso clínico.*	6	1988	117-126
Fillat Travesset, Nuria	*Reflexión sobre la identidad en una situación clínica particular.*	17/18	1994	65-76
Frisch, S.	*La psicoterapia psicoanalítica dentro del espacio socio-político de Europa: ¿llega la "peste"?*	28	1999	5-36
Frisch-Desmarez, C. y Col.	*Reflexiones acerca del trabajo analítico a largo plazo con algunas familias frágiles*	28	1999	37-64

G

Gaddini, Renata	*Psicoterapia infantil en los servicios públicos, el debatido tema de la supervisión.*	4	1987	11-32
Galian Muñoz y Cols.	*El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica.*	4	1987	123-139
García Caballero, Cecilia	*¿Qué elementos aporta el juego al diagnóstico?*	27	1999	85-130
García Caballero, Cecilia y Col.	*El grupo de reeducación: Una modalidad terapéutica de aprendizaje significativo*	27	1999	35-56
García Suso, Andrés	*Estudio de la depresión en un centro de salud mental infanto-juvenil de la provincia de Tarragona*	27	1999	131-163
Garcia-Die, M.ª Teresa y Col.	Proceso de maternidad: un espacio de intervención psicologica para la prevención	28	1999	103-110
Gimeno Vidal, Robert y Cols.	El programa de mediación y reparación a la víctima	28	1999	77-102
Gitnacht, Mauricio	*Organos de los sentidos y estructuras psíquicas*	6	1988	37-58
Golse, Bernard	*Autonomía y dependencia psíquica en la enfermedad somática grave.*	21/22	1996	139-154
Golse, Bernard	*Psicopatología en la perinatalidad*	26	1998	39-58
Golse, Bernard	*Importancia de la forma y del continente en la instauración del psiquismo del bebé.*	23/24	1997	51-60
Golse, Bernard y Col.	*Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inesperada) del recién nacido.*	6	1988	7-36
Gomila Blanch Antonia y Cols.	*Análisis de la demanda. Caso clínico.*	23/24	1997	95-100
Groch, Juan E. y Cols.	*Actualización en psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica con niños y adolescentes en los servicios de salud mental de la Comunidad de Madrid*	29	2000	33-40

Guijarro Bernal, Fuensanta	*Introducción a la conferencia de Teresa Olmos de Paz "Teoría psicoanalítica de la adolescencia"*	8	1989	85-90
Guijarro Bernal, Fuensanta y Cols.	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Guillem Nacher, Pedro	*Semblanza biográfica de la Dra. Jesusa Pertejo*	9	1990	5-11
Guimón Ugartechea, José	*Presentación del Profesor Julián Ajuriaguerra en el acto de nombramiento como miembro de honor de SEPYPNA.*	2	1986	1-16
Gutton, Philippe	*Algunas ideas nuevas sobre la psicosis en la adolescencia*	5	1988	11-26
Gutton, Philippe	*Estatuto del cuerpo en la psicopatología de la pubertad.*	3	1987	31-58

H

Halfon, O.	*¿Cómo tratar los rechazos de cuidados de los adolescentes?*	26	1998	87-106
Henny, René	*El fracaso de los mecanismos neuróticos en el niño.*	10	1990	11-44
Henny, René	*La psicoterapia del adolescente*	1	1986	129-148
Henny, René	*Metapsicología de la violencia*	19/20	1995	5-24
Hernanz Ruiz, Manuel	*Estructura psíquica y capacidad intelectual*	11/12	1991	179-186
Houzel, Didier	*El tratamiento muy precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés.*	15/16	1993	73-96

I

Iglesia, Laura de la y Cols.	*Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres.*	13/14	1992	155-168
Iglesia, Laura de la y Cols.	*Actualización en psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica con niños y adolescentes en los servicios de salud mental de la Comunidad de Madrid*	29	2000	33-40

Ignacio Roca, María	*Posibilidades de crecimiento en la enfermedad.*	19/20	1995	115-124
Ignacio Roca, María y Col.	*Aprendizaje significativo en los grupos de reeducación.*	11/12	1991	145-152
Illan, Micaela y Cols	*El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica.*	4	1987	123-139
Invernizzi, Roberta y Cols.	*Del embarazo a la maternidad. La estructura del cambio representativo y narrativo.*	25	1998	117-138

J

Jaumejoan, Montserrat y otros	*El grupo de reeducación: una modalidad terapéutica de aprendizaje significativo*	27	1999	35-56
Jeammet, Philippe	*La identidad y sus trastornos en la adolescencia*	19/20	1995	161-178
Jeammet, Philippe	*Problemas terapéuticos en la psicosis del adolescente*	5	1988	27-54
Jeammet, Philippe	*Trastornos de la personalidad y conducta alimenticia en la adolescencia: anorexia y bulimia.*	8	1989	7-24

K

Kernberg, Otto	*La patología narcisista hoy*	13/14	1992	101-154
Kernberg, Paulina F.	*Psicoterapia de niños con trastornos de la identidad sexual*	19/20	1995	179-195
Kernberg, Paulina F.	*La psicoterapia en niños con patología narcisista*	13/14	1992	31-50
Knauer D.y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Knauer, D.	*Reflexiones acerca de la evolución a largo plazo (edad preescolar) de bebés tratados con psicoterapias madre-bebé. Estudio catamnésico clínico.*	15/16	1993	47-72
Kreisler, León	*Bases psicodinámicas de las psicoterapias psicosomáticas en el niño.*	0	1985	33-51

L

Lasa Zulueta, Alberto	*Introducción a las actividades científicas del I Congreso Nacional*	0	1985	11-14
Lasa Zulueta, Alberto	*René Diatkine (1918-1997).*	23/24	1997	141-150
Lasa Zulueta, Alberto	*Psicoterapia y autismo.*	13/14	1992	169-178
Lasa Zulueta, Alberto	*In Memorian Julián De Ajuriaguerra (1911-1993)*	10	1990	5-10
Lasa Zulueta, Alberto	*Inauguración del VIII Congreso Nacional: "La identidad y sus trastornos".*	17/18	1994	5-10
Lasa Zulueta, Alberto	*Inauguración del VII Congreso Nacional "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil" Sobre los fundamentos del psiquismo.*	15/16	1993	5-12
Lasa Zulueta, Alberto	*Inauguración del Congreso de la A.E.P.E.A. "De la Comprensión de la psicopatología al tratamiento"*	26	1998	5-8
Lasa Zulueta, Alberto	*El acercamiento terapéutico en la pubertad.*	3	1987	75 – 106
Lasa Zulueta, Alberto	*Mesa redonda: "Los trastornos neuróticos del niño"*	9	1990	91-131
Lasa Zulueta, Alberto	*Inauguración del X Congreso Nacional "Intervenciones terapéuticas en la práctica clínica".*	21/22	1996	9-14
Lasa Zulueta, Alberto	*Introducción al V Congreso Nacional "Los trastornos del aprendizaje"*	11/12	1991	5-16
Lavanchy, Pierrette	*Indicaciones y límites de la psicoterapia en la edad de latencia.*	1	1986	113-128
López Castan Justo y Cols.	*El asesoramiento psicopedagógico: Consideraciones en torno a una relación*	23/24	1997	131-140
López Sala, Adria. Y Col.	*Aprendizaje significativo en los grupos de reeducación.*	11/12	1991	145-152
Luciani, Dorothy A.	*Creando el experto en niños. La formación y la filosofía en el centro Anna Freud.*	4	1987	67-88

M

Mabres, M.	*Sobre identificación e identidad sexual: datos clínicos*	17/18	1994	93-106
Macia Querol Teresa y Cols.	*El asesoramiento psicopedagógico: Consideraciones en torno a una relación*	23/24	1997	131-140
Macias Rocha, Manuel	*Principios organizadores de la interacción precoz entre la madre y el bebé.*	10	1990	45-64
Maganto Mateo, Carmen y Col.	*Aportación de las técnicas proyectivas a la comprensión de un caso con problemas de aprendizaje.*	11/12	1991	153-170
Manchón, Alicia y Cols.	*El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica.*	4	1987	123-139
Manzano Garrido, Juan	*Los escenarios narcisistas de la parentalidad (desarrollos en la consulta terapéutica padres/niños/adolescentes).*	26	1998	107-114
Manzano Garrido, Juan	*Separación e identidad en psicoterapia de niños*	17/18	1994	33-44
Manzano Garrido, Juan	*Introducción al congreso: "Progresos en psicoterapia".*	13/14	1992	5-8
Manzano Garrido, Juan	*Estudios sobre las raíces de la patología psicótica y borderline en la adolescencia. Estado actual de nuestra investigación*	7	1989	7-28
Manzano Garrido, Juan	*Mesa redonda: "Los trastornos neuróticos del niño"*	9	1990	91-131
Manzano Garrido, Juan	*Los trastornos del aprendizaje: Modelos explicativos, clasificación y medidas correctoras*	11/12	1991	17-40
Manzano Garrido, Juan y Col.	*Entrevista, valoración e intervención terapéutica en un paciente borderline*	13/14	1992	179-191
Manzano Garrido, Juan y Col.	*Intervención terapéutica breve en un fracaso escolar*	11/12	1991	171-178
Marselles Vidal Mª. Angeles.	*Una experiencia en la aplicación de medidas preventivas para el mejor desarrollo psicológico y emocional de la población infantil de una comarca.*	23/24	1997	121-130

Marti Filipo Francisco. Y Col.	*Aspectos psicodinámicos y psicoterapéuticos de la consulta pública*	23/24	1997	67-86
Marti Filipo, Francisco y Col.	*Los padres en el contenido manifiesto de los sueños en la adolescencia.*	3	1987	107-122
Martin Cabré, Luis Jorge	*Identidad y formación en psicoterapia infantil.*	4	1987	33-50
Martin Cabré, Luis Jorge	*Mesa redonda: "Los trastornos neuróticos del niño"*	9	1990	91-131
Martin Izard Carmen y Cols.	*Análisis de la demanda. Caso clínico.*	23/24	1997	95-100
Matot, Jean-Paul	*El espacio psicoterapéutico entre el reduccionismo médico y el reduccionismo social*	29	2000	5-32
Mendoza Berjano, Elisa y Col.	*Abordaje psicoterapéutico del niño en hemodiálisis*	19/20	1995	91-108
Metraux, Jean Claude	*El papel de los promotores de salud en la atención a los huérfanos de guerra: descripción de un proceso.*	7	1989	29-56
Miquel Puigserver Mª Luisa y Cols.	*Análisis de la demanda. Caso clínico.*	23/24	1997	95-100
Mirabent Junyent Vinyet. Y Cols	*Víctor, un niño deprimido*	23/24	1997	111-120
Miro, M.T y Cols.	*Las ansiedades del terapeuta novel. Algunas consideraciones sobre su formación: la supervisión.*	4	1987	51-66
Mises, Roger	*Clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente*	10	1990	105-194
Mises, Roger	*Aproximación dinámica a las deficiencias intelectuales del niño.*	0	1985	53-75
Mises, Roger	*Disarmonías evolutivas y trastornos del aprendizaje*	11/12	1991	59-76
Molins Garrido, Cristina y Cols	*Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres.*	13/14	1992	155-168
Mollejo Aparicio, Encarnación y Cols	*Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres.*	13/14	1992	155-168
Montes Cebrian, Inmaculada y Cols.	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Mora Febres, Virginia	*El juego: pensamiento sin palabras.*	21/22	1996	49-56

Muralt, M. De y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Nogueras Martín, Ana y Cols.	El programa de mediación y reparación a la víctima	28	1999	77-102
Nos Llopis, Jaime	*"Crónica de una muerte anunciada": Creatividad artística y elaboración.*	29	2000	87-110

O

Olmos de Paz, Teresa	*Teoría psicoanalítica de la adolescencia*	8	1989	91-110
Oregui, M. Y Col.	*Abordaje psicoterapéutico del adolescente en la institución.*	3	1987	123 –130
Oriol Lopez-Montenegro, Carmen	*Inhibición del aprendizaje y conflicto neurótico*	11/12	1991	137-144
Oriol Lopez-Montenegro, Carmen y Cols.	*Aprovechamiento psicoterapéutico de los recursos públicos: una experiencia.*	21/22	1996	129-138
Otero Rodríguez Juan. Y Col.	*Aspectos psicodinámicos y psicoterapéuticos de la consulta pública*	23/24	1997	67-86

P

Palacín, Concepció y Col.	Proceso de maternidad: un espacio de intervención psicologica para la prevención	28	1999	103-110
Palacio Espasa, Francisco	*Repercusiones sobre la vida mental y simbólica de los diversos funcionamientos psicóticos infantiles*	5	1988	55-78
Palacio Espasa, Francisco	*Consideraciones sobre las tendencias a la independencia y a la exogamia surgidas durante la pubertad y sobre el papel que desempeñan estas tendencias en las vivencias de "Breakdown".*	2	1986	75-113

Palacio Espasa, Francisco	*La psicoterapia en los niños pequeños: sus indicaciones y problemas.*	0	1985	91-99
Palacio Espasa, Francisco	*Indicaciones y contraindicaciones de las intervenciones terapéuticas breves padres-niños. Su lugar en la psicoterapia infantil.*	1	1986	99-112
Palacio Espasa, Francisco	*Trastornos del aprendizaje y depresión.*	11/12	1991	86-108
Palacio Espasa, Francisco y Col.	*Reflexiones acerca de la evolución a largo plazo (edad preescolar) de bebés tratados con psicoterapias madre-bebé. Estudio catamnésico clínico.*	15/16	1993	47-72
Palacio Espasa, Francisco y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Pantoja García, Felix	*Aspectos jurídicos de los malos tratos a menores*	19/20	1995	73-90
Pérez Crim, Elena	*De la pubertad hacia la madurez: cuatro años de psicoterapia.*	2	1986	37-63
Pérez Crim, Elena	*Intervención precoz en la patología grave del postparto.*	15/16	1993	97-122
Pérez Sánchez, Manuel	*Observación de bebés. Su importancia para la comprensión del desarrollo, psicopatología y prevención.*	6	1988	59-86
Pérez Sánchez, Manuel	*Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de la psicosis.*	4	1987	97-122
Pérez Yarza San Sebastián, Paz y Col.	*Aprovechamiento psicoterapéutico de los recursos públicos: una experiencia.*	21/22	1996	129-138
Pertejo Seseña, Jesusa	*Recensión sobre la Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente.*	6	1988	149-160
Pertejo Seseña, Jesusa	*Las disarmonías evolutivas: concepto y clasificación de la C.F.T.M.N.A. de Roger Mises y colaboradores.*	7	1989	95-111
Pi, Mª. Teresa	*Reflexiones alrededor de una unidad de psicosomática en consultas externas de un hospital general*	29	2000	57-62

Poch Bullich, Joaquín y Col.	*Amor, odio: creatividad. A propósito de la obra de M. Rodoreda*	29	2000	111-138
Puertas Tejedor, Pilar	*El gigante desinflado*	6	1988	127-130
Puertas Tejedor, Pilar	*La simbolización y el proceso diagnóstico: apuntes para un seminario*	25	1998	83-116

Q

Quintana, Aurea y Col.	*Grupo de madres con hijos adoptados*	27	1999	7-84

R

Rallo Romero, J. Y Col.	*Abordaje psicoterapéutico del adolescente en la institución.*	3	1987	123 –130
Rebecca, Lucilla y Cols.	*Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros.*	23/24	1997	23-50
Rebollo Conejo, Isidro	*Pasado y presente en la tragedia del adolescente. Sobre el declinar del padre*	29	2000	41-56
Robert-Tissot, C. Y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Roca, Janina y Cols.	*Circuitos profesionales para el abordaje de los abusos sexuales: un proyecto interdisciplinar en la red pública*	28	1999	71-76
Rodríguez Daimiel, Graciela y otros	*El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica.*	4	1987	123-139
Rodríguez García, Rodolfo	*Intervenciones psicoterapéuticas en los tratamientos individuales y de grupo de tipo psicomotor, logopédicos y psicodramáticos*	1	1986	15-50

Rodríguez García, Rodolfo	*Intrincación entre el proceso delirante y el proceso deficitario de las psicosis infantiles.*	5	1988	79-90
Rodríguez García, Rodolfo y Col.	*Interpretaciones psicoterapéuticas en niños que han padecido traumatismos perinatales*	13/14	1992	83-100
Rusconi-Serpa, S. Y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147

S

Sánchez Durá, Margarita. Y Cols.	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Sandonà Graziella y Cols.	*Como los compañeros interactúan con un niño autista en una clase normal.*	23/24	1997	151-177
Santos Castroviejo, Concepción	*Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones parentales.*	15/16	1993	21-46
Sanz Pons, Ricardo	*Intervenciones con la familia en psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente.*	1	1986	51-76
Schteingart, Alicia	*Relación precoz y ciertas manifestaciones psicosomáticas en el psicoanálisis de adultos.*	7	1989	77-94
Secció d'adolescencia de Creu Roja (Barcelona)	*Informe sobre una experiencia asistencial con adolescentes en un marco institucional.*	2	1986	114-125
Serra Oliver Cristobal y Cols.	*Análisis de la demanda. Caso clínico.*	23/24	1997	95-100
Serra Oliver, Cristobal y Col.	*Sexualidad y contratransferencia en una institución para deficientes mentales*	2	1986	64-74
Seto Musquera, Gloria	*La no aceptación y elaboración de la evolución personal y del sufrimiento psíquico dificulta la evolución psíquica.*	19/20	1995	133-142

Siebenthal-Rodriguez, Anne-Lise Von, y col	*Interpretaciones psicoterapéuticas en niños que han padecido traumatismos perinatales*	13/14	1992	83-100
Solé i Martín, Teresa	*Espacio psicoterapeutico en un centro de planificacion familiar*	28	1999	65-70
Soler Roque, Charo y Cols.	El programa de mediación y reparación a la víctima	28	1999	77-102
Soulé Michel y Col.	*Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inesperada) del recién nacido.*	6	1988	7-36
Soulé Michel.	*La cuestión de una posible búsqueda de sus progenitores por el niño adoptado, y la novela familiar*	23/24	1997	87-94
Soulé, Michel	*Aproximación psicodinámica a la neonatología*	19/20	1995	39-46
Stern, D. N. Y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147

T

Tarrago Riverola, M. Remei	*Síndrome de Münchausen por poderes: consideraciones sobre el diagnóstico. Valoración psicodinámica de la psicopatología parental.*	19/20	1995	109-114
Toledano Ramón, Marta	*Intervenciones psicoterapéuticas breves en la latencia desde un área básica de salud.*	21/22	1996	121-128
Toledo Ruiz, Eutiquiana y Col.	*Entrevista, valoración e intervención terapéutica en un paciente borderline*	13/14	1992	179-191
Toledo Ruiz, Eutiquiana y Col.	*Intervención terapéutica breve en un fracaso escolar*	11/12	1991	171-178
Tomas, Pola I de	*Conferencia inaugural del IV Congreso Nacional "Los trastornos neuróticos del niño". Introducción al tema del Congreso.*	9	1990	13-20
Tomas, Pola I de	*Introducción a la II Reunión Científica: "Indicaciones y límites de la psicoterapia infantil".*	1	1986	77-82

Torras de Beà, Eulàlia	La actividad anti-tarea en los grupos de niños y adolescentes	28	1999	145-155
Torras de Beà, Eulàlia	*Diferenciación del trastorno neurótico del niño.*	9	1990	49-90
Torras de Beà, Eulàlia	*Los grupos en la atención psicoterapéutica en la infancia y en la adolescencia.*	13/14	1992	51-68
Torras de Beà, Eulàlia	*Primera Infancia: asistencia terapéutica*	25	1998	5-20
Torras de Beà, Eulàlia	*Modalidades terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes. La dinámica subyacente.*	21/22	1996	83-104
Torras de Beà, Eulàlia y Col.	*La comprensión psicodinámica y la salud mental: el psicólogo en la escuela.*	23/24	1997	111-120
Torras de Beà, Eulàlia y Col.	*El desarrollo de la identidad en el tratamiento de los niños pequeños*	17/18	1994	77-86
Tous Quetglas, Joana María y Cols.	*Interpretación y encuadre en psicoterapia de la primera infancia.*	15/16	1993	123-136
Tous Quetglas, Joana María y Cols.	*Las ansiedades del terapeuta novel. Algunas consideraciones sobre su formación: la supervisión.*	4	1987	51-66

U

Utrilla Robles, Manuela	*Las identificaciones en el niño*	17/18	1994	45-64
Utrilla Robles, Manuela	*Esencia y límites de la psicoterapia infantil*	1	1986	83-98

V

Valencia	*Acto-homenaje al Dr. Alberto J. Campo (18 mayo 1991).*	8	1989	79-81
Vera Campo	*Psicoanálisis, psicoterapia y seguimiento*	29	2000	77-86

Villanueva Suárez y Cols.	*Actualización en psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica con niños y adolescentes en los servicios de salud mental de la Comunidad de Madrid*	29	2000	30-40
Villanueva Suárez, Carmen y Col.	Consultas paralelas madres- hijas	28	1999	111-116

W

Wenger Fridman, Miriam	*Consideraciones psicosociológicas sobre los niños inmigrantes y sus padres.*	10	1990	65-76
Widlöcher, Daniel	*¿Qué psicopatología para qué tratamiento?*	26	1998	29-38

Z

Zegri, Gloria	*El desarrollo de la identidad en un grupo terapéutico de adolescentes*	17/18	1994	87-92

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. Los trabajos presentados deberán de ser inéditos o con autorización de publicación en caso de haber sido ya publicados.
2. En la primera página deberá constar:
   – Título del artículo
   – Nombre del autor
   – Profesión del autor y referencias personales que el autor desee aparezcan en la publicación
   – Resumen del contenido del artículo (entre 5 y 10 líneas)
   – Palabras claves para el índice
3. Se deberán enviar dos copias escritas en tamaño Din A-4. y en diskette con formato PC Word 6.0 o superior.
4. En caso de presentar dibujos, éstos se presentarán numerados y con referencias sobre el lugar en donde deben ser insertados en el texto.
5. La petición de información y el envío de artículos se realizará a la siguiente dirección:

   Manuel Hernanz
   Heros, 19-6.º D
   Bilbao 48009
   mhernanz@correo.cop.es

La responsabilidad de la decisión de publicar o no un original, así como la fecha en que esto se llevará a cabo corresponde al Consejo de Dirección de la Revista.

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

- *Domicilio Social:* Villanueva, 11-3.º 28001 MADRID
- *Secretaría y Tesorería:* Plaza Noguerola, 7 25007 LLEIDA

D. .....,

licenciado en ....., especialista en .....,

con domicilio en (calle - plaza) ....., n.º .....,

ciudad ....., provincia ....., C.P. .....

Teléfono .....

Solicita su ingreso, en calidad de miembro (*) ....., **en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, para lo cual es propuesto por los miembros:**

D. ..... Firma,

D. ..... Firma,

Adjunta Curriculum vitae y documentos acreditativos.

....., a ..... de ..... de 20.....

Firma,

(*) Ordinario, Asociado.

Nombre y apellidos .....

Dirección ..... C.P. .....

Banco o Caja de Ahorros ..... Agencia n.º .....

Calle ..... n.º .....

Ciudad ..... C.P. .....

Cuenta corriente o libreta de ahorros (indicar n.º complejo de cuenta c.c.c.

				•				•			•									

Muy señores míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar de mi Cuenta corriente / Libreta de ahorros n.º el importe de la sus-cripción anual a la **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.**

Firma,