

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ALBERTO LASA ZULUETA	Hiperactividad y trastornos de la personalidad. I. Sobre la hiperactividad.....	5
ALICIA MONSERRAT FEMENIA	Manuel entre las luces y las sombras (La hiperactividad y las fallas con el objeto primario)	83
JUAN EDUARDO GROCH	Deconstrucción y construcción parental en trastornos graves del desarrollo infantil	91
CECILIA PÉREZ-MÍNGUEZ CASARIEGO	Intervención psicológica en una unidad de neonatología con un recién nacido que no adquiere peso	101
ANA BERTA JARA SEGURA, FE. GONZÁLEZ SERRANO, PAZ SAN MIGUEL y MAITE URIZAR	Aproximación a las tentativas de suicidio en los adolescentes	115
JESÚS COLÁS SANJUÁN	Acercamiento psicoanalítico a la epilepsia infantil	141
P. DE PABLOS RODRÍGUEZ y MARÍA PÉREZ MARTÍN	Trastornos en las funciones parentales, efectos en el desarrollo del psiquismo: un problema transgeneracional.....	173
ANNA FORNÓS I BARRERAS	La crianza: su importancia en las interacciones entre padres e hijos	183
A. TRIGUEROS OLMEDO y ELENA SANZ RIVAS	Un caso de neurosis de abandono.....	199
ALBERTO GRINBERG	El continente perdido (Historia de una búsqueda)	209
MERCEDES VALCARCE MARTÍNEZ	Los cuentos de hadas y el conflicto envidioso	221

N.º 31/32 2001 1.º y 2.º semestres

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

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

Depósito Legal:

BI-1.383-95

ISSN: 1575-5967

Edita:

Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño
y del Adolescente.

Imprime:

Berekintza, S.L.
Heros,7
48009 Bilbao

Directores:

Manuel Hernanz Ruiz
Alberto Lasa Zulueta

Coordinador de redacción:

Jaume Baró Aylon

Comité de redacción:

Leticia Escario (España)
Juan Manzano Garrido (Suiza)
Paloma Morera Arias (España)
Ana Jiménez Pascual (España)
Lucía Álvarez Buylla (España)
Alicia Sánchez Suárez (España)
Xabier Tapia Lizeaga (España)

Consejo editorial:

Fernando Cabaleiro Fabeiro
Amparo Escribá Catalá
Marian Fernández Galindo
Fernando González Serrano
Ana Gumucio Irala
Mari Carmen Navarro Rodero

Evaluadores externos:

Dr. Francisco Palacio- Espasa (Ginebra).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Ginebra.

Dr. Miguel Cherro Aguerre (Montevideo).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Montevideo.

Dra. Paulina F. Kernberg (New York).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de Cornell.
New York.

Dr. Bernard Golse (París).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad René Descartes-
París V.

Dr. Philippe Jeammet (París).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de París VI.

Envío Ejemplares atrasados:

Jaume Baró Aylon
Plza Noguerola, 7
Lleida 25007
Telf./Fax: 973 24 44 83

Información y envíos de artículos:

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

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ALBERTO LASA ZULUETA	Hiperactividad y trastornos de la personalidad. I. Sobre la hiperactividad.....	5
ALICIA MONSERRAT FEMENIA	Manuel entre las luces y las sombras (La hiperactividad y las fallas con el objeto primario)	83
JUAN EDUARDO GROCH	Deconstrucción y construcción parental en trastornos graves del desarrollo infantil	91
CECILIA PÉREZ-MÍNGUEZ CASARIEGO	Intervención psicológica en una unidad de neonatología con un recién nacido que no adquiría peso	101
ANA BERTA JARA SEGURA, FE. GONZÁLEZ SERRANO, PAZ SAN MIGUEL y MAITE URIZAR	Aproximación a las tentativas de suicidio en los adolescentes	115
JESÚS COLÁS SANJUÁN	Acercamiento psicoanalítico a la epilepsia infantil	141
P. DE PABLOS RODRÍGUEZ y MARÍA PÉREZ MARTÍN	Trastornos en las funciones parentales, efectos en el desarrollo del psiquismo: un problema transgeneracional.....	173
ANNA FORNÓS I BARRERAS	La crianza: su importancia en las interacciones entre padres e hijos	183
A. TRIGUEROS OLMEDO y ELENA SANZ RIVAS	Un caso de neurosis de abandono.....	199
ALBERTO GRINBERG	El continente perdido (Historia de una búsqueda)	209
MERCEDES VALCARCE MARTÍNEZ	Los cuentos de hadas y el conflicto envidioso	221

N.º 31/32 2001 1.º y 2.º semestres

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

Publicación semestral dirigida a los profesionales de la Salud Mental de la infancia y la adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes, planteando desde un punto de vista psicoanalítico, actualizaciones teóricas tanto conceptuales como descriptivas de cuadros psicopatológicos, presentación de actuaciones clínicas, y debates sobre las situaciones actuales referidas a este campo.

Sistema de selección de los originales

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.).
- Selección de comunicaciones presentadas en los congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres.

JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

- Presidente:** Alberto Lasa Zulueta (Bilbao).
- Vicepresidente:** Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan).
- Secretario:** Alicia Sánchez Suárez (Madrid).
- Vicesecretario:** Paloma Morera Arias (Madrid)
- Tesorero:** Jaume Baró Aylon (Lleida).
- Publicaciones:** Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao).
- Vocales:** Juan Manzano Garrido (Ginebra).
Leticia Escario (Barcelona)
Lucia Álvarez Buylla (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

HIPERACTIVIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD I. SOBRE LA HIPERACTIVIDAD*

Alberto Lasa Zulueta**

INTRODUCCIÓN

En el momento actual la hiperactividad del niño se ha convertido en un “síndrome” o, aún más, en una “enfermedad” de moda, particularmente en la psiquiatría anglosajona, de cultura sanitaria y medios asistenciales muy diferentes a los nuestros. Pese a ello está siendo importada y descrita por ciertos medios, de prensa y también científicos de nuestro país, como si se tratara de una situación clínica de descubrimiento y tratamiento reciente. Se trata sin embargo de un concepto de larga y controvertida historia que conviene repasar con algún detalle para no incurrir en un reduccionismo excesivo que puede conducir a decisiones clínicas y terapéuticas excesivamente simplificadoras.

Por sorprendente que pueda parecer, sobre todo a quienes ya hemos conocido hace décadas el mismo fenómeno, (en los años setenta ya con la hiperactividad y entonces y posterior-

* Este primer artículo, junto con el que se publicará en el próximo número, es el resultado de la revisión y actualización de la ponencia presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia / San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000

** Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Comarca Uribe Osakidetza /Servicio Vasco de Salud. Correspondencia: c/ Alangobarri, 7 bis 48990 Getxo. Vizcaya.

mente con conceptos también controvertidos como el de disfunción cerebral mínima o el de dislexia) asistimos a la reactivación y promoción, con un interesado etiquetaje de “nuevo descubrimiento científico”, de hechos clínicos sobradamente conocidos y de propuestas terapéuticas ensayadas desde hace mucho tiempo.

Una vez más, se trata de encajar hechos clínicos complejos en un viejo y estrecho paradigma, resucitado por la actual orientación psiquiátrica denominada “neo-kraepeliniana”, que tiende al ideal decimonónico del llamado “modelo médico”: “una causa, una enfermedad, un tratamiento”.

Ideas que resurgen con el auge de la psiquiatría biológica y de sus investigaciones y descubrimientos, e influenciadas también por el generoso, e interesado, mecenazgo de una industria farmacéutica de extraordinario poder económico y mediático, y de gran influencia en los medios de opinión y expresión científicos y universitarios. Autores poco sospechosos de ignorar los hechos biológicos han resaltado que, en las tendencias actuales, “las afirmaciones sobrepasan considerablemente las pruebas” (RUTTER, 2000). Un experto observador y protagonista de la psiquiatría americana (EISENBERG, 1986), lo ha resumido en pocas palabras: “el punto de vista *“sin cerebro”* ha sido sustituido por otro punto de vista *“sin mente”* igualmente estrecho y limitado”.

El debate científico enfrenta a autores, inicial y fundamentalmente norteamericanos, que defienden la existencia de una entidad clínica diferenciada y con una etiopatogenia orgánica determinada, denominada “Trastorno de hiperactividad-déficit de atención”, con otros, fundamentalmente europeos pero también norteamericanos, que no están de acuerdo en atribuirle el carácter de una categoría diagnóstica específica porque juzgan que se trata de una agrupación sintomática, tradicionalmente denominada “inestabilidad psicomotriz”, sin ninguna relación etiopatológica determinable con lesión o disfunción cerebral precisa alguna, y dependiente de múltiples

factores etiopatogénicos, no solo biológico-temperamentales, sino también psicológicos y psicopatológicos, familiares y socio-educativos.

ACERCA DE DOS MODELOS DE (IN)COMPRESIÓN POSIBLES

Indudablemente existen diferentes maneras de situarse frente a los hechos clínicos y a las diferentes opciones de tratarlos. La formación recibida y la experiencia de cada cual, así como el lugar de trabajo y los contactos profesionales y recursos terapéuticos que permite y ofrece, son seguramente, tanto por su riqueza como por sus carencias, los factores más determinantes del estilo de comprensión clínica y respuesta terapéutica de cada profesional. Al tratarse de fenómenos experienciales, interactivos y, en cierto modo, azarosos, condicionan diversos estilos y etapas en cada profesional.

Sin embargo, se pueden tratar de agrupar, y seguramente afirmar que, todas las modalidades de actividad profesional oscilan entre dos polos o modelos de comprensión que, a su vez, condicionan supuestos etiopatogénicos y, en consecuencia, opciones terapéuticas diferentes. Que ambas puedan ser integradas o, por el contrario esgrimidas como argumentos recíprocamente excluyentes dependerá de la formación, experiencia y elasticidad de cada (equipo) profesional. Pero además condicionará la colaboración o descalificación entre profesionales que emiten diagnósticos, orientaciones terapéuticas y opiniones diferentes, conllevando, en caso de desacuerdo, además del riesgo del descrédito de la objetividad de nuestros criterios diagnósticos, cierto desconcierto, sufrimiento y hasta desconfianza de los pacientes y sus familias.

La hiperactividad es un síndrome clínico en el que las repercusiones de todo lo expuesto resultan particularmente manifiestas.

Frente a ella **la actitud**, es decir **la predisposición**, del profesional puede ser distinta, predominando una actitud de

reflexión e intento de *comprensión de los fenómenos latentes* que subyacen al comportamiento hiperactivo, o, en el otro polo, el interés por la observación, *descripción objetiva y cuantificación* del fenómeno manifiesto más visible. Obviamente la prioridad elegida condicionará una posición “de espera” (y de apertura a la aparición de eventualidades psicopatológicas acompañantes o determinantes) o “de confirmación” (de un diagnóstico claro a confirmar o a evidenciar). La comprensión y reflexión estará centrada en el *funcionamiento mental* y en sus *mecanismos repetitivos de orden psicopatológico* en el primer caso, y en el segundo en la *descripción y objetivación de síntomas “cuantificables”*, por ejemplo a través de cuestionarios, a los que ingenua o interesadamente se atribuye un valor de “prueba diagnóstica”.

Esta actitudes se plasman en dos tipos de **actividad** en la exploración clínica, que buscará un *diálogo* abierto a la indagación en el primero, y una *observación* destinada a completar y cerrar una recopilación de datos objetivables en el otro.

Ambos tipos, de predisposición y de actividad exploratoria, van unidos a que el **objeto de estudio** al que apuntan es diferente. La *comprensión del funcionamiento mental* se interesa por la articulación de los síntomas con mecanismos psíquicos, conscientes e inconscientes, y en particular por la persistencia repetitiva y limitante de algunos de ellos, así como por su psicogénesis, relacionada con mecanismos de interiorización e identificación y por tanto influenciada, tanto en su origen como en su mantenimiento, por la interacción con personas significativas del entorno. El conjunto interactivo constituido por: la persistencia limitante de ciertos mecanismos mentales defensivos y constitutivos; los conflictos, intrapsíquicos y con el entorno, que conllevan un particular sufrimiento emocional y afectivo; los problemas relacionales consecuentes y repetitivos; constituirán los ejes que permitan confirmar la consolidación estable y predominante de un tipo de funcionamiento estructurado y permanente, que configura un **tipo de diag-**

nóstico, el *diagnóstico estructural* y con ello delimitar si se trata, o no, de algo calificable de psicopatológico. En contraste, si el objeto a estudiar es la *conducta observable* y la *detección de los síntomas en sí mismos*, esta adición, sumario y catalogación, método que ha sistematizado con el éxito consabido el sistema de clasificación americano (DSM en sus diferentes versiones) facilitará un *diagnóstico sintomático* fundamentalmente.

En cuanto al **tipo de relación**, entre las manifestaciones sintomáticas y la problemática subyacente, que el primer modelo de comprensión considera en su perspectiva, es una relación de *continuidad*, que entiende que existe una *co-relación* y *co-determinación* entre los diversos elementos, (y no solo entre los intrapsíquicos y los relacionales-síntomas externos visibles, sino también con el funcionamiento mental - estructura psíquica subyacente y determinante; y además también entre psicogénesis-biografía y organización del aparato psíquico- estructura). Para el segundo modelo, en cambio, esta relación es de *contigüidad*, pero no de co-determinación, puesto que los fenómenos sintomáticos son considerados, como corresponde a un “modelo médico”, como procesos “mórbidos”, es decir con una etiopatogenia diferenciada y por tanto independientes. Por eso se habla de relación de “*co-morbilidad*” y lo que interesa es el *registro* de las frecuencias y combinaciones con las que estos procesos independientes se presentan, sobre todo con vistas a establecer que puntos comunes pueden existir en sus independientes determinismos causales (o por decirlo más claramente, tratar de establecer cuales son los mecanismos biológicos específicos subyacentes).

Propongo denominar a estos **modelos de comprensión** “*complejo*”, al primero, que centra su concepción en la *interacción*, y “*sencillo*” el segundo que entiende más bien el diagnóstico como una *suma* de causas y síntomas. Seguramente y en función de las preferencias de cada cual, se podrá calificarlos respectivamente de excesivamente “complicado” el pri-

mero, y de exageradamente “simple” hasta alcanzar un reduccionismo exagerado, al segundo.

MODELOS DE COMPRESIÓN

ACTITUD	REFLEXIÓN - COMPRENDER	DESCRIPCIÓN-OBJETIVAR
ACTIVIDAD	DIALOGAR	OBSERVAR
OBJETO TIPO DE DIAGNÓSTICO	FUNCIONAMIENTO MENTAL ESTRUCTURAL	CONDUCTA SINTOMÁTICO
RELACIÓN	CONTINUIDAD (CO-RELACIÓN)	COMORBILIDAD (RECuento)
	COMPLEJO-INTERACCIÓN “COMPLICADO”	SENCILLO-ADICIÓN “SIMPLE”

MODELOS DE INTERVENCIÓN

ETIOLOGÍA	CIRCULAR MULTIFACTORIAL	LINEAL UNICAUSAL
TIPO TRATAMIENTO	POLIVALENTE MULTIPROFESIONAL	UNÍVOCO
OBJETIVO TRATAMTO.	CATAMNESIS LARGA ORGANIZACIÓN PERS.	BREVE MEJORÍA SÍNTOMAS
MÉTODO EVALUACIÓN	DIACRÓNICA LARGO SEGUIMIENTO	SINCRÓNICA EFICACIA COMPARATIVA
IDEOLOGÍA	“ASISTENCIAL” RECURSOS/CONTEXTO “COMUNITARIA”	“CIENTÍFICA” NATURALEZA ENFERMEDAD “BIOLÓGICA”

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA, DE LA COMPRESIÓN A LA INTERVENCIÓN

Como decíamos anteriormente, estos modelos de comprensión son inseparables de un estilo de intervención y de opción terapéutica, que lógicamente tendrá en cuenta sus correspondientes teorías y evidencias clínicas acerca de las causas del trastorno, y de como responde al tratamiento propuesto.

Es aquí donde se pueden apreciar diferencias notables entre las opciones de quienes confían en la eficacia y necesidad de abordar un tratamiento basado en una relación terapéutica, mas o menos prolongada, con el paciente y también con alguna relación o intervención con el entorno familiar y escolar del niño, y las de quienes optan por atribuir el trastorno a una causa neurobiológica, y en consecuencia, prescribir un tratamiento medicamentoso, casi siempre un estimulante anfetamínico.

Los primeros basan su decisión en su propia experiencia clínica, obtenida en el tratamiento de un número limitado de casos tratados prolongadamente y exhaustivamente y estudiados tanto en sus características individuales como familiares. A ojos de los criterios actualmente imperantes en la psiquiatría que se autodenomina “basada en la evidencia”, es precisamente esta dedicación intensiva a un número limitado de casos la que constituye su “debilidad científica” puesto que la “evidencia clínica” sólo puede obtenerse con “estudios clínicos controlados” que comparen los resultados de diferentes tratamientos aplicados a colectivos constituidos por un gran número de casos y con “diagnósticos homogéneos”. Obviamente esta “exigencia metodológica” obliga a establecer “criterios diagnósticos objetivos”, en los que la hiperactividad quede diferenciada de su “mezcla” con otros componentes psicopatológicos “comórbidos” (GREENHALGH, 1997). O sea que la idea de una hiperactividad “no pura”, es decir correlacionada con, e inseparable de otros síntomas o de fenómenos psico (pato)lógicos, plantea complicaciones metodológicas difíciles de resolver. Dicho al revés, el reclutamiento de una amplio número de “hiperactividades puras” simplifica el método. Y son muchos los autores, partidarios de la llamada “psiquiatría basada en la evidencia” que se han sentido obligados a llamar la atención sobre la muy frecuente “coexistencia de comorbilidad” asociada a la hiperactividad y sobre los diagnósticos basados sencillamente en la insuficiente observación clínica de la psicopatología subyacente a la sintomatolo-

gía más visible, la hiperactividad. Es decir que lo que se separa, un tanto artificialmente por la necesidad conceptual de diferenciar diagnósticos “homogéneos” e individualizables, vuelve a presentarse en la realidad clínica evidente como algo inseparable, y la confluencia de fenómenos “comórbidos” es el resultado de una fragmentación previa, arbitraria por conceptual e ideológica, de fenómenos psicopatológicos inseparables porque son interactuantes y codeterminantes.

Pero parece legítimo, para llegar a conclusiones válidas, el aspirar a comparaciones en números significativos de los resultados, objetivamente evaluados, obtenidos con diferentes tratamientos. Esto exige, además de planteamientos metodológicos correctos, exigencias éticas y medios asistenciales que permitan una disponibilidad amplia y razonable de recursos terapéuticos, cosa que en nuestra realidad sanitaria y, aún más en la estadounidense (que es a la que más se refieren, como modelo a seguir, ciertos trabajos y muchos artículos de prensa) están lejos de ser una realidad presente. Conviene que recordemos algunas peculiaridades asistenciales de la psiquiatría estadounidense y de las conclusiones a las que conduce, antes de importarlas directamente a nuestro medio, mimetismo actualmente creciente en nuestro país, sin duda por efecto de la fascinación que ejercen sus modelos médicos y culturales, y por la promoción propia facilitada por su dominación lingüística, económica y mediática.

La lectura de las revistas científicas estadounidenses de psiquiatría de niños y adolescentes (fundamentalmente *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, pero también *Archives of General Psychiatry* y *American Journal of Psychiatry*, entre otras) permite ver claramente que privilegian ciertos temas: neuroquímica, neuro-imagen, efectos de los medicamentos, genética y bioquímica de los trastornos, así como trabajos epidemiológicos. Predomina de forma aplastante la ya citada tendencia “homogeneizante”, con grupos de pacientes en general muy amplios, analizados con parámetros

empíricos y numéricos, y con neta prioridad a la obtención de datos con validez estadística, que permitan una “medicina basada en la evidencia”. La inmensa mayoría de trabajos, y la formación de los profesionales, están basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV, y se refieren exclusivamente a autores anglosajones y, convencidos lógicamente de que el inglés es el único lenguaje científico oficial, desconocen totalmente los trabajos de otras procedencias.

Las descripciones clínicas de casos, el interés por la vida interior del niño y por sus propios sentimientos personales, la comprensión clínica y profunda de su personalidad, el sufrimiento y las características relacionales e interactivas del niño y la familia, frecuentes en otras culturas psiquiátricas, están totalmente ausentes. Temas importantes en otras orientaciones y países, y también desarrollados por autores americanos o anglófonos –los conceptos psicodinámicos de mecanismos de defensa y de conflicto intrapsíquico (FRAIBERG, 1987); la importancia del apego en las primeras relaciones y organización psíquica (BOWLBY, 1951,1969; AINSWORTH, 1979; HOLMES,1993; MONTAGNER 1988, RUTTER, 1995; ZEANHA y cols., 1993); las primeras interacciones y su influencia en la modulación del temperamento y otras funciones constitutivas de la personalidad (KENNEL Y KLAUS, 1998, STERN, 1993, 1995); el interés de seguimiento en profundidad del caso individual como descubrimiento de factores traumáticos inabordables con estudios transversales (TERR, 1981, 1991)– han quedado muy relegados y casi desaparecido en los programas de formación (MALDONADO-DURA Y HELMIG, 2001).

Los clínicos se interesan en particular, o más bien exclusivamente, por los “criterios diagnósticos”, de los trastornos, es decir, sus síntomas, su severidad, su frecuencia y su coexistencia con otros síntomas.

Esta concepción descarta por “poco científica” la consideración de vivencias subjetivas, de relatos “narrativos” de la biografía y relaciones del niño, puesto que el “caso individual” no

permite ni comparaciones estadísticas, ni conclusiones válidas respecto a la eficacia comparada en grandes cohortes de casos de los tratamientos utilizados. Pero, sobre todo, son las características económicas específicas de su sistema sanitario-asistencial (basado en la prioridad de la financiación basada en, e impuesta por, seguros privados, cuya extensión es correlativa a la escasez del sector sanitario público o semi-público) las que han condicionado algunas de las características de su ideología y práctica clínicas.

Así, por ejemplo, las características emocionales o del comportamiento que no sean fácilmente simplificables y codificables, dificultan y retrasan que los seguros financien las consultas de diagnóstico y tratamiento. Al haberse generalizado, en salud y en psiquiatría, los criterios de gestión y evaluación de la industria privada, el profesional que tarde “demasiado” en establecer un diagnóstico será “menos productivo”; la duración de las hospitalizaciones, siempre muy breves, también se calcula estadísticamente conforme a la “duración media normal correspondiente” a cada diagnóstico; el psiquiatra que “prolonga excesivamente” su relación terapéutica con un paciente es “excesivamente costoso”. En resumen, el diagnóstico rápido es obligatorio y determina un protocolo homogéneo y uniforme de intervenciones terapéuticas muy breves, con objetivos de evaluación de cambios en comportamiento y síntomas claros y medibles, y con duración y coste idénticos para todos los pacientes “de iguales características”.

Sobra añadir que son varias las consecuencias derivadas de este estado de cosas: la inclusión creciente de problemas psicológicos y psiquiátricos en el campo de la pediatría “rápida” e individual y en detrimento de los equipos especializados en psiquiatría, y aun más si al denominarse “de salud mental” son considerados como “menos médicos” (a pesar de que también se tiende por razones exclusivas de ahorro económico a sustituir profesionales médicos por otros de inferiores salarios); la frecuencia creciente de las prescripciones

medicamentosas “protocolizadas” en detrimento de otras opciones terapéuticas “más difíciles de homogeneizar y de evaluar” (y dejamos de lado el espinoso tema de la neutralidad y procedencia de los trabajos que muestran la “evidencia” del menor coste sanitario de los fármacos frente a otras opciones); el desinterés por la prevención, la promoción de la salud o el diagnóstico precoz, “sin diagnóstico confirmado no hay trastorno”; la no financiación de las intervenciones terapéuticas centradas en el medio familiar, “lo social no es medicina”, sobre todo si dan prioridad a consideraciones psicodinámicas que al proponer relación y escucha prolongan y complican, es decir “encarecen”, tanto el diagnóstico como el tratamiento; la prioridad, por no decir exclusividad, concedida a las “intervenciones en crisis”, muy frecuentemente en consulta ambulatoria no especializada, sin seguimiento posterior y sin ninguna posibilidad de interconsulta con otras especialidades médicas (BUSSING, 1998); la judicialización, con exclusión del sistema sanitario y de proyectos de readaptación, de los comportamientos violentos y conductas antisociales (HALLER, 2000); o sencillamente la exclusión del acceso a cualquier atención sanitaria de muchos niños (GELTMAN y cols., 1996; SMITH y cols., 2000).

Podría parecer maniqueo contraponer a estos fenómenos las características esenciales de los sistemas socio-sanitarios públicos, basados en el principio del derecho universal a la salud y la seguridad social. Como son sobradamente conocidas las características de un sistema como el nuestro, con sus ventajas, inconvenientes y carencias, y habiendo señalado ya algunos de los riesgos que nuestro papanatismo nos podría hacer importar, ignorando la autocrítica que los propios estadounidenses han realizado repetidas veces, me parece más útil cederles el protagonismo de sus propios logros y de los males derivados, no lo olvidemos, de todo progreso.

Volveré por ello, más adelante, sobre algunos trabajos actuales que replantean exhaustivamente estas cuestiones,

(Informe de la Conferencia de Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Hiperactividad – Déficit de Atención del Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos, 2000), pese a lo cual no suelen ser tan citados como otros menos rigurosos. Aunque podría haber preferido presentar de entrada algunas de las conclusiones recientes y categóricas de estos autores, me ha parecido más interesante comenzar por un repaso, (“conocer la historia para no volver a repetirla”), de la sorprendente y aleccionadora evolución de los numerosos y controvertidos conceptos referentes a la hiperactividad.

SOBRE LA HIPERACTIVIDAD

Revisión histórica de un concepto recurrente

Un repaso por la literatura psiquiátrica muestra la abundante terminología utilizada desde comienzos de siglo: inestabilidad psicomotriz, hipercinesia, hiperactividad, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, déficit de atención con o sin hiperactividad. Tales cambios tienen mucho que ver con la inexistencia de criterios diagnósticos objetivos homogéneos, con la multiplicidad y heterogeneidad de los síntomas y/o psicopatología asociados y con la imposibilidad hasta ahora de atribuir al trastorno una etiología única.

En **la literatura científica anglófona**, la inestabilidad infantil se describe a comienzos de siglo y ya entonces se le atribuye una causalidad orgánica.

Ya en 1902, STILL agrupa bajo la denominación de **“Brain damage syndrome” (“Síndrome de lesión cerebral”)**, sus observaciones de niños, mayoritariamente varones, que presentan una hiperactividad importante al comenzar sus aprendizajes escolares. Distingue tres subgrupos: niños con lesiones cerebrales importantes, niños con antecedentes de traumatismos craneales o de meningoencefalitis agudas con eventuales lesiones cerebrales no detectables clínicamente, y niños cuya hiperactividad no podía ser atribuida a ninguna etiología pre-

cisa (STILL, 1902). También la mayor frecuencia de inestabilidad e inquietud motoras en los deficientes mentales, campo clínico predominante entonces en estos inicios de la psiquiatría infantil, y la frecuente asociación de estas con anomalías orgánicas, llevó a postular a ciertos autores una común etiología lesional a deficientes e hiperactivos. Sin embargo, también entonces, otros trabajos no admitían tal vinculación observando que niños, manifiestamente hiperactivos en la edad escolar, no habían presentado en observaciones clínicas neonatales previas ningún indicio de sufrimiento cerebral (TREGOLD, 1908).

Tras la encefalitis epidémica de 1918, se describió frecuentemente como secuela un comportamiento hiperactivo (HOHMAN, 1922. STRECKER y EBAUGH, 1923), reforzándose por ello la vinculación de la hiperactividad con las lesiones orgánicas. Progresivamente se fue desarrollando la idea de que, pese a que la lesión cerebral no pudiera apreciarse clínicamente, la existencia de la hiperactividad era suficiente para “demostrar” su existencia, y ya en 1926, SMITH propone reemplazar el término de “lesión cerebral” por el de **“lesión cerebral a mínima”** (SMITH, 1926).

La hipótesis lesional de la hiperactividad también es atribuida por otros autores a traumatismos cerebrales (STRECKER Y EBAUGH, 1925) a lesiones perinatales (SCHILDER, 1931) y hasta aparece el “Síndrome de impulsividad orgánica”, (KAHN y COHEN, 1934), autores estos que postulaban que hiperactividad, impulsividad, trastornos de conducta y hasta la labilidad emocional, eran consecuencia de alteraciones orgánicas del tronco cerebral de etiologías varias (traumas, alteraciones pre y perinatales, defectos congénitos). Se pensó también entonces que múltiples y variados “signos neurológicos menores” confirmaban estas múltiples alteraciones causales.

Otros trabajos anglosajones recusaban estas terminologías considerando que se derivaban de posicionamientos etiopatogénicos poco rigurosos. CHILDERS, ya en 1935, diferencia

netamente niños hiperactivos y niños con lesiones cerebrales, porque éstas sólo están presentes en una pequeña proporción de aquellos (CHILDERS, 1935).

Las hipótesis organicistas se apoyaron también en los trabajos de BRADLEY que, en 1937, publica un estudio sobre 30 niños de entre 5 y 14 años, de inteligencia normal, cuyos trastornos del comportamiento y rendimientos escolares, habían mejorado considerablemente con la administración de una anfetamina (bencedrina). Esta publicación pasó entonces desapercibida pero, a partir de los años 50 con el descubrimiento de los neurolépticos, en 1952, y de otro psicoestimulante, el metifenidato, en 1957, se asiste a un desarrollo extraordinario de la utilización de la quimioterapia con niños hiperactivos, y en 1977, BARKLEY realiza una recensión de 110 trabajos consagrados al empleo de psicoestimulantes en la hiperactividad (BRADLEY, 1937; BARKLEY, 1977).

Previamente, en 1963, un grupo de expertos neurólogos (Oxford International Study Group of Child Neurology) opinaba que la lesión cerebral no debería inferirse basándose solo en signos del comportamiento y recomendaba reemplazar el término de “lesión cerebral mínima” por el de **“disfunción cerebral mínima” (minimal brain dysfunction)**, que acababan de proponer otros autores (CLEMENTS y PETERS, 1962; BAX y MACKETH, 1963). Con ello quedaban rebajadas las expectativas de evidenciar las certezas etiológicas avanzadas en muchos trabajos psiquiátricos previos, y también posteriores, desplazándose de la connotación de “daño lesional” a la de “alteración funcional”, más abierta a la complejidad neurobiológica cerebral. Me interesa subrayar que, tanto este grupo, como otros grupos de expertos constituidos posteriormente en USA, insistían en la heterogeneidad de los niños hiperactivos, y en la coexistencia de alteraciones en la percepción y coordinación motora, labilidad emocional, trastornos de atención y memoria, alteraciones del aprendizaje, trastornos del lenguaje y, con menor frecuencia, los dudosos “signos neurológicos

menores”, de los que no pocos neurólogos cuestionan su etiología neurológica.

EISENBERG, en 1957, introdujo un nuevo término: **“hiperkinetic”** (traducido como hipercinesia o hiperkinesia), para designar a niños “con una actividad motriz excesiva respecto a la normal para su edad y sexo” (EISENBERG,1957). Este término será para diversos autores un síntoma o un nuevo síndrome. LAUFER, DENHOFF y cols, hablan de **“Síndrome hiperkinético”** y **“Trastorno impulsivo-hiperkinético”** para subrayar la intrincación entre hiperactividad, impulsividad, distraibilidad y dificultades escolares (LAUFER y DENHOFF,1957).

A pesar de esta confusión terminológica los investigadores continuaron sus indagaciones sobre la etiología orgánica de la inestabilidad, y se realizaron, con este objetivo, numerosos estudios retrospectivos y longitudinales en los años 60 y 70. PRECHTL, comparando 400 recién nacidos con lesiones durante embarazo y parto con otros 100 niños sin patología alguna, encuentra en el 50 % de los primeros lo que denomina “síndrome de hiperexcitabilidad del recién nacido” (hipertonía, temblores de miembros, umbral muy bajo del reflejo de Moro), constatando posteriormente que muchos de ellos presentan un síndrome “coreiforme”. Por el contrario RUTTER y cols. concluyen que no existe relación significativa entre los trastornos del comportamiento (hiperactividad incluida) y complicaciones neo-natales (PRECHTL, 1961; RUTTER, GRAHAM y BIRCH, 1966).

Por paradójico que parezca la historia de la hiperactividad y de la credibilidad social en cuanto a la seriedad científica del concepto y de su tratamiento se verá muy afectada por la aparición, en 1970, de un artículo... ¡periodístico!, (MAYNARD, 1970), que denunciaba el abusivo uso de psicoestimulantes en ciertos ambientes sociales, con la connivencia de ciertos medios escolares, médicos y de la industria farmacéutica. Aunque posteriormente se cuestionó la exactitud de sus datos, el impacto socio-político del artículo llegó hasta la intervención

de las máximas instituciones políticas estadounidenses que denunciaron la utilización abusiva de psicoestimulantes y otros psicofármacos en poblaciones de entornos socio-económicos y raciales desfavorecidos (ver SNEYERS, 1979). La masiva campaña “anti-psicoestimulantes” desencadenada en la prensa y medios políticos estadounidenses facilitó el posterior éxito de las tesis que atribuían la etiología de la hiperactividad a los colorantes alimenticios y que generó un amplio movimiento político-social que consiguió un decreto-ley presidencial limitando el uso de aditivos alimenticios (FEINGOLD, 1975).

Como feliz consecuencia de todo ello se multiplicó la financiación de investigaciones y de la literatura científica dedicadas a la hiperactividad (ver Tabla 1, ROSS y ROSS, 1982), que se ha convertido en un trastorno hiperdiagnosticado, discutido y tema predominante de interés científico... y de polémica, sobre todo en cuanto a la utilización y eficacia de los psicoestimulantes en su tratamiento.

TABLA N.º 1
**NÚMERO DE PUBLICACIONES SOBRE LA HIPERACTIVIDAD
 EN DIFERENTES CUATRIENIOS**

(Tomado de Ross y Ross, 1982)

PUBLICACIONES	1957-60	1967-70	1977-80
Artículos	31	205	676
Libros	4	18	29
Tesis	3	20	47
Capítulos (en textos generales)	7	16	33

Sin tomar partido en la polémica, WEISS y cols., muestran, tras un estudio longitudinal, que el pronóstico de la afección no está directamente ligado a la administración de estimulantes y, en particular, que la posterior eclosión de actos antisociales es igual de frecuente en el grupo de niños hiperactivos tratados con ellos que en los que no los reciben (correlación ésta, hiperactividad - conductas antisociales, hipotetizada en otros tra-

bajos) (WEISS, KRUGER y cols, 1975; WEISS, HETCHMAN y cols, 1985).

Varios autores, (BANDURA, 1974; BELL y HARPER, 1977; CHESS, 1979), han considerado que la hiperactividad es la expresión más ruidosa de la interacción entre el niño y un medio familiar caótico, subrayando la importancia, terapéutica y pronóstica, de modificar el medio familiar. Otros han reprochado, a quienes se limitan a un tratamiento sintomático de la hiperactividad, que dejan a un niño con dificultades enfrentarse en solitario con un medio socio-familiar que favorece el desarrollo de conductas antisociales (CUNNINGHAM y BARKLEY, 1979).

En trabajos estadounidenses muy recientes parece abrirse paso la idea “revolucionaria” de que la hiperactividad “podría tener más relación” con factores sociales y educativos que con factores biológicos. Los autores que defienden esta posición han señalado que es difícil que sea bien recibida por el predominio de corrientes ideológicas muy apoyadas por toda una infraestructura científica y por incentivos económicos muy importantes (programas sociales y escolares de tratamiento e investigación, sistemas escolares especializados altamente subvencionados, industria farmacéutica). (JENSEN, MRAZEK y cols, 1997).

Volveremos sobre estas cuestiones más adelante al resumir las conclusiones del informe del comité de expertos reunido por las autoridades sanitarias de Estados Unidos en 1998 (National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and Treatment of Attention Déficit Hiperactivity Disorder ADHD, 1988).

En la **literatura científica europea (alemana y francesa sobre todo)** también se recogen importantes aportaciones.

En Alemania, KRAEPELIN (1898), refiriéndose sobre todo a los adultos describía los “psicópatas inestables”, postulando que sufrían de un trastorno de la personalidad. DEMOOR (1901), describía, en niños escolares, la “corea mental”, enti-

dad que diferenciaba del retraso mental, y que se asociaba a un “desequilibrio afectivo y emocional”, a una “falta de inhibición y atención”.

En Francia, BOURNEVILLE (1897), es el primero en describir los “débiles inestables”. Posteriormente también otros autores, (BONCOUR y BONCOUR, 1905; NATHAN y DUROT, 1913), describiendo los “escolares inestables” relatan cuadros clínicos muy semejantes a lo que hoy llamamos hiperactividad.

HEUYER (1914), insistirá en la frecuencia de “trastornos del carácter y de los instintos morales” que presentan los niños inestables, y VERMEYLEN (1923), describe los “débiles disarmónicos”.

Por estos años en España, RODRÍGUEZ LAFORA (1917) describe los “idiotas enequéticos” refiriéndose a deficientes con una “actividad inusitada que no les permite estar quietos un momento”. Es de destacar que este autor relaciona clara y explícitamente esta actividad “con la débil atención...” “...pues es sabido que la atención exige una cierta inhibición muscular... capacidad que aumenta con el grado de inteligencia”. Además diferencia estos niños de otros “inestables de constitución psicopática” a los que describe como “mentalmente normales, pero que no pueden fijar su atención... son los llamados “nerviosos” por sus padres e “indisciplinados” por sus maestros”.

En Francia, WALLON, en su tesis de 1925 sobre “El niño turbulento”, describe las leyes del desarrollo motor y el paso obligatorio del niño, en su evolución normal, por cuatro estadios psicomotores (impulsivo, emotivo, sensorio-motor, proyectivo) que considera fundamentales en la formación de la personalidad. En otro trabajo posterior de 1955 propone tres variedades de niños inestables: “asinérgicos”, “epileptoides”, y “subcoreicos” (WALLON, 1925; WALLON 1955).

MICHAUX (1950), sostiene que “los inestables son los anormales afectivos más numerosos”. AJURIAGUERRA, recogiendo trabajos anteriores, subraya el polimorfismo de la ines-

tabilidad y la sitúa en “una línea continua entre dos polos: el de la inestabilidad coreica, de Wallon, y el de la inestabilidad afectivo-caracterial” que él entiende como “más vinculada a un desorden motor constitucional”, la primera, y a un “desorden de la organización de la personalidad, que el niño sufre en una edad precoz y que le impide establecer relaciones estables válidas”, la segunda (AJURIAGUERRA, 1970).

BERGES (1985) ha insistido en los aspectos relacionales de la inestabilidad. Desde una perspectiva psicoanalítica, DIATKINE y DENIS (1985), afirman detectar siempre, bajo la inestabilidad, un comportamiento hipomaniaco destinado a evitar la percepción de sentimientos depresivos a través de “defensas maníacas”. En desacuerdo con ellos, pero, en mi opinión, sin comprender del todo este carácter dinámico de defensa activa contra la depresión que atribuyen a los mecanismos hipomaniacos, DUGAS y MOUREN, distinguen la hipomanía de la hiperactividad por la presencia y ausencia, respectivamente en una y otra, de manifestaciones afectivas (exaltación, euforia, optimismo) e intelectuales (logorrea, fuga de ideas, juegos de palabras) y por la tendencia a la desmoralización y la depreciación propia del niño hiperactivo opuesta al sentimiento de omnipotencia del niño hipomaniaco eufórico (DUGAS y MOUREN, 1980; DUGAS y Cols, 1987).

Esta revisión permite sintetizar que en la literatura científica reseñada:

1. El niño hiperactivo ha sido conocido y descrito por lo menos desde principios del siglo XIX, en todos los países con tradición psiquiátrica y con una gran semejanza clínica en cuanto a los síntomas principales.
2. Las denominaciones que ha recibido son múltiples en función, sobre todo, de la diversidad de síntomas asociados y de la heterogeneidad de variantes clínicas, y de las diferentes hipótesis etiológicas.
3. Ha persistido la indefinición de criterios diagnósticos que permitan delimitar qué casos son incluibles o no en

la categoría, o cuantificar objetivamente la severidad del trastorno.

4. La diversidad de posiciones de los autores, que pueden considerar que la hiperactividad forma parte de un conjunto psicopatológico asociado e inseparable de otras dificultades psicológicas o, por el contrario, otorgarle la consideración de síndrome o enfermedad específica.

El informe de los expertos del instituto de salud mental de Estados Unidos (NIH consensus conference statement on ADHD, 1998).

Como colofón y conclusión de esta revisión histórica resumiremos el más reciente informe de expertos existente, que tiene un gran interés por su procedencia y por la experiencia y cantidad de los expertos participantes, porque reconsidera todos los trabajos hasta entonces publicados, porque establece unos criterios consensuados entre opiniones contrapuestas, y porque reactualiza muchas de las consideraciones y discusiones precedentes...y de las futuras. También resulta llamativo que, a pesar del peso institucional y científico que lo avala (el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos y los autores con más altas cotas de trabajos publicados al respecto) y de sus cuidadas matizaciones obligadas por su carácter de documento “político”, no ha tenido sin embargo tanta acogida y audiencia en los medios habituales como otros “informes” mucho menos documentados y más sesgados y cuestionables. Seguramente conviene reflexionar sobre el porqué de este relativo silencio.

El Instituto Nacional de la Salud USA encargó este informe porque la hiperactividad se había convertido en este país en un problema social y de salud pública, sobre todo por la frecuencia creciente tanto del diagnóstico como del consumo de anfetaminas destinadas a su tratamiento, en muchos casos como tratamiento exclusivo. El fenómeno había llegado a despertar la atención y la inquietud de muchos medios de comunicación.

Como hemos señalado un fenómeno parecido ya se produjo en los años setenta, pero las recomendaciones de prudencia en cuanto al diagnóstico y las limitaciones en la utilización de anfetaminas de entonces (concretamente se consideraban contraindicadas por debajo de los seis años) no evitaron el incremento espectacular de los años noventa, que algunos han calificado de “dramático” (ZITO, SAFER y cols, 2000; DOUBLE, 2002).

El diario “New York Times” se alarmaba al constatar que en su país, solo en el año 2000, se habían prescrito a entre 1 y 2 millones de niños, 20 millones de recetas de anfetaminas, por valor de 758 millones de dólares. Esto representaba un incremento, en un solo año, del 13 % de prescripciones. También señalaba que la Academia Americana de Pediatría estimaba que entre el 4 y el 12 % de los niños de entre 6-12 años están afectados de hiperactividad. (Reseñas publicadas en la prensa española, “EL Correo”, 21 agosto 2001).

También en medios científicos (Informe de la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes sobre: Uso de medicamentos estimulantes, del año 2002) los datos al respecto han suscitado alarma y debate. En tres años, entre 1990-1993, el diagnóstico de hiperactividad en atención primaria pasó de 1,6 millones a 4,2 millones de niños, de ellos el 90 % fueron medicados y el 71 % recibieron metilfenidato (SWANSON y cols., 1995). En el mismo período la fabricación de este producto se triplicó casi (de 1.784 kg/año a 5.110 kg/año). Solo en el año 1996 se prescribieron 10 millones de recetas de metilfenidato (VITIELLO y JENSEN, 1997). Varios estudios epidemiológicos constataron que los porcentajes de niños escolares tratados con este fármaco durante al menos 12 meses eran espectaculares y, sobre todo, muy variables, yendo desde un 6 % hasta un 20% de la población escolar. (SAFER y cols., 1996; LEFEVER y cols., 1999; ANGOLD y cols, 2000). Y aún hay otros datos más sorprendentes como que solo 1 de cada 8 niños que reúnen criterios diagnósticos de hiperactividad reciben un tratamiento con estimulantes reali-

zado adecuadamente (estudio realizado en cuatro lugares distintos por JENSEN y cols., 1999) o que, en una comunidad rural de Carolina del Norte, el 72 % de escolares que recibían metilfenidato no reunían los criterios diagnósticos básicos (ANGOLD et al., 2000).

Es en este contexto cuando el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos solicita a un comité de expertos el informe cuyas preguntas y conclusiones resumo. Conviene aclarar antes que estos “informes de consenso” suelen únicamente reflejar los puntos de vista concordantes de todos los expertos y que un “consenso político” lleva a respetar las opiniones, compromisos y líneas de investigación de cada grupo, y también a silenciar los puntos de vista divergentes o minoritarios.

En su INTRODUCCIÓN destaca que el ADHD (Trastorno de Déficit de Atención-Hiperactividad) es el *trastorno más frecuentemente diagnosticado*, estimando que afecta al 3-5 % de la población en edad escolar y que conlleva dificultades familiares y escolares así como *efectos adversos a largo plazo*: “académicos, vocacionales, sociales, emocionales y consecuencias psiquiátricas”. Subraya la polémica existente en cuanto a su diagnóstico y su tratamiento (en particular las dudas en cuanto al uso y abuso de anfetaminas). Las *preguntas* que se plantean son: qué evidencias científicas apoyan que el ADHD es un trastorno; cuál es su impacto sobre individuos, familias y sociedad; cuáles son los tratamientos efectivos; cuáles son los riesgos del uso de medicamentos estimulantes y otros tratamientos; cuáles son las prácticas de diagnóstico y tratamientos existentes y cuáles los obstáculos para una adecuada identificación, evaluación e intervención; y cuáles son las directrices para futuras investigaciones.

Sus repuestas, resumiendo y seleccionando lo, a mi juicio, más destacable son:

Sobre el diagnóstico

- Puede hacerse en forma fiable en una entrevista clínica pero no hay una prueba diagnóstica independiente válida.
- No hay datos para indicar que se debe a una anomalía cerebral.
- No existe un límite cualitativo que lo separe y diferencie de los índices de inatención o actividad continua presentes en la población normal.
- No es un desorden aislado y las comorbilidades (condiciones coexistentes) pueden relacionarse con confusiones e inconsistencias de algunas investigaciones.
- Aún cuando se ha estimado su prevalencia en un 3-5 % se han denunciado amplios rangos de prevalencia y se diagnostica mucho menos en otros países. Debe ser mejor estudiado en diferentes poblaciones y mejor definido.
- En el capítulo de riesgos se señala que con frecuencia se confunde el diagnóstico de ADHD con el uso de sustancias estimulantes.

Deben realizarse esfuerzos y estudios adicionales para validar el diagnóstico: descripción cuidadosa de los casos, uso de criterios diagnósticos específicos, repetidos estudios de seguimiento, estudios de la familia, estudios epidemiológicos y estudios de tratamiento con el máximo alcance posible y que incluyan (grupos comparativos) sujetos normales. La identificación de subgrupos homogéneos podrá facilitar la definición de alteraciones estructurales y funcionales.

Sobre el impacto del trastorno

- Tiene consecuencias sociales y académicas a largo plazo: mayor porcentaje de accidentes y de trastornos de conducta, asociados luego a consumo de drogas y conductas antisociales.

- Las familias de niños con ADHD, o con otros trastornos de conducta y enfermedades crónicas, tienen elevados niveles de frustración parental, conflictos conyugales y divorcios. Los costes sanitarios del trastorno representan una seria carga económica frecuentemente no cubierta por seguros sanitarios.
- Consumen una desproporcionada parte de recursos y atención sanitaria, judicial, escolar y social, cuyo coste, imposible de precisar, es sin duda grande. En 1995 los costes educativos adicionales destinados a los niños hiperactivos pueden superar los 3 billones de dólares (unos 600.000 millones de pesetas).
- Las familias se encuentran en una dolorosa decisión entre quienes defienden exageradamente los efectos beneficiosos del tratamiento y quienes exageran sus peligros.

Sobre el tratamiento

- Se han utilizado una amplia variedad de tratamientos: psicofármacos, tratamientos psicosociales, de herbolarios y homeopáticos, biofeedback, dietéticos, meditación y entrenamiento en estimulación perceptiva (es de destacar que *el informe no menciona específicamente el término psicoterapia ni una sola vez*).
- Los tratamientos medicamentosos y psicosociales han sido los más investigados, en la mayoría de los casos hasta los 3 meses, y los estudios demuestran su eficacia. No hay estudios de resultados a largo plazo, ni tampoco sobre logros educativos u ocupacionales, consecuencias delictivas o sociales.
- Los estudios apoyan la eficacia, a corto plazo, del metilfenidato, de otras anfetaminas y de la pemolina con pocas diferencias entre ellos. Sin embargo es el metilfenidato el más utilizado y estudiado.
- El efecto es beneficioso, a corto plazo, sobre los sínto-

mas determinantes (*defining*) y la agresividad asociada, mientras el sujeto está medicado. Sin embargo no normalizan la conducta, ni tampoco los logros académicos ni las habilidades sociales.

- Estudios a corto plazo con antidepresivos (desimipramina) muestran mejoría en las evaluaciones de padres y maestros. Los resultados con imipramina son inconsistentes. Los datos existentes respecto a la eficacia de otros numerosos psicofármacos utilizados no permiten sacar conclusiones.
- El tratamiento psicosocial ha incluido numerosas estrategias conductuales (en el aula), asesoramiento (*training*) de padres, terapia clínica de conducta (padres y maestros), tratamiento cognitivo conductual.
- El tratamiento cognitivo-conductual no resulta efectivo. En contraste, la terapia clínica conductual, la orientación (*training*) de padres, y el manejo de situaciones (*contingency management*) tienen efectos beneficiosos. Las intervenciones intensivas directas con niños (como programas en campamentos de verano) han producido mejoras en áreas importantes de funcionamiento.
- La medicación, supervisada intensivamente durante un año, puede ser superior al tratamiento conductual, en cuanto a los síntomas esenciales (inatención, hiperactividad/impulsividad, agresión). La combinación de medicación y tratamiento conductual, mejora las habilidades sociales y es juzgada más favorable por padres y maestros. Medicación y tratamiento sistemáticos eran superiores a la respuesta comunitaria rutinaria, que a menudo incluye el uso de estimulantes.

En el estado actual de los conocimientos no puede responderse a por lo menos cinco preguntas importantes:

1. No se puede determinar si la combinación de estimulantes y tratamientos psicosociales puede mejorar el funcionamiento con dosis reducidas de estimulantes.

2. No hay datos sobre el tratamiento del ADHD, tipo inatento, que podría incluir un alto porcentaje de chicas.
3. No hay datos concluyentes sobre el tratamiento de adolescentes y adultos.
4. No hay información sobre tratamientos a largo plazo, (a más de un año), que suelen ser prescritos en este trastorno crónico.
5. Dada la evidencia de problemas cognitivos asociados con el ADHD, deficiencias en la memoria y procesos de lenguaje, y la demostrada ineficacia de los tratamientos en la mejoría de logros escolares, es necesaria la aplicación y desarrollo de métodos dirigidos a estos puntos flacos.

Sobre los riesgos del uso de estimulantes y otros tratamientos.

- No hay evidencias de que el uso cuidadoso sea dañino a largo plazo. Las reacciones adversas están, normalmente, relacionadas con la dosificación.
- A dosis moderadas pueden asociarse disminución de apetito e insomnio. Puede haber efectos negativos sobre el crecimiento, pero la estatura final no parece resultar afectada.
- Es sabido que pueden incurrirse en un potencial abuso de psicoestimulantes. Dosis elevadas, sobre todo de anfetaminas, pueden causar daños del sistema nervioso central, daños cardiovasculares e hipertensión. También han sido asociadas a comportamientos compulsivos y, en sujetos vulnerables, con trastornos motores. Un pequeño porcentaje de niños y adultos, ha presentado efectos alucinógenos.
- El grado de evaluación y seguimiento llevado a cabo por médicos de atención primaria varía significativamente (pudiendo ser inapropiado e implicando marcadas diferencias en las prescripciones y dosificaciones).

- Son conflictivas las conclusiones sobre si el uso de anfetaminas puede implicar el riesgo de un abuso posterior de tales sustancias. El diagnóstico de ADHD suele confundirse con el uso de medicación estimulante.
- El aumento de disponibilidad de medicación estimulante tiene riesgos para la sociedad, pues puede conducir a la sobreoferta y uso ilícito. No hay por ahora evidencias de que el incremento de producción haya tenido efectos considerables sobre el consumo. Se necesita vigilar el control del uso y abuso sobre todo entre los escolares de último curso.

Sobre las prácticas diagnósticas y terapéuticas y los impedimentos para una intervención apropiada.

- Existen grandes variaciones, respecto a la frecuencia de diagnóstico del trastorno y a la administración de fármacos estimulantes, entre diferentes tipos de profesionales (pediatras, médicos de familia, neurólogos, psicólogos y psiquiatras).
- Los médicos de familia recetan más que psiquiatras y pediatras, lo cual puede deberse, en parte al limitado tiempo que dedican al diagnóstico.
- La propensión a recetar medicación puede eliminar los incentivos para otras intervenciones educativas relevantes.
- A los profesionales de atención primaria les gusta menos reconocer los trastornos comórbidos (coexistentes).
- Los diagnósticos se realizan frecuentemente de manera inconsistente, siendo a veces “sobre” o “infra” diagnosticados. Se tiende a confiar más en la información de los padres que en la escolar.
- Hay una desconexión y escasa comunicación entre quienes diagnostican y los servicios escolares, el seguimiento es inadecuado y fragmentario y dificulta la supervisión y detección temprana de muchos efectos adversos de la terapia.

- Una “clínica basada en la escuela” con una aproximación grupal, (de los especialistas de salud mental, hacia padres, profesores, psicólogos escolares) mejoraría el acceso a la evaluación y tratamiento.
- Los profesionales de atención primaria con un tiempo adecuado para consultar con los equipos escolares, deberían ser capaces de una evaluación y diagnóstico adecuados, y de derivar a salud mental especializada.
- La falta de cobertura por parte de los seguros supone una barrera que limita severamente la identificación, evaluación e intervención adecuadas, así como el acceso a servicios de salud mental especializados.
- Existen barreras en relación al género, raza, factores socio-económicos y distribución geográfica de los pacientes que solicitan una evaluación.
- La no consolidación de una categoría especial de educación especial para el ADHD, y las consecuentes disputas sobre si es responsabilidad económica de educación o de sanidad la cobertura de servicios especiales, limitan las posibilidades de una atención adecuada.

Directrices para investigaciones futuras

- La Investigación básica es necesaria para definir mejor el ADHD. Debe incluir estudios sobre el desarrollo y procesos cognitivos.
- Deberían respetar los aspectos dimensionales del trastorno y las condiciones comórbidas (coexistentes). Por tanto es una necesidad importante la investigación de criterios diagnósticos específicos.
- Son necesarios:
 - estudios adicionales a largo plazo (superiores a un año) dada la persistencia del trastorno.
 - estudios prospectivos, hasta la edad adulta, de los riesgos y beneficios asociados a los tratamientos infantiles con psicoestimulantes.

- estudios para determinar los efectos de terapias psicotrópicas sobre el funcionamiento cognitivo y la actividad escolar.
- estudios sobre los efectos de los tratamientos educativos en los logros académicos.
- estudios para determinar si la combinación de estimulantes y tratamientos psicosociales puede mejorar el funcionamiento de una dosis reducida de estimulantes.
- estudios para determinar riesgos y beneficios asociados en niños menores de 5 años tratados con estimulantes.
- Debe prestarse mayor atención a los programas de desarrollo integrado (enseñanza a profesores para reconocer el trastorno y proporcionar programas especiales, estrategias de aula, atención adaptada en educación post-secundaria)

Conclusiones del informe

- La hiperactividad es uno de los principales problemas de salud pública. Los niños con ADHD padecen con frecuencia dificultades y deterioros en múltiples facetas.
- Su diagnóstico y tratamiento ha generado polémica en mucho sectores públicos y privados. La mayor controversia continúa siendo el uso de psicoestimulantes a corto y largo plazo.
- No existe un test eficaz para diagnosticar el ADHD. Es importante determinar unos criterios de diagnóstico específicos que respeten los aspectos dimensionales y las condiciones comórbidas (coexistentes).
- Los tratamientos efectivos han sido evaluados a corto plazo (3 meses). Estos estudios incluyen pruebas de la eficacia de estimulantes y tratamientos conductuales con efectos positivos sobre los síntomas esenciales y la agresividad asociada. La falta de mejoras consistentes más

allá del núcleo sintomático conduce a la necesidad de estrategias de tratamiento combinadas. Hay escasez de datos sobre tratamientos a largo plazo (más de 14 meses). No se pueden hacer recomendaciones concluyentes sobre tratamientos a largo plazo.

- Los riesgos del tratamiento, en particular de medicación estimulante son de un interés considerable. Es evidente la amplia variación en su uso en diferentes comunidades y profesionales que denota una falta de consenso.
- Es necesario un mejor conocimiento por parte de los servicios de salud acerca de su evaluación, tratamiento y seguimiento. Las barreras económicas y la falta de cobertura están impidiendo el diagnóstico y tratamiento adecuados. La falta de coordinación con servicios de educación especial representa un considerable coste para la sociedad.
- Finalmente, tras años de experiencia e investigación clínica, nuestro conocimiento acerca de su causa o causas, sigue siendo especulativo. En consecuencia no tenemos estrategias para su prevención.

Hasta aquí la transcripción, traducida y resumida, del informe. Desde la perspectiva de este trabajo, algunos comentarios al informe resultan imprescindibles.

Comentarios al informe

1. El reconocimiento del carácter complejo del trastorno, “no es un trastorno aislado”, y de la necesidad de definir mejor un diagnóstico “que respete la comorbilidad coexistente” y las características “del desarrollo y procesos cognitivos” (términos varias veces repetidos en el informe). En otros términos, aspecto siempre ausente en la psiquiatría americana sometida a los planteamientos y peculiaridades clasificatorias del DSM, el reconocimiento implícito de la complejidad psicopatológica de la hiperactividad y de su inserción en una comprensión

global del funcionamiento mental. En contrapartida también llama la atención el silencio total acerca de cuáles son estos trastornos “comórbidos” que habitualmente acompañan a la hiperactividad (¿quizás por un no acuerdo entre expertos respecto al tipo o concepto de psicopatología subyacente?).

2. El reconocimiento del carácter especulativo de las etiologías atribuidas al trastorno y de la inexistencia de evaluaciones a largo plazo de los resultados terapéuticos, tanto de los psicoestimulantes como aún más de otros tratamientos, contrasta llamativamente con la alegre generalización en muchos medios, de un lado, de la idea de un tratamiento medicamentoso específico (anfetaminas) que responde a la supuesta etiología de la enfermedad, y de otro, de la descalificación de otros tratamientos que a menudo la acompaña. Desde la perspectiva de quien se interesa por la psicoterapia como instrumento terapéutico también sorprende, aunque sea habitual en la psiquiatría americana actual, el que no sea mencionada como tal, cosa que sin duda debe relacionarse con los criterios asistenciales actuales y sus implicaciones económicas (además, seguramente, de las ideológicas).
3. El señalamiento de los extraordinarios costes económicos que supone el trastorno se menciona claramente pero, curiosamente, se dan datos concretos de los (excesivos) costes educativos y de la necesidad de modificar las intervenciones y medios escolares, sin mencionar para nada los también muy espectaculares costes del gasto en fármacos (en particular metilfenidato), que otros medios sí han revelado. Aunque es cierto que atribuyen (a la atención primaria y médicos de familia) que “la propensión a recetar medicación puede eliminar los incentivos para intervenciones educativas” y que también mencionan el obstáculo que

suponen las limitaciones impuestas por las aseguradoras, se echa de menos, aunque tampoco sorprende demasiado a estas alturas, una opinión y toma de posición más clara respecto a la influencia de los intereses económicos de la industria farmacéutica en la práctica psiquiátrica actual.

4. Algunos aspectos no dejan de resultar paradójicos o hasta contradictorios, aunque su carácter de documento “de consenso” permite suponer que ha cedido a las presiones de las diferentes tendencias representadas en el grupo. Así por ejemplo parece cuestionar los gastos excesivos que suponen los programas de ayudas escolares especiales y en las recomendaciones finales aconseja desarrollar, “mejor” pero también “más” este campo. También parece que preconiza una mayor prudencia en el uso de estimulantes, pero sin embargo, propone realizar estudios para conocer “riesgos y beneficios de su uso en menores de 5 años” lo que prácticamente supone una “autorización por parte de expertos” para que sea utilizado con niños muy pequeños, cosa que desaconsejaban informes y recomendaciones anteriores y que ha sido uno de los motivos fundamentales de la alarma social actual.
5. Llama la atención los cuestionamientos múltiples que se hacen, entre otros: de los criterios y rigor en los diagnósticos y de las variadísimas prácticas clínicas que los sustentan; de la prescripción, seguimiento y evaluación de los tratamientos; del sistema sanitario y educativo; de las insuficiencias de la investigación básica y la necesidad de desarrollarla. Por este motivo hay que insistir, en su interés y en la facilidad con que afirmaciones mucho menos fundamentadas y acriticas que estas son trasplantadas a nuestros medios profesionales, sin tener para nada en cuenta las características del país y contexto del que proceden.

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

Datos epidemiológicos

Hasta 1975 los datos epidemiológicos fueron escasos y muy variables debido a la ausencia de rigor metodológico y de la imprecisión de los criterios diagnósticos utilizados. A partir de esta fecha se multiplicaron los estudios más rigurosos que han evaluado la prevalencia media en torno al 3- 4 % de la población pre-puberal, (en Estados Unidos, con criterios DSM-III, en 1982). Estudios multicéntricos muy recientes, realizados con criterios diagnósticos DSM-IV obtienen una prevalencia del 4,7 %, 3,4 % y 4,4 % según se trate de cuadros con predominio del déficit de atención, de la hiperactividad o de ambas combinadas. (ROSS y ROSS, 1982; DUGAS y cols, 1987; CANTWELL, 1996). Las cifras varían en otros estudios y países, OFFORD y cols., (1989) en Canadá, hallan un 10% en niños y un 3,3 % en niñas, en edades entre 4-11 años. GILLBERG y cols., en Suecia (1989) un 7% en niños de 6 años (1,2 % en grado severo; y 5,9% moderado). Todas ellas contrastan con las mucho más bajas, 0,1 %, obtenidas por RUTTER (1970), en su histórico trabajo epidemiológico en la isla de Wigh, con niños de 10 años

En España, las prevalencias oscilan entre el 4-8% (GUIMÓN y cols., 1980; BENJUMEA y MOJARRO, 1993; GOMEZ-BENEYTO y cols, 1994, ANDRÉS y cols, 1995), variaciones que pueden deberse a que no se estudian muestras representativas de la población general, o a las peculiaridades de los instrumentos utilizados, como señalan los dos últimos autores citados, que también han diferenciado porcentajes de prevalencia diferentes en función de la severidad de la hiperactividad (3,8 % leve, 3,8 % moderado y 0,25 % severo).

Varios estudios han hallado variaciones importantes en las cifras de prevalencia (del 1 al 9 %) dependiendo de cual fuera el "sistema" (padres, profesores, médicos) que identifica al niño hiperactivo, lo que demuestra que la concordancia, al menos entre estos tres sistemas, no es elevada.

El predominio del sexo masculino, como suele ocurrir con otros trastornos del comportamiento, aparece netamente en todos los estudios. (Sex-ratio de 9 /1, en muestras de poblaciones clínicas, y de 4/1 en trabajos epidemiológicos según CANTWELL, 1996). (2 a 1 en estudios españoles, GÓMEZ-BENEYTO, 1994; ANDRÉS, 1995).

En cuanto a si la prevalencia está en correlación con grupos culturales, geográficos, o socio-económicos o con determinados entornos escolares, los resultados son contrapuestos. En general los trabajos que postulan el carácter genético-biológico aportan datos a favor de la no influencia de factores socio-educativos, aunque paradójicamente también defienden la mayor incidencia en ciertos grupos familiares (para atribuirlos a factores genéticos). Otros trabajos, en cambio, encuentran cifras de prevalencia más elevada en poblaciones de niveles socio-económicos desfavorecidos (CANTWELL, 1996; TRITES, 1979; GÓMEZ BENEYTO, 1994). Este último autor señala que diferentes trabajos consideran diferentes variables para definir el nivel socio-económico lo que explicaría los diferentes resultados.

Respecto al posible aumento de la prevalencia a lo largo de las últimas décadas, parece más aparente que real, y estaría en relación con la mejoría de medios diagnósticos y un despistaje más precoz, y con la gran difusión de información en medios familiares y escolares. Como ya se ha señalado anteriormente, estas cifras han aumentado considerablemente en los últimos años, sobre todo en estudios estadounidenses, llegando a plantear la cuestión del abuso del diagnóstico de hiperactividad, y de las posibles razones que lo estén motivando.

Cuadro clínico. Sintomatología según la edad

La descripción clínica típica es bastante uniforme en todos los trabajos que suelen diferenciar dos franjas de edad.

Entre los 6-12 años

Esta edad, que coincide con la incorporación a la disciplina escolar y primeros años de aprendizajes y exigencias pedagógicas

gicas, y con la eclosión de las manifestaciones clínicas, es la que se toma como referencia.

Los síntomas fundamentales son:

- Trastorno (déficit) de atención: El niño se distrae muy fácilmente, no puede concentrarse en una tarea, ni finalizar actividad alguna. Le cuesta prestar atención y a menudo parece no escuchar ni enterarse de lo que se dice, no sigue las instrucciones y mantiene una actitud despistada con “olvidos” y “desobediencias” muy frecuentes.
- Hiperactividad: Movimiento constante sin objetivo concreto, tiende a tocar y manipular todos los objetos sin una actividad organizada. Inquietud excesiva, en especial cuando debe estar quieto o sentado. A menudo corre, salta y habla en exceso, o más bien cuando no le toca o no debe.
- Impulsividad: Interrumpe bruscamente su actividad, y la de los demás, pasa constantemente y de forma imprevista de una actividad a otra. Interviene y responde intempestivamente. Necesita control constante por su tendencia a ignorar el peligro y el riesgo. No respeta normas habituales (de esperar su turno, de no inmiscuirse en otros espacios o conversaciones, del orden de intervención en el juego).

Otros síntomas asociados. A estas perturbaciones habituales se añaden con frecuencia:

- **Labilidad emocional**, con oscilaciones frecuentes de la tristeza a la euforia, y una débil tolerancia a la frustración, que genera actitudes de irritabilidad y de oposición, y puede llegar a reacciones brutales y descontrol de la impulsividad. En casos extremos puede llegar a plantear la necesidad de un diagnóstico diferencial con los llamados “trastornos disociales y del comportamiento” caracterizados por conductas agresivo-destruc-

tivas, actitudes desafiantes y retadoras y la transgresión y violación de normas e imposiciones sociales y familiares: robos, fugas, absentismo etc. (ver evaluación diagnóstica).

- **Trastornos específicos del desarrollo**, que afectan al aprendizaje y adquisición del lenguaje, lectura, ortografía, cálculo etc. Esta asociación puede entenderse desde la perspectiva de la “co-morbilidad” (sumación de procesos patológicos sobre una fragilidad “mórbida”) o desde la de la “continuidad” (manifestaciones diversas derivadas de una misma falla en la organización precoz que afecta a los esquemas básicos sensorio-motores y a las funciones cognitivas y de simbolización).
- La **alteración secundaria del rendimiento escolar**, asociada a la del comportamiento, provoca problemas de adaptación al medio, tanto escolar como familiar, que además los refuerzan al reaccionar frecuentemente con actitudes punitivas y de rechazo, que generan en el niño hiperactivo un *descenso de la autoestima y una vivencia de desvalorización y desánimo*, a menudo mezclados con *sentimientos de marginación injusta y comportamientos de sometimiento-pasividad agresiva* (si predomina el humor depresivo) o *actitudes de revancha desafiante y de negación de sus dificultades* (si predomina la euforia hipomaniaca).
- Son numerosos los autores que incluyen como síntomas frecuentemente asociados una gran variedad de los llamados “**signos neurológicos menores**” (soft neurological signs), que tradicionalmente eran considerados la “prueba” de la “etiología neurológica” del síndrome de “lesión-disfunción cerebral mínima”. Otros autores, que cuestionan su etiología neurológica, estiman que deben atribuirse a la particular organización psicomotriz precoz de muchos de estos niños, alterada por razones plurifactoriales complejas.

De 0-6 años

Hasta los 18 meses

La observación clínica suele desarrollarse casi siempre bastante más tarde por lo que la descripción de los síntomas precoces es muchas veces retrospectiva, y por tanto sometida al recuerdo subjetivo de padres, generalmente desbordados por una larga convivencia con un niño "imparable".

Suelen ser descritos como bebés "muy movidos", protestones y gritones. El desarrollo motor es en general rápido y marcado, a partir del desplazamiento, gateo y marcha, por el desconocimiento del peligro y el riesgo o repetición de accidentes. Tienen alteraciones del sueño (dificultades para conciliar el sueño, que suele ser ligero y con sobresaltos) y del apetito (escaso e irregularmente repetitivo). Los periodos de calma y atención tranquila son escasos y predomina la inquietud y la irritabilidad. No suelen buscar a la madre, con la mirada o con la mímica, para utilizarla como punto de referencia y orientación, y parecen recurrir menos que otros niños al abrazo y al apego como búsqueda de contención. Es probable que se pueda generar así una perturbación precoz de la interacción madre-hijo, y de los mecanismos de auto-tranquilización del niño, alterándose así uno de los reguladores habituales de la excitación y el desbordamiento del niño (DUGAS y MOUREN, 1980; PASTOR, 1981).

La importancia de las relaciones precoces (y de la depresión materna en particular) y de otros factores familiares y socio-afectivos tempranos y de sus alteraciones (en particular la depresión maternal del post-parto) en la organización y control de los esquemas motores básicos, ha sido tan ampliamente subrayada por numerosos investigadores que resulta altamente llamativa la exclusión de su mención cuando se aborda la naturaleza multifactorial de la génesis de los trastornos psicomotores y por ende de la hiperactividad (VALAYDEN y cols., 1982; FLAVIGNY, 1988; GUEDENEY, 1989; BELLION y ABECASSIS, 1998; BERGER, 1999).

De los 18 meses a los 3 años

El retraso en la aparición y organización del lenguaje es frecuente y contrasta con la precocidad motriz, en la que se mezclan ciertas habilidades de aparición rápida (sobre todo la marcha) y cierta impulsividad y brusquedad que dan lugar a una motricidad en su conjunto poco armónica (con frecuentes dificultades en la motricidad fina que exige fluidez y paciencia, o lo que es igual atención mantenida (WENDER y WENDER, 1978; TOUZIN y cols., 1997).

Los impulsos descontrolados y la imprudencia comienzan a ser frecuentes y a angustiar a la familia (si esta es medianamente sensata y coherente) que suele consultar a veces ya a esta edad, en general al pediatra, si, con la entrada en la guardería o pre-escolar, otros adultos corroboran su inquietud, o se extrañan de un comportamiento que la familia juzga normal.

El riesgo de accidentes domésticos (contacto con enchufes, ingestiones indebidas) o exteriores, (caídas, comportamientos temerarios diversos) suele ser mucho más frecuente que en otros niños.

A partir de los 4-5 años

El comportamiento desordenado involuntaria, o a veces voluntariamente, destructor genera rápidos conflictos desde la entrada del niño en ambientes colectivos. Una vez en ellos, a partir de los 4-5 años la sintomatología se va asemejando a la descrita en la edad de referencia (a partir de los 6 años).

Desde la perspectiva de la evolución del comportamiento hiperactivo, una intervención precoz, anterior a los 4-5 años, puede tener un valor preventivo nada desdeñable porque evita la distorsión progresiva de las relaciones familiares y escolares, y las interacciones desfavorables inevitables consecuentes (desde la impaciencia, irritabilidad y reproches recíprocos hasta el rechazo-marginación y la desesperación).

Además desde una perspectiva global del desarrollo que entiende la organización motora, cognitiva y afectiva como un

todo interrelacionado, la intervención terapéutica en estos momentos clave para la evolución de la personalidad y para la función estructurante, o desestructurante, de las relaciones familiares, resulta fundamental.

EVOLUCIÓN POSTERIOR Y COMPLICACIONES

Numerosos estudios han señalado porcentajes variables de desaparición (20-50%) y de progresiva atenuación (40-60%) de la hiperactividad en la adolescencia y en la vida adulta, en la que persistirían las dificultades de atención y la impulsividad. Otros encuentran una persistencia tanto de la hiperactividad como del déficit de atención (30-40%). Se ha descrito también la aparición de dificultades sobreañadidas: absentismo e inadaptación escolar y laboral, dificultades de adaptación en su grupo de edad y riesgo de marginalización progresiva, escasa auto-estima y confianza en sus posibilidades, y también mayor incidencia de trastornos de conducta y abuso de sustancias tóxicas. Seguramente se trata de trayectorias psico-sociales asociadas a factores múltiples, a los que se suman las complicaciones derivadas de la hiperactividad (GITTELMAN y cols., 1985; WEIS y cols., 1985; DUGAS, 1987; WEISS y HECHTMAN, 1994; WENDER, 1994).

Las complicaciones evolutivas

- *El fracaso escolar.*

Ligado en parte al trastorno de atención y a los déficits cognitivos consecuentes se agrava por los factores sobreañadidos: baja auto-estima y confianza en sus capacidades, conflictos con compañeros y profesores, crecientes expectativas negativas por parte de estos, inseguridad e inquietud progresivas, desinterés y rechazo progresivo de todo lo escolar, absentismo etc.

- *Los trastornos de conducta.*

Desde una perspectiva socio-educativa es fácil de comprender su aparición y progresión creciente a partir del

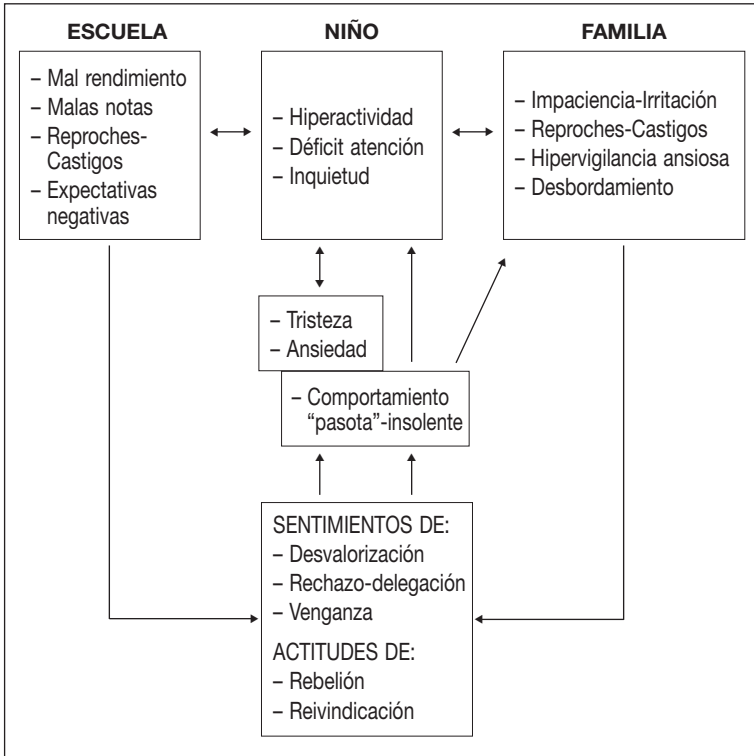
panorama escolar anteriormente descrito; desde una perspectiva médico-psiquiátrica sería el resultado de la co-morbilidad derivada de factores etio-patogénicos comunes.

Desde una perspectiva psicopatológica que entienda el funcionamiento mental y la estructuración de la personalidad como un todo, de desarrollo diacrónico y en interacción con el medio familiar y posteriormente escolar, resulta evidente que un niño con escasa capacidad de contención emocional y de modulación de la expresión afectiva, si además tiene dificultades en su organización simbólica y motriz, inevitablemente tendrá, además de una sintomatología con hiperactividad dificultades cognitivas y de aprendizaje, y en consecuencia, salvo que el entorno escolar sea particularmente comprensivo y tolerante, serias dificultades para poder adaptarse a él. La insatisfacción y sentimiento de fracaso en sus capacidades y funcionamiento le llevan inevitablemente a la inseguridad, a la desvalorización y escasa auto-estima y a oscilar entre el desinterés y el rechazo hacia las propuestas escolares. Todo ello hace que tengamos que considerar la falta de atención no solo como una limitación o incapacidad causal sino también como una actitud derivada y resultante de por múltiples factores psicológicos y relacionales (ver tabla nº 2). Y lo mismo cabe decir de la conducta, aún más multifactorial en sus determinantes.

Diversos estudios han señalado la mayor incidencia de conductas “disociales y agresivas”, problemas “legales” y de “indisciplina”, de fugas, absentismo y expulsiones escolares, de condenas legales (por violencias y agresiones, robos y efracciones), de tentativas de suicidio y abuso de sustancias tóxicas. Junto con otros autores pensamos que conviene ser muy prudentes en cuanto a la deducción de “correlaciones” causales entre la hiperactividad y todas estas “consecuencias” porque muy proba-

blemente todas ellas tendrían múltiples factores de co-causalidad.

TABLA N.º 2
**EL NIÑO HIPERACTIVO Y EL ENTORNO FAMILIAR Y ESCOLAR
 (EL CÍRCULO VICIOSO DE INTERACCIONES REDUNDANTES)**



- *El desarrollo de una personalidad antisocial en la vida adulta.*

Los resultados son muy contradictorios y van desde estudios que encuentran una evolución mayoritaria hacia una buena integración social y profesional, hasta otros que hablan de un aumento significativo de sociopatías y también de alcoholismo y abuso de otras sustancias

(SHELLEY y RIESTER, 1972; MORRISON y STEWART, 1973; WEISS Y HECHTMAN, 1994). Al revisar estos trabajos con cierta distancia temporal y geográfica resulta difícil no pensar que estén más o menos influidos por sesgos de tipo ideológico. Seguramente sus resultados no pueden trasplantarse a nuestro país sin ser contrastados con nuevos estudios realizados en nuestro entorno y con una metodología rigurosa.

Factores pronósticos

Se ha estudiado y resaltado el valor predictivo de ciertos factores (LONEY, 1978):

1. El *status socio-económico*. Como en otros trastornos psicológicos infantiles permite predecir el futuro social y profesional. La prevalencia, severidad y evolución de la hiperactividad están ligadas a él. A status más bajo, peor evolución.
2. El *nivel intelectual*, en sí mismo ligado al status socio-económico y a la calidad del entorno educativo y de los resultados escolares.
3. La calidad de la relación social (grado de aceptación) con sus coetáneos.
4. El nivel y repetitividad de conductas agresivo-destructivas, que anuncian una peor adaptabilidad ulterior.
5. El *grado de hiperactividad* influencia sobre todo el nivel de estudios alcanzado. A mayor hiperactividad menor nivel de diplomas obtenidos.

Curiosamente la cuestión de si la personalidad u otras peculiaridades del funcionamiento mental, subyacentes y acompañantes de la hiperactividad pueden incidir en su pronóstico y evolución, cuestión que desde nuestra perspectiva es fundamental, sencillamente no se plantea para los autores que tienen una visión “separada” por no decir “pura” del trastorno como la que favorecen ciertos sistemas de clasificación diagnóstica.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La evaluación clínica suele basarse en las **entrevistas con los padres y el niño**, y las **informaciones** obtenidas de los profesionales **del entorno educativo**.

La cuádruple recogida de datos, obtenida del niño, de la familia, de los profesores y del propio profesional médico-sanitario, suele presentar observaciones convergentes, pero también frecuentes e importantes diferencias de apreciación entre los diversos profesionales.

Para tratar de homogeneizar la evaluación del niño hiperactivo suele ser frecuente la utilización de escalas y cuestionarios estandarizados, para padres y profesores que permiten objetivar y cuantificar la sintomatología e intentan reducir la tendencia a la deformación subjetiva (exageración o banalización excesivas).

Por ello también, como se describe luego, los sistemas de clasificación de los trastornos mentales más universalizados (DSM-IV y CIE-10) han intentado proponer descripciones sintomáticas “objetivas” y criterios diagnósticos precisos y “cuantificables”.

Es particularmente importante la evaluación y observación clínica y psico(pato)lógica, completa y sistemática, del niño (de su funcionamiento global y no sólo de la hiperactividad), tanto individualmente como acompañado de uno o de ambos padres.

La entrevista con los padres

La ansiedad, el desbordamiento y la irritabilidad están frecuentemente presentes en los padres del niño hiperactivo y hacen que la fiabilidad de su evaluación sea variable. A menudo el criterio de ambos padres y su grado de tolerancia son divergentes. Generalmente la madre, más tiempo presente en el hogar y más cercana al niño, percibe las cosas con más preocupación y con mejor conocimiento de la situación real. El padre, puede considerar como exuberancia temperamental

normal del niño, lo que para la madre es anormal, y hasta puede acusar a ésta de intolerancia o de impaciencia. Otras veces las cosas se invierten o se encuentran actitudes de sintonía absoluta en la que ambos padres se incrementan mutuamente su tendencia a describir la “maldad” y “desobediencia” permanente del hijo. Esta tendencia a las acusaciones proyectivas por parte de los padres (“es él el que nos hace la vida imposible”) no excluye que la hiperactividad del niño exista realmente, de hecho lo uno refuerza lo otro. Nuestra experiencia confirma la idea general, expresada por muchos autores de orientación psicoanalítica, de que las fantasías y temores, conscientes o no, de los padres hacia sus hijos, determinan no solo proyecciones psicológicas que configuran la forma, deformada subjetivamente, con que les ven, sino también comportamientos que determinan e interactúan con el del niño y pueden provocar que este responda en una forma que confirma lo que los temores parentales “predecían”. MANZANO, PALACIO-ESPASA y ZHILKA, (2002) han descrito y desarrollado en detalle los tipos y características de estas interacciones en lo que denominan “escenarios narcisistas” que implican recíprocamente a padres e hijos.

En cualquier caso la escucha tranquila y, si es posible, empática, de ambos padres permite recoger datos esenciales sobre la cronología, intensidad, y duración de los síntomas, el motivo de consulta, y de las (otras) características del niño y de su desarrollo previo (antecedentes pre, peri y post-natales; desarrollo afectivo, cognitivo, psico-motor y del lenguaje; capacidad de relación; escolaridad; etc.).

Permitirá también detectar la calidad del clima y relaciones familiares y las repercusiones del comportamiento del niño en la familia (y viceversa).

Pensamos como otros autores, que, a pesar de su subjetividad, los padres, a través de una entrevista libre o semi-estructurada, proporcionan elementos de alta fiabilidad que permiten una evaluación psiquiátrica global válida (RUTTER, 1976).

Las informaciones de profesores. Escalas y cuestionarios

La entrevista con profesores y cuidadores puede proporcionar informaciones útiles sobre los síntomas actuales, pues tienen elementos de comparación con niños de la misma edad y suelen conocer bien al niño y a su familia. El contraste con las apreciaciones parentales aporta datos complementarios y proporciona información interesante sobre el comportamiento del niño en situaciones grupales y en situaciones que exigen concentración intelectual. Además la observación escolar, de larga duración permite comparar situaciones evolutivas. De cualquier manera, conviene descartar la ilusión de una descripción totalmente objetiva por parte de los profesionales de la enseñanza que también sufren todo tipo de vaivenes emocionales y relacionales (CHILAND, 1977).

Los cuestionarios, destinados a padres y profesores, están estructurados como escalas de valoración del comportamiento. Las escalas de Conners son las más utilizadas y tienen una versión original (93 ítems para padres, 39 para profesores) completada posteriormente por una versión reducida (48 ítems y 28 respectivamente). Ésta agrupa, en la versión padres, cinco factores (trastornos de la conducta, problemas del aprendizaje, manifestaciones psicósomáticas, impulsividad-hiperactividad, y ansiedad) y en la versión profesores, tres (trastornos de la conducta, hiperactividad, e inmadurez-pasividad). Son claras y de sencilla aplicación, lo que las hace fiables y válidas para algunos autores, aunque también han recibido diferentes críticas (CONNERS, 1982). Entre otros muchos cuestionarios comercializados también suelen ser bastante utilizados los de Barkley (1981): "Home Situations Questionnaire", también con versión padres y profesores; y los de Achenbach (1981): "Child Behavior Checklist", que también tiene una triple versión padres, profesores y niño (ACHENBACH 1981; BARKLEY, 1990).

En nuestra opinión es algo ingenuo pensar que porque estas evaluaciones están estandarizadas queden libres de valoraciones subjetivas, y varios estudios muestran las diferen-

tes “puntuaciones” que con estos instrumentos realizan personas diferentes y cercanas con el mismo niño. En cualquier caso, hay que subrayar que ni son un método de diagnóstico específico, ni están destinadas a ser utilizadas como único instrumento de diagnóstico, ni tampoco a “ahorrar” un examen clínico especializado que es, siempre, imprescindible.

La entrevista con el niño

Es siempre elemento imprescindible del diagnóstico. (Igual ocurre con cualquier otro diagnóstico, pero conviene señalarlo porque últimamente hemos visto con frecuencia niños con diagnósticos previos de hiperactividad basados exclusivamente en informaciones de padres y/o maestros, pero con muy escaso conocimiento, y ningún examen clínico, del niño).

Es el momento que permite establecer una relación con el niño, que puede manifestar como vive sus dificultades y su sufrimiento, rara vez reconocido por la familia. A menudo expresa sentimientos y afectos negativos, se siente anormal e incapaz de controlar su comportamiento. También desean que alguien les pueda calmar y el sentimiento de que sus padres no puedan hacerlo aumenta su desesperación.

Es frecuente que durante la primera entrevista los niños hiperactivos muestren una calma inhabitual (80 % de casos para SLEATOR y ULLMAN, 1981). La tendencia general a la desaparición o la atenuación de la hiperactividad en función de la calidad (capacidad de contención) y duración de la relación establecida con el niño apoya las hipótesis socio-educativas de numerosos autores y también permite comprobar la eficacia evidente de ayudas psicoterapéuticas adecuadas. Pero sobre todo plantea la cuestión de qué es, cuando, como y por qué, lo que cambia en el funcionamiento del niño en una situación de escucha particular. Solo si se llega a comprender y sistematizar los factores que posibilitan este cambio inicial, básico para otros cambios más estructurados y estables, se podrá consolidar la validez de las intervenciones terapéuticas basadas en la relación.

Ciertos autores insisten en que los problemas asociados (“comórbidos”) deben ser sistemáticamente explorados (Por ej., entre otros muchos, BARKLEY,1990). Obviamente para quienes tienen una visión más “estructural” de la hiperactividad, su exploración está obligatoriamente ligada a la evaluación global del funcionamiento mental. En ambos planteamientos se hace pues imprescindible explorar: el *comportamiento* (distraibilidad, falta de atención, impulsividad, agitación, conductas turbulentas o destructivas); la *adaptación social* (relaciones con amigos, aceptación de normas, lenguaje faltón y desinhibido, escaso autocontrol y conductas de riesgo, mala resolución de situaciones de compromiso: huidas, fugas, robos); las *funciones cognitivas* (lenguaje interno “pensar y hablar para sí mismo”, concentración mental, interés por la lectura, rendimiento intelectual global, capacidad autocrítica y de anticipación de las consecuencias de su comportamiento) y las *capacidades de representación simbólica* (desplazamiento y expresión de aspectos intrapsíquicos a través del juego, del dibujo o del relato verbal; interés por personajes y temas narrativos, cuentos, cine y TV, tebeos); *aprendizajes y comportamiento escolar* (rendimiento inferior a su capacidad intelectual; dificultades específicas de ciertos aprendizajes y en particular de los vinculados a la organización del lenguaje, dislexia-disortografía-discalculia); *organización y coordinación motriz y su representación en el esquema-imagen corporal* (capacidad de disfrutar lúdicamente del cuerpo y de organizarlo para responder a juegos con reglas motrices complejas), *otros problemas somáticos* (inmadurez y retraso de crecimiento, enuresis-encopresis, infecciones frecuentes de vías altas, manifestaciones alérgicas, alteraciones del sueño).

Particular atención merece la *exploración emocional y afectiva*, habitualmente relegada a la vista de la espectacular sintomatología hiperactiva que ocupa el primer plano y monopoliza la atención del observador. Sin embargo subyacen bajo ella importantes manifestaciones de inestabilidad emocional y del

estado de ánimo: escasa capacidad de contenerse con descontrol afectivo y descargas impulsivas, dificultades para la autoregulación y modulación de la expresión de emociones con reacciones excesivas de “intolerancia a la frustración”, humor variable, frágil e imprevisible con fáciles y continuas oscilaciones (en particular la alternancia entre el polo de los sentimientos de depresión, escasa auto-estima, y desvalorización de sí mismo y el polo de manifestaciones “hipomaníacas” de euforia, omnipotencia, negación de toda dificultad, comportamiento displicente y despectivo que desvaloriza al otro).

Como desarrollaré más adelante muchas de estas manifestaciones clínicas se articulan constituyendo auténticas disarmonías evolutivas – personalidades límite estables y persistentes.

Aunque existen procedimientos técnicos sistematizados para la exploración de muchas de las capacidades psicológicas descritas, (Tests y Escalas de Inteligencia, Instrumentos para la objetivación de trastornos del lenguaje y de los aprendizajes, de la atención y concentración, de la vigilancia y tiempo de respuesta etc), consideramos que son solo una parte de la práctica clínica especializada, subordinada a una exploración global del niño, y de su entorno, y ahorramos su descripción más detallada.

En ciertas ocasiones la observación directa del niño en el contexto de sus relaciones con la familia, cuando la colaboración parental lo permite, y en la escuela, puede aportar datos complementarios importantes.

Los criterios de clasificación diagnóstica

La necesidad de establecer criterios de diagnóstico sistematizados que permitan homogeneizar la observación clínica y la recogida de datos clínicos se ha plasmado en la difusión y aceptación progresiva de los sistemas de Clasificación Diagnóstica. Los dos sistemas más extendidos actualmente (CIE 10, décima revisión de la Clasificación Internacional de la

Enfermedades establecida por la OMS, en 1992, y la DSM-IV, Clasificación de los Trastornos Mentales, establecida por la Asociación Americana de Psiquiatría, en 1994), han tratado de establecer criterios cuantitativos de diagnóstico de los “Trastornos hiperkinéticos” (que quedan diferenciados de los “Trastornos Disociales” en la CIE 10), y de los “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador” (que engloban conjuntamente el “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad” y el “Trastorno Disocial” en la DSM-IV) (CIE 10, 1992; DSM IV, 1994).

La CIE 10, requiere que el déficit de atención y la hiperactividad estén presentes en más de una situación o entorno (escuela y familia por ej.), que su comienzo sea precoz (anterior a los 6 años) y de larga duración. Subraya la necesidad de diferenciarlo del trastorno disocial y de otros trastornos psíquicos (trastornos ansiosos, trastornos del humor-depresivos, trastorno generalizado del desarrollo, y esquizofrenia infantil) o neurológicos (p.ej. fiebre reumática).

La DSM-IV requiere la presencia “durante por lo menos 6 meses, con una intensidad desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo” de “al menos 6 síntomas de desatención” y “al menos 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad” que se describen en un listado preciso (que no detallamos por ser conocidos y de fácil consulta en los manuales de la CIE 10 y DSM-IV). Señala también que los síntomas deben estar “presentes desde antes de los 7 años” y “en dos o más ambientes”. Deben existir “pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral”. Además hay que descartar que los síntomas aparezcan “en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico” y que “se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad)”.

El diagnóstico diferencial

Exige en primer lugar, por parte del pediatra o del generalista, la exclusión de causas somáticas, que pueden generar, secundariamente, la emergencia de la hiperactividad. Pese a su escasa frecuencia, hay que reconocer y descartar afecciones que pueden asociarse a ella: afecciones metabólicas (hipertiroidismo, hipoglicemia), intoxicaciones (plomo), epilepsia, trastornos neurológicos identificables (menos del 5% de casos). Restando importancia al debate de si son trastornos causales, asociados o derivados, la exploración somática debe detectar la presencia de eventuales “*signos neurológicos menores*” que, aunque poco frecuentes, pueden ser importantes para diseñar las intervenciones terapéuticas más adecuadas para cada caso (necesidad prioritaria de una reeducación psicomotriz por ej.). Pueden ser de relativo interés clínico las escalas de evaluación (de los signos neurológicos menores) propuestas por CLOSE (1973) y por DENKLA (1985), que resumen y facilitan la aplicación de baterías de pruebas más complejas elaboradas por el N.I.M.H –Instituto Nacional de Salud Mental– de los EE.UU.

En segundo lugar, el peso fundamental del diagnóstico diferencial recae en el examen psiquiátrico destinado a evaluar la psicopatología asociada y a descartar otros cuadros diagnósticos que puede cursar con mayor o menor grado de hiperactividad.

En este sentido, ya ha quedado reseñada la necesidad de excluir ciertos diagnósticos bien conocidos y delimitados, tales como los trastornos englobados en la esfera de las *psicosis infantiles: trastornos generalizados del desarrollo y esquizofrenia infantil (psicosis disociativa)*; los *trastornos* (en general neuróticos) que cursan con manifestaciones *de ansiedad* e inquietud, y los *trastornos (depresivos) del humor*.

En nuestra experiencia es frecuente que detectemos bajo un cuadro de hiperactividad “psicológicamente normal” la presencia de elementos psicopatológicos propios de una *perso-*

alidad límite (border line), que pueden pasar desapercibidos para el no especialista y también resultan difíciles de diagnosticar para el especialista, porque sus manifestaciones clínicas se caracterizan por la fluctuación, variedad e inestabilidad de los síntomas psíquicos (consistentes fundamentalmente en un descontrol emocional y de los impulsos, la confusión entre realidad y mundo imaginario con irrupciones bruscas de fantasías amenazantes o megalómanas, y la oscilación rápida de estados de ánimo depresivos y eufóricos que desbordan al niño y que son muy sensibles a las respuestas de contención de su entorno relacional: familiar, escolar o terapéutico). Obviamente todos estos rasgos pueden pasar desapercibidos en una observación rápida centrada en los síntomas, pero se despliegan en cuanto se estructura una relación clínica más permisiva y continuada.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe asociar, siempre, diversos tipos de intervención terapéutica, incluyendo, por lo menos, intervención psicoterapéutica y de apoyo y asesoramiento a la familia y también, cuando es necesaria y útil, una ayuda farmacológica. Por tanto no se justifica la tendencia actualmente en boga a reducirlo exclusivamente a una rápida prescripción medicamentosa, sin complemento terapéutico alguno. Sin embargo, en recientes estudios realizados en E.E.U.U., se confirman datos que hablan de una marcada tendencia, en este país, en sentido contrario (el 84% de las prescripciones de metilfenidato se realizan en la atención primaria; el 60% por pediatras; menos del 22% de los niños que reciben un psicoestimulante en asistencia ambulatoria reciben un estudio diagnóstico psiquiátrico o visitas de seguimiento ni tampoco asesoramiento alguno o psicoterapia) (RAPPLEY y Cols., 1995. KELLEHER y Cols., 1989). No volveré a insistir en aspectos relacionados con las prácticas terapéuticas estadounidenses, extensamente comentadas anteriormente. Lamentablemente

no disponemos por ahora de estudios ni de datos relativos a lo que está ocurriendo en nuestro país.

Los psicofármacos, los psicoestimulantes y también otros, pueden ser útiles por su efecto sintomático cooperando a mejorar la atención y a atenuar la inquietud y la impulsividad y con ello la autoestima y la imagen de sí mismo y las relaciones interpersonales, pero no son por ahora un remedio exclusivo y absoluto y tampoco son eficaces en todos los casos.

Las intervenciones educativas y pedagógicas, las reeducaciones del lenguaje y de las dificultades escolares asociadas, las técnicas corporales (reeducación psicomotriz), y las intervenciones terapéuticas con la familia, constituyen complementos imprescindibles. Todas ellas permiten devolver, tanto al niño como a sus padres, la sensación de poseer áreas de actividad con un buen funcionamiento, y recuperar así la tranquilidad y autoestima mínimas indispensables para insistir en ciertas tareas, evitando el círculo vicioso impaciencia - ansiedad - dispersión - hiperactividad.

Los psicofármacos

Como hemos reseñado en la introducción, Bradley, en 1937 y en Estados Unidos, publicó un estudio sobre 30 niños, de entre 5 y 14 años, de inteligencia normal, cuyos trastornos del comportamiento y resultados escolares habían mejorado mucho con la administración de una anfetamina, la bencedrina. Posteriormente, a partir del descubrimiento y uso extensivo de neurolépticos en los años cincuenta, y del descubrimiento del metilfenidato (otro psicoestimulante anfetamínico) en el año 1957, se van publicando progresivamente trabajos relativos a sus resultados terapéuticos. (Barkley, recoge en 1977 más de 100 trabajos publicados). En la actualidad los psicoestimulantes anfetamínicos, y en particular el metilfenidato se utiliza habitualmente, y para muchos autores excesivamente, en los Estados Unidos (1-5 % de la población escolar, según BOSCO y ROBIN, en 1980; del 6 al 20% actualmente, según SAFER y

cols., 1996; LeFEVER y cols., 1999; ANGOLD y cols, 2000). En otros muchos países (por ej. Francia o Suecia) su uso es prácticamente nulo y además está limitado legalmente, al ser considerado como un estupefaciente. En Francia, recientemente, varios especialistas renombrados han publicado un “manifiesto informativo” alertando sobre la extensión progresiva del (ab)uso de psicofármacos en niños cada vez más pequeños, mencionando estudios que revelan su prescripción en cerca de 1% de niños de entre 2-4 años, y sobre todo transmitiendo su inquietud y su posición “hay que reconocer que los éxitos de la psicofarmacología tienen como contrapartida la tendencia creciente a dejar de lado una aproximación psicopatológica, para favorecer una respuesta unívoca, puramente medicamentosa, que priva a los pacientes de una reflexión terapéutica sobre la significación y sentido profundo de su malestar” (BURSZTEJN, CHANSEAU, GEISMANN, GOLSE, HOUZEL; Le Monde, 27 mayo 2000).

En nuestro país, su uso, iniciado prudentemente hace muchos años por los especialistas en psiquiatría infantil, parece creciente, aunque no tenemos estudios que lo cuantifiquen. Curiosamente, y pese a todo lo dicho, se promociona en diversos medios su empleo como un descubrimiento nuevo y revolucionario.

La prudencia y la resistencia frente a su uso está motivada por el temor a ciertos efectos secundarios (excitación, insomnio) y por el riesgo de que su uso prolongado pudiera favorecer al desarrollo ulterior de estados de dependencia o de toxicomanías (DIATKINE y FREJAVILLE, 1973; GOLDMAN, 1998), riesgo que otros autores han matizado (WILENS, 1999; Informe Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, 2002). La falta de certezas respecto a sus mecanismos de acción y a su eficacia real a largo plazo son también factores de reticencia y prevención. En cualquier caso, como ya se ha relatado, la administración de psicoestimulantes se desaconsejaba por debajo de los seis años, incluso en el país más propenso a su utilización, en las recomendaciones de la Federe-

ral Drug Administration en EE UU. Sin embargo en el último informe arriba citado, de un lado se mantiene la contraindicación, aunque de otro se menciona la existencia de 7 estudios, a doble ciego, con pre-escolares que confirman su eficacia, para concluir que se necesitan aún más estudios e informes antes de que se pueda decir que su eficacia es una evidencia médica. Por ello juzgan como “paradójico” que esta entidad estatal haya aprobado el uso de anfetaminas en niños de 3 años, “sin que se hayan publicado datos controlados que muestren su seguridad y eficacia”. Pese a todas estas consideraciones y como hemos visto, se siguen usando frecuentemente con escasa supervisión y seguimiento, hecho que ha alarmado a diferentes colectivos organizados que han emprendido acciones jurídicas y legales para prohibir o limitar su utilización.

Psicoestimulantes

En la actualidad, seguramente por su frecuente uso con niños hiperactivos, son los psicofármacos de mayor consumo en la infancia. Los más utilizados son el metilfenidato (más del 80% de estudios), y la dextro-anfetamina, y con frecuencia mucho menor, la cafeína y la pemolina. Se trata de fármacos simpaticomiméticos semejantes a las catecolaminas (noradrenalina y dopamina).

a) El metilfenidato

Derivado de la piperidina, tiene una estructura química similar a la anfetamina. Es el más utilizado y en algunos países el único autorizado. Su efecto estimulante sobre el S.N.C. parece deberse a que aumenta la concentración de monoaminas (dopamina y noradrenalina) en el espacio sináptico pero su mecanismo íntimo de acción no se conoce. La relación entre su modo de acción y el efecto clínico está probablemente ligado a la activación de la formación reticular y del cortex cerebral.

La **dosis** diaria es variable. Se recomienda habitualmente

entre 10-20 mgrs./día, habiendo algunos autores que llegan a proponer hasta 40- 50 mgrs./día. El criterio mayoritario sitúa la tasa óptima entre 0,3-0,7 mgr /kg. Algunos autores preconizan el uso de dosis crecientes desde 0,3 mgrs./kg./día hasta 2-3 mgrs./kg./día (38,69).

Su **farmacocinética** está bien estudiada. La acción del metilfenidato es rápida, tiene un pico plasmático máximo 1-2 horas tras la toma, una vida media de 4 horas, y la duración de acción de entre 3-6 horas. Se administra por vía oral en dos tomas (mañana y mediodía) y a veces en tres (8-12-16 h.) aunque algunos prefieren una sola toma cada 24 horas (generalmente con formas depot aún no comercializadas en España). Conviene evitar tomas posteriores a las 17 horas porque pueden alterar el sueño. Su efecto clínico no está en correlación con las tasas plasmáticas, que pueden variar en cada niño para una misma dosis ingerida, razón que podría explicar en parte las importantes variaciones existentes en cuanto a dosificaciones recomendadas. El plazo de acción habitual es de unos quince días, aunque en un 30-50 % de casos la respuesta aparece mucho más rápidamente. En algunos casos se observa una agravación de la sintomatología que suele ceder pronto tras la supresión de medicación. La duración del tratamiento depende de la remisión sintomática, aunque suele administrarse en periodos de 2-3 meses y no se recomienda prolongarla más de 8-9 meses. Es frecuente que las pautas de administración se adapten al calendario escolar con “descansos medicamentosos” durante los períodos vacacionales. Ello permite verificar la remisión de los síntomas, sin psicoestimulante y evitar una tolerancia progresiva a él. Se ha señalado una disminución de los efectos del fármaco al prolongarse el tratamiento (BARKLEY, 1990).

En cuanto a su **eficacia clínica**, a corto y medio plazo, ha sido objeto de numerosos estudios, sobre todo estadounidenses, que hablan de eficacia demostrada en un 60-70 % de casos.

Actúa sobre los síntomas fundamentales (agitación, falta

de atención, impulsividad) y secundariamente favorece el funcionamiento cognitivo, social y familiar. En cambio no es eficaz para los trastornos del aprendizaje ni los trastornos antisociales y oposicionistas del comportamiento (SPENCER y cols., 1996; NIH-Informe de Consenso, 1999).

Son muchos los autores que afirman que no se conocen bien sus efectos *a largo plazo* por la ausencia de estudios prospectivos rigurosos que incluyan seguimientos de varios años, aunque BARKLEY, en 1977, concluyó en un análisis de 17 estudios publicados sobre la acción a largo plazo de los psicoestimulantes sobre los rendimientos escolares, que su eficacia era mediocre (BARKLEY, 1977; SPENCER y cols., 1996; SAIAG y MOUREN-SIMEONI, 1998). En la misma línea, otros estudios más recientes, realizados cuatro años después del tratamiento, resaltan que en solo un 15% había remitido la patología, y atribuyen su persistencia a la coexistencia de trastornos de conducta y del humor, de ansiedad y de adversidades psicosociales. Aún más sorprendente puede parecer que no hallaban relación entre el tratamiento y la disminución (cuatro años después) de los síntomas de hiperactividad e impulsividad (HART y cols., 1995; BIEDERMAN Y cols., 1996.). En otros estudios de seguimiento, desde los 3 hasta los 12 años, se constata que el 73% que no presentaban síntomas en el seguimiento, así como el 88% de los que presentaban síntomas residuales y el 88% de los que continuaban siendo hiperactivos, habían recibido psicoestimulantes por periodos de entre 22 y 50 meses (LAMBERT y cols., 1987).

Respecto a sus **indicaciones** hay diferencias importantes según autores y países. Parecen extenderse a todas las formas de hiperactividad en los Estados Unidos y, en general, son más restringidas en Europa, donde se recomienda su uso en las formas más severas, y en particular, en las hiperactividades con predominio del déficit de atención, y en las asociadas con cuadros co-mórbidos (deficiencia mental, cromosoma X frágil y otras deficiencias ligadas a alteraciones genéticas, traumatismos craneales con afectación post-trau-

mática importante).

Los **efectos secundarios** más frecuentes son la *pérdida de apetito* y la *disminución del peso*, y los *trastornos del sueño*. El insomnio aparece más a menudo con la dextrodina que con el metilfenidato. La *irritabilidad* y la *ansiedad* son más frecuentes que otras manifestaciones psíquicas que también se han descrito: síndrome depresivo, indiferencia, retraimiento y letargo. También se ha señalado en trabajos recientes el *deterioro de la capacidad cognitiva*, sobre todo al emplear dosis altas (TANNOCK y cols., 1995). El "*efecto de rebote*" *consistente en una agravación de la sintomatología*, sobre todo al atardecer, también ha sido observado. Uno de los efectos secundarios más temibles es la aparición de una *psicosis tóxica aguda de tipo paranoide*, con delirio y alucinaciones. Estas manifestaciones suelen ser proporcionales a las dosis utilizadas y casi siempre desaparecen con su supresión.

Son frecuentes y generalmente transitorios los *efectos cardio-vasculares*: *ligero aumento de la presión arterial* y *aceleración de la frecuencia cardíaca*. No se suelen producir alteraciones electrocardiográficas ni manifestaciones de insuficiencia cardíaca.

El *retraso del desarrollo pondero-estatural* también se ha descrito por varios autores. Los mecanismos implicados serían la pérdida de peso por disminución del apetito y la inhibición de la secreción de la hormona del crecimiento. Afectaría a los niños tratados con dosis superiores a 0,8 mgrs./kg./día durante un año o más, y con dosis de 0,6 mgrs./kg./día si el tratamiento se prolonga tres años o más (SAFER y ALLEN, 1973; DUGAS y cols., 1977).

Otro efecto secundario temible y cuya frecuencia es un dato controvertido es el riesgo de *utilización abusiva de psicoestimulantes* y su *efecto predisponente a posteriores conductas toxicománicas* y alcohólicas. Varios autores se muestran prudentes ante la aceptación generalizada de esta posibilidad evolutiva y sugieren que su confirmación necesita la realización

de más estudios prospectivos a largo plazo (KANDEL, 1978; Informe Academia Americana, 2002). En la práctica clínica se debe considerar el potencial riesgo de utilización abusiva de los psicoestimulantes, tanto por parte del niño como de su entorno. Deben conocerse por tanto los efectos de su uso excesivo (taquicardia, midriasis, hipertensión, estereotipias motoras, irritabilidad y labilidad emocional, cuadros paranoides) así como los signos de abstinencia (disforia, episodios depresivos severos con ideas de suicidio) (TORO y cols.; 1998).

La aparición de *crisis epilépticas*, y la presentación (o agravación si pre-existía) de un *síndrome de Gilles de la Tourette*, así como la eclosión o exacerbación de *tics*, también se han observado, razón por la que estas afecciones se han convertido en *contraindicaciones*. Ciertos autores consideran que el riesgo epileptógeno no es elevado y que ciertos niños con epilepsia asociada a hiperactividad pueden utilizar los psicoestimulantes (CHAMBERLIN, 1974; FRAS, 1974; CRUMRINE y cols.; 1987).

Todo ello obliga a vigilar regularmente durante el tratamiento la frecuencia cardíaca y tensión arterial, el peso y la talla, la aparición de movimientos anormales (*tics*) y el cumplimiento de la posología.

En trabajos estadounidenses muy recientes, (en particular el citado Informe de la Academia Americana, 2002), sin duda en reacción a la extensión abusiva del uso de anfetaminas, se reconsideran sus indicaciones y contraindicaciones. En las indicaciones la primera es el “*ADHD sin condiciones comórbidas*” (que no se especifican) y el “*ADHD con comorbilidades específicas (trastorno desafiante-oposicionista, trastorno de conducta, trastorno de ansiedad y trastornos del aprendizaje)*”. También se incluyen la “*apatía causada por condiciones médicas generales*” (afectaciones cerebrales traumáticas o degenerativas) y el “*retraso psicomotor severo*”. En cuanto a las contraindicaciones se señalan: uso concomitante de inhibidores de la MAO, psicosis, glaucoma y drogodependencia. Tam-

bién, aunque con matices: tics motores, depresión, trastornos de ansiedad, estados de fatiga y la edad inferior a los seis años.

Deben también conocerse, y vigilarse, las **interacciones medicamentosas**. Potencializa el efecto de los antidepresivos tricíclicos y de ciertos anticonvulsivantes (fenobarbital, hidantoína), y es a su vez potencializado por algunos neurolépticos (tioridazina). Puede inhibir los efectos sedantes de benzodiazepinas, antihistamínicos y antidepresivos. Interfiere en el metabolismo de ciertos anticoagulantes e hipotensores (guanetidina). Su asociación con los IMAO puede ser altamente peligrosa (crisis hipertensivas).

b) Otros psicoestimulantes.

La **dextro-anfetamina** se prescribe en dosis de unos 20 mgrs./día. Su vida media es de unas 7 horas y su acción algo más duradera que la del metilfenidato, entre 6 y 18 horas. Se toma habitualmente en dosis única por vía oral, que conviene espaciar al menos media hora de las comidas porque los agentes ácidos gastrointestinales disminuyen su absorción. Sus efectos, sintomáticos y secundarios, y sus indicaciones y contraindicaciones son semejantes a las del metilfenidato. Tiene también considerables interacciones farmacológicas semejantes a las del metilfenidato. Incrementa los efectos de los IMAO y otros antidepresivos y de ciertos narcóticos, e inhibe a los bloqueantes beta-adrenérgicos.

La **pemolina**, una oxazolidinona, se utiliza mucho menos. Su mecanismo y tiempo de acción son menos conocidos. Su uso queda limitado a los casos en que los otros psicoestimulantes no son bien tolerados. Se recomienda un abanico de dosis de entre 0,6-4 mgrs./kg., en toma matutina única.

La **cafeína**, presente en el café, té, cola, chocolate y cacao, suele prescribirse en dosis de 100-150 mgrs./día, en dos tomas (lo que equivale a 6 mgrs. de dextro-anfetamina). Se absorbe rápidamente y la tasa plasmática óptima se alcanza

una hora después de la toma. Proporciona una sensación de bienestar y mejora la atención. Ha sido utilizada en niños hiperactivos que mejoraban con el metilfenidato pero que tuvieron que suprimirlo por sus efectos secundarios, siendo los resultados semejantes entre ambos. Otros autores niegan esta equivalencia y afirman que sus efectos son semejantes a los de un placebo (FIRESTONE y cols.; 1978; DULCAN, 1990).

Neurolépticos

Los neurolépticos más utilizados, aunque con frecuencia menor que los psicoestimulantes, son la tioridacina, el largactil y el haloperidol. Tienen un efecto sedativo porque inhiben el sistema dopaminérgico, actuando por tanto en sentido opuesto a los psicoestimulantes. Ciertos autores han señalado efectos positivos, en particular para el haloperidol, pero los efectos secundarios molestos de estos fármacos (somnia, apatía y pasividad, enlentecimiento, síndrome extrapiramidal) dificultan su uso (WERRY, 1977; DUGAS y cols.; 1987; DULCAN, 1990).

Existen actualmente nuevos neurolépticos de reciente síntesis (olanzapina, risperidona) con menores efectos secundarios extrapiramidales, pero aún no existen estudios publicados respecto a su utilización en la hiperactividad.

Otros psicofármacos

Los ANTIDEPRESIVOS en particular los *tricíclicos* (imipramina, amitriptilina, clorimipramina) han sido utilizados como tratamiento alternativo o de segunda elección. Su eficacia parece menor y más transitoria que la de los psicoestimulantes. También se ha utilizado, aunque con menor frecuencia, la *clonidina* (con efectos superiores al placebo lo que hablaría en favor del papel del sistema noradrenérgico en la fisiopatología), y la *carbameceptina* (antiepiléptico con efectos sobre el control de impulsos).

Muy recientemente se ha comenzado a ensayar en el trata-

miento de la hiperactividad una nueva molécula, la tomoxetina (posteriormente denominada atomoxetina para evitar confusiones con el tamoxifen). Se trata de un inhibidor selectivo de los transportadores de la norepinefrina presináptica con una mínima afinidad para otros receptores noradrenérgicos. Su funcionamiento se asemeja pues al de ciertos antidepresivos. Los estudios iniciales afirman que sus resultados en la hiperactividad son comparables a los del metifenidato (HEILIGENSTEIN y cols., 2000; MICHELSON y cols., 2001; KRATOCHVIL y cols., 2002).

En cuanto a los ANSIOLÍTICOS más utilizados, en general los derivados diazepínicos, no parecen mostrar gran eficacia directa sobre la hiperactividad, pero en cambio sí sobre la ansiedad frecuentemente presente (para algunos como factor asociado pero para otros como factor generador de ciertas hiperactividades).

Las psicoterapias

Como se ha señalado, pese a su carácter de tratamiento prioritario o de complemento terapéutico imprescindible, parece que están siendo relegadas frente a la expansión creciente de la opción farmacológica, de más fácil inicio e instrumentación.

Este artículo no desarrolla un análisis profundo de las razones, serias o interesadas, que impulsan esta tendencia aunque cabe citar algunas de las razones a tener en cuenta.

Algunas derivan de los planteamientos asistenciales de los “gestores” sanitarios: supuesta “economía” del fármaco frente a los costes asistenciales y de formación del especialista en psicoterapia, priorización o relegación de modelos de salud comunitarios, resistencia de ciertos profesionales y dificultad metodológica para la evaluación de su eficacia etc. Otras derivan de los estudios financiados y de los intereses mediáticos, es decir económicos, movilizados a favor de la supuesta superior eficacia terapéutica, “demostrada con evidencias médicas”, de los fármacos frente a otras alternativas terapéuticas

(el entrecomillado viene justificado por los conocidos escándalos descubiertos en importantes revistas científicas y reconocidos por sus responsables). Otros dependen de las peculiaridades propias de los tratamientos psicoterapéuticos: múltiples orientaciones con descalificaciones recíprocas; dificultades metodológicas intrínsecas; difícil evaluación de resultados y factores de cambio; coste inevitable de un tratamiento que exige profesionales expertos y larga duración; número forzosamente limitado de los pacientes tratados; dificultades éticas para la realización de estudios comparativos; resistencia a publicar datos, sea por razones justificadas de confidencialidad, o por otras más discutibles etc.

En todo caso existen numerosos estudios dedicados específicamente a esta cuestión que matizan las dificultades de esta tarea. Aquí, nos limitaremos a una descripción breve y somera de los tipos de intervención más experimentados y utilizados.

Las **psicoterapias de tipo individual** más utilizadas son las de orientación psicodinámica (de inspiración psicoanalítica) y las cognitivo-conductuales.

Las *psicoanalíticas* se practican en general a largo plazo (más de un año) y con frecuencia de 1-2 sesiones semanales (en las que se utiliza el diálogo, a través del juego y del dibujo). Su objetivo es lograr modificaciones en los mecanismos psíquicos prevalentes y consecuentemente de los síntomas derivados. Sus practicantes entienden que la hiperactividad es un síntoma secundario insertado en el conjunto de una personalidad alterada, pero con efectos muy desfavorables sobre la organización de ésta. Su eficacia clínica, evidente para sus defensores, se tiene que enfrentar a la dificultad de quedar objetivamente demostrada, y necesita para ello desarrollar procedimientos metodológicos y estudios de evaluación, hasta ahora escasos, que resultan de una gran complejidad, acorde con la de las variables que influyen en los cambios psicológicos profundos y en la organización de la personalidad, y más cuando se pretenden obtener resultados de cambios estructu-

rales y estables, confirmados a largo plazo.

Desde esta perspectiva específica, la psicoterapia psicoanalítica, que es la que practicamos, desarrollaré posteriormente las consideraciones clínicas derivadas del tratamiento de niños hiperactivos, y de las problemáticas psíquicas subyacentes, que sistemáticamente aparecen en una relación terapéutica que se prolonga el tiempo suficiente para permitir el despliegue de ciertas manifestaciones psíquicas, que no son únicamente las trasferenciales, y que en los casos favorables se acompañan de cambios sintomáticos y evolutivos altamente positivos.

Las *cognitivo-conductuales*, se centran, a través de métodos diversos, en un objetivo común: el desarrollo de capacidades de auto-control del niño sobre su hiperactividad y su concentración. Sus criterios de valoración dan prioridad a la atenuación o desaparición de los síntomas evaluada a corto plazo y con ello facilitan la realización estudios comparativos de su eficacia clínica. Los resultados publicados en diferentes estudios son solo relativamente satisfactorios, aunque hay que valorar que en ellos la duración de los tratamientos es particularmente breve para tratarse de una psicoterapia (de 2 a 16 semanas). Su asociación con la farmacoterapia incrementa la eficacia en comparación con la resultante de la utilización de estos tratamientos en forma aislada (ABIKOFF y GITTELMAN, 1985; PELHAM y MURPHY, 1986; HORN, IALONGO, PASCOE y cols., 1991; CARLSON, PELHAM y cols., 1992).

Desde ambas orientaciones se suelen utilizar también las **psicoterapias grupales**, combinadas con la individual o independientemente de ella. Ayudan a mejorar la auto-estima y propia imagen del niño que se suele sorprender de poder compartir los mismos u otros problemas psicológicos con otros niños. Se pueden hacer grupos cerrados (los mismos niños de principio a fin) o abiertos (con altas e incorporaciones durante el tratamiento). También pueden variar las características clínicas de los niños incluidos, todos hiperactivos en un grupo

específico (con el consiguiente riesgo de que la potenciación recíproca de la hiperactividad y falta de atención y la excitación impida cualquier actividad organizada), o diversos diagnósticos en un grupo no homogéneo (que puede favorecer la hetero y auto-tolerancia, pero también lo contrario). En ambos casos se procura que las edades no difieran mucho.

Las reeducaciones de las dificultades del aprendizaje y áreas específicas del desarrollo (lectura y escritura, lenguaje, motricidad), que pueden tener un papel estructurante fundamental, que no se logra con tratamientos cortos exclusivamente sintomáticos, suelen realizarse también individualmente o en grupos reducidos de 3-4 niños.

Las psicoterapias realizadas con el niño, se benefician y necesitan, además de la autorización, la colaboración de la familia. Para ello se hace imprescindible el asesoramiento y contacto regular con los padres que, en ciertos casos (diversas patologías, clima de ansiedad y desbordamiento permanente, acumulación de sucesos psico-sociales desfavorables) suelen necesitar una ayuda psicoterapéutica específica.

El impacto del trastorno sobre el comportamiento, rendimiento, y adaptación escolares hacen que la colaboración de la escuela y el asesoramiento de sus profesionales sean también muy importantes.

Existe un consenso general en considerar que la conducta terapéutica más adecuada y eficaz debe ser polivalente e intentar reunir los diversos tratamientos psicoterapéuticos citados. Y ello no solo por su propio efecto, sino porque también favorece significativamente el cumplimiento y el seguimiento del tratamiento (también de la farmacoterapia), y de las evaluaciones y evolución posteriores. Diversos estudios han señalado que es la prolongación de estos tratamientos multidimensionales durante al menos tres años el factor más correlacionado con las mejoras más estables y duraderas (SATTERFIELD y cols., 1981 y 1987).

CONCLUSIONES

El denominado “trastorno de hiperactividad con déficit de atención” es un síndrome o agrupación de síntomas que suelen presentarse juntos y que con frecuencia se asocian a otros síntomas o dificultades psíquicas, familiares y psico-sociales. No tiene una causalidad determinada y los factores etiológicos a considerar son múltiples: sociales, familiares, psicológicos y psicopatológicos, y biológicos. En la atención creciente que está despertando en medios sanitarios y de comunicación parece perfilarse la tendencia a considerarlo vinculado unívocamente a una supuesta etiología orgánica neurológica que llevaría a un tratamiento específico exclusivo con psicoestimulantes. También parece confirmarse una tendencia creciente a que este tratamiento farmacológico sea realizado en atención primaria no especializada, con el único objetivo de una reducción sintomática a corto plazo y sin el acompañamiento imprescindible de estudios diagnósticos y de un seguimiento, rigurosos, que deben incluir siempre aspectos psicosociales y psiquiátricos, que entendemos entran en el registro del especialista. La exclusión detallada y sistemática de alteraciones somáticas y neurológicas, asociadas con escasa frecuencia, puede tener también un carácter más especializado.

Los factores etiológicos múltiples ya citados conllevan opciones terapéuticas obligatoriamente multidimensionales. A la vista de los conocimientos actuales parece desaconsejable y poco fundado abordar su tratamiento sin una interconsulta entre los diversos niveles sanitarios y de especialización concernidos (atención primaria, medicina de familia, y pediatría a un primer nivel y, en un segundo nivel asistencial, especialistas en psiquiatría y salud mental del niño y del adolescente, y en algunos casos de neurología).

Las posibilidades de proporcionar a los muy numerosos niños afectados un diagnóstico y tratamiento adecuados están obviamente condicionadas, y en muchos casos limitadas, por las posibilidades de acceder a servicios profesionales, públicos y privados, más o menos dotados y accesibles.

La extensión de procedimientos educativos especializados (servicios de psicología escolar, estrategias psicopedagógicas adecuadas) puede suponer un complemento necesario, pero no sustituir a los servicios de psiquiatría y salud mental especializados.

En particular, la utilización rápida y como tratamiento exclusivo de los psicoestimulantes, con una perspectiva de reducción sintomática a breve plazo, o de prescripción “ex juvantibus”, sin el suficiente estudio y seguimiento de cada caso y sin la citada dimensión multidisciplinar, no esta exenta de riesgos y no parece justificable, a pesar de su extensión creciente.

BIBLIOGRAFÍA

- AACAP PRACTICE PARAMETERS. (2002). (Suplemento-Informe de la Asociación Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente), Use of stimulant medication., *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41:2 Supplement, February 2002.
- ABIKOFF, H.; GITTELMAN, R. (1985). Hyperactive children treated with stimulants: is cognitive training a useful adjunct? *Archives General Psychiatry*, 42, 953-961.
- ACHENBACH, T. M. (1981). *Child behavior Check.list for ages 4-16*. Burlington VR. University of Vermont.
- AINSWORTH, M. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction, *Advances in the study of Behaviour*, 9:1-51.
- AJURIAGUERRA, J. (1970). L'instabilité psychomotrice. En: *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, París, Masson, pp. 276-298.
- ANGOLD, A.; ERKANLI, A.; EGGER H.; COSTELLO, E. J. (2000). Stimulant Treatment for Children: A community Perspective, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39; 8, 975-994.
- BANDURA, A. (1974). Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 197, 28, 859-869.
- BARKLEY, R.A. (1977). A review of stimulant drug research with hyperactive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 137-165.
- BARKLEY, R.A. (1990). *Hyperactive children: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York, Guilford Press.
- BAX M.C.O.; MAC KEITH, R.C. (1963). Minimal brain damage- a concept discarded. En: R.C. Mackeith, M.C.O. Bax (Eds.), *Minimal Cerebral Dysfunction*. Little Club Clinics in Development Medicine, n.º 10, London, Heineman.
- BELL, R.Q.; HARPER, L.V. (1977). *Child Effects on Adults*. Hillsdale, NJ., Erlbaum.
- BELLION, M.; ABÉCASSIS, J. (1998). Psychodynamique familiale et hyperkinésie infantile; Une question interdisciplinaire. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 46 (9), 447-458.
- BENJUMEA, P.; MOJARRO, M.A. (1993). Trastornos hiperkinéticos: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana, *Ann Psiquiat.*, 9 (7); 306-311.

- BENJUMEA, P.; MOJARRO, M.D. (1995). El síndrome hiperkinético, En: Rodríguez Sacristán J. (Ed), *Psicopatología del niño y del adolescente*, (pp. 723-765), Sevilla, Publicaciones Universidad de Sevilla.
- BERGER. M. (1999). *L'enfant instable*, Dunod, París.
- BERGES, J. (1985). Les instabilités. En: Lebovici S., Diatkine R., y Soulé M. *Traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent*. París, PUF.
- BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.; MILBERGER, S., y cols (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four years prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 3, 343-351.
- BOSCO, J.J.; ROBIN, S.S. (1980). Hiperkinesis. Prevalence and Treatment. En: C.K. Walen y B. Henker (Eds.), *Hyperactive Children: The Social Ecology of identification and treatment*, Nueva York, Academic Press.
- BOURNEVILLE (1897). *Le traitement médico-pédagogique des diferentes formes de l'idiotie*, Paris, Alcan.
- BOWLBY, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*, World Health Organisation Monograph, Serial n° 2.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss*, vol. 1: Attachment, New York, Basic Books.
- BRADLEY, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94,577-585.
- BURSZTEJN, C.; CHANSEAU, J.C.; GEISSMANN-CHAMBON, C.; GOLSE, B.; HOUZEL, D. (2000). *Ne bourrez pas les enfants de psychotropes!*, *Le Monde*, 27 Mayo 2000.
- BUSSING, R.; ZIMA, B.T.; BELIN, T.R. (1998). Variations in ADHD treatment among Special Education students, 37; 9,968-976.
- CANTWELL, D.P. (1996). Attention Déficit Disorder: A Review of the past 10 years. *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 8, 978-987.
- CARLSON, C.I.; PELHAM, W.E.; MILICH, R.; DIXON, J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on clasroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 2, 213-232.

- CARRASCO, M.A.; CATALÁ, M.A.; GÓMEZ-BENEYTO, M. (1995), Estudio de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 10 años residentes en el municipio de Valencia, *Actas Luso-esp. Neurol. Psiquiatr.*, 23, 4 (184-188).
- CHAMBERLIN, R.W. (1974). Convulsions and Ritalin? *Pediatrics*, 54, 658-659.
- CHESS, S. (1979). Development theory revisited: findings of longitudinal study. *Canadian journal of psychiatry*, 24, 101-112.
- CHILAND, C. (1977). Problems in Child Psychiatry Epidemiology: contribution from a longitudinal study. En: J.P. Graham, *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*. Londres, Academic Press. pp. 45-54.
- CHILDERS A.T. (1935). Hiperactivity in children having behavior disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 5, 227-243.
- CLEMENTS, S.D.; PETERS, J.E. (1962). Minimal Brain Dysfunction in the school-age child. *Arch. Gen. Psychiat*, 27: 414-417
- CLOSE, J. (1973). Scored Neurological Examination, *Psychopharmacology Bulletin. Special Issue: Pharmacotherapy of Children*, 142-148.
- CONNERS, C.K. (1982). Parent and Teacher rating forms for the assessment of hyperkinesis in children. En: P.A.Keller, y L.G Ritt (comp.), *Innovations in Clinical Practice: Source Book* (vol. 1). Sarasota. Professional Research Exchange Inc.
- CORRAZE J.; ALBARET J.M. (1996). *L'enfant agité et distrait*, Dunod, París.
- CRUMRINE, P.K.; FELDMAN, H.M.; TEODORI, J., y cols. (1987). The use of methylphenidate in children with seizures and attention-deficit disorder. *Annals of Neurology*, 48,112-114.
- CUNNINGHAM C.E.; BARKLEY, R.A. (1978). The role of academic failures in hyperactive behavior. *Journal of Learning Disabilities*, 11, 15-21.
- DEMOOR, J. (1901). *Die anormalen Kinder und ihre erzieherische Behandlung in Haus and schule*, Altenberg.
- DENKLA, M.B. (1985). Revised Neurological Examination for Subtle Signs. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 773-800.
- DIAGNOSTIC CRITERIA FROM DSM IV*. American Psychiatric Association, Washington, D.C.1994.Traducción Española DSM IV. Barcelona, Masson,1995.

- DIATKINE, R.; DENIS P., (1985). L'agitation. En: Lebovici S., Diatkine R. Soulé M. *Traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent*, París, PUF.
- DIATKINE, R.; FREJAVILLE, J.P. (1973). Des amphetamines pour les enfants "hyperkynétiques"? Danger de toxicomanie ou dangers idéologiques? *Concours Medical*, 94, 497-502.
- DUGAS, M.; MOUREN, M.C. (1980). *Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans*. París, PUF, pp. 107-164.
- DUGAS, M., y cols. (1987). *L'hyperactivité chez l'enfant*. París, PUF.
- DULCAN, M.K. (1990), Using psychostimulants to treat behavioral disorders of children and adolescents. *Child Adolescent Psychopharmacology*, 1, 7-22.
- DOUBLE, D. (2002). The limits of psychiatry, *BMJ* 324; 900-904.
- EBAUGH, F.G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children, *American of Diseases of Children*, 5; 89-97.
- EISENBERG, L. (1957). Psychiatric implication of brain damage in children. *Psychiat.Quart.*, 31, 72-92.
- EISENBERG, L. (1986). Mindlessness and brainlessness in psychiatry, *British Journal of Psychiatry*, 148, 497-508.
- FEINGOLD, B.F. (1975). *Why your child is hyperactive*. New York, Random-House.
- FIRESTONE, P.; POITRAS-WRIGHT, H., DOUGLAS, V. (1978). The effects of caffeine on hyperactive children. *Journal of Learning Disabilities*, 11, 20-28.
- FLAVIGNY, C. (1988). Psychodynamique de l'instabilité infantile. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 31, 2, 445-473
- FRAIBERG, S. (1987). Pathological defenses in infancy. En Fraiberg: L. *Selected writings of Selma Fraiberg*, Columbus, Ohio State University Press, p. 183-202.
- FRAS, I. (1974). Alternating caffeine and stimulants. *American Journal of Psychiatry*, 131, 228-229.
- GELTMAN, P.L.; MEYERS A.F.; GRENNBERGJ; ZUCKERMAN B. (1996). Welfare reform and children's health, *Archives os Pediatric and Adolescent Medicine*, 150; 384-389.
- GILLBERG, C.H.; RASMUSSEN, P.; CARLSTRÖM, G.; SVENSON, B., y WALDESTRÖN, E. (1982). Perceptual Motor and Attentional deficit in Six-year-Old Children, *J. Child Psychol. Psychiat.* 23 (2); 131-144.

- GITTELMAN, R.; MANNUZA, S.; SHENKER, R.; BONAGURA, N. (1985). Hyperactive boys almost grown-up. En: *Psychiatric Status, Archives of General Psychiatry*, 42, 947-947.
- GOLDMAN, L.; GENEL, M.; BEZMAN, R.; SLANETZ, P. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder, *JAMA*, 279; 1100-1107.
- GÓMEZ-BENEYTO, M.; Bonet, A.; CATALÁ, M.A.; PUCHE, E.; VILA, V. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain, *Acta Psychiatr Scand* 89; 352-357.
- GREENHALGH, T. (1997). *How to read a paper. The basic of evidence based medicine*, London, British Medical Journal Publishing Group.
- GUEDENEY, N. (1989). Les enfants des parents déprimés. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 32, 1, 269-309.
- GUIMÓN, J.; LUNA, D.; GUTIÉRREZ, M.; OZÁMIZ, A. (1980). Elementos clínicos sobre el Síndrome Hiperkinético Infantil, *Rev. Psiquiat. y Psicol. Méd.* XIV (5); 9-22.
- HALLER, L.H. (2000). Forensic aspects of juvenile violence, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Oct. 9, 4; 859-881.
- HART, E.L.; LAHEY, B.B.; LOEBER, R. (1995). Developmental Change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 6, 729-749.
- HEILIGENSTEIN, J.; SPENCER T.; FARIES, D.E.; BIEDERMAN, J., et al. (2000). Efficacy of atomoxetina vs. Placebo in pediatric outpatients with ADHD (poster). Citado en: KRATOCHVIL (2002).
- HEUYER, G. (1914). *Enfants anormaux et délinquants juvéniles*. Tesis de Medicina, París. Citado por Dugas y cols. (1987).
- HOAGWOOD, K.; KELLEHER, K.J.; FEIL, M.; COMER, D.M. (2000). Treatment Services for Children with ADHD: A National perspective, *J .Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39:2, 198-206.
- HOHMAN, L.B. (1922). Post-encephalitic behavior disorder in children. *John Hopkins Hospital Bulletin*, 33, 372-375.
- HORN, W.F.; IALONGO, N.S.; PASCOE, J.M., y cols. (1991). Additive effects of psychostimulants, parent training and self-control therapy with ADHD children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 2, 233-240.

- INFORME DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (Journal of American Academy Child&Adolescent Psychiatry, Practice Parameters- Use of Stimulant Medications, Supplement, *J.Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry*, 41:2, Febrero 2002).
- JENSEN, P.S.; MRAZEK, D.; KNAPP P.; STEINBERG L.; PFEFFER, C.; SCHOWALTER, J.; SHAPIRO, T. (1997). Evolution and Revolution in Child psychiatry: ADHD as a Disorder of Adaptation. *Journal of the Academy of Child Psychiatry*, 36:12, 1672-1679.
- JENSEN, P.S. (1999). Are Stimulants Overprescribed?, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38; 7, 797-804.
- JENSEN, P.S. (2000). The NIH ADHD Consensus Statement: Win, Lose or Draw, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39; 2, 194-197.
- KAHN E.; COHEN L.H. (1934). Organic drivenners a brainstem syndrome and experience, *New England Journal of Medicine*, 5: 748-756.
- KANDEL, D. (1978). Convergences in prospective longitudinal surveys of drug use in normal populations. En: D. Kandel (Ed.), *Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues*. New York. Wiley.
- KELLEHER, K.J.; HOHMANN, A.A.; LARSON D.B. (1989). Prescription of psychotropics to children in office-based practice. *American Journal of Diseases of Children*, 143, 855-859.
- KENNEL, J.H.; KLAUS, M. (1998). Bonding: recent observations that alter perinatal care, *Pediatr Rev*, 19 (1); 4-12.
- KRAEPELIN, E. (1899). *Psychiatrie*. Leipzig, Barth.
- KRATOCHVIL, C.J.; HEILIGENSTEIN, J.H.; DITTMAN, R.; SPENCER, T.J., et al. (2002). Atomoxetina and Methylphenidate Treatment in Children with ADHD: a prospective randomized, open-label trial, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41:7, 776-784.
- LAMBERT, N.M.; HARTSOUGH, C.S.; SASSONE, D., Y SANDOVAL, J. (1987). Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and asociates outcomes. *American Journal of Ortopsihiatric*, 57, 1, 22-32.
- LASA ZULUETA, A. (1999). El niño hiperactivo, *FMC-Formación Médica Continuada*, 6 (10); 641-655.
- LAUFER, M.W.; DENHOFF, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-474.

- LEFEVER, G; SAWSON, KV,D; MORROW, A.L. (1999). The extent of drug therapy for attention deficit-hyperactivity disorder among children in public schools, *Am J Public Health* 89; 1359-1364.
- LONEY, J. (1978). Panel on treatment. En: R.S.Lipman, *Proceeding of the National Institute of Mental Health Workshop on the Hyperkinetic Behavior Syndrome*, Washington D.C.
- MANZANO, J.; PALACIO-ESPASA, F.; ZHILKA, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*, Bilbao, Ed. Altxa.
- MAYNARD, R., Omaha pupils given "behavior drugs", *Washington Post*, 29 de junio de 1970.
- MICHAUX, L.; GALLOT; BRISSET, C.H.; SCHERRER, J.; BUGE, A. (1950). Psychiatrie infantile. *Encyclopedie médico-chirurgicale*. Paris, PUF, 1950.
- MICHELSON, D.; FARIES, D.E.; WERNICKE, J., et al. (2001). Atomoxetina in the treatment of children and adolescent with ADHD: a randomized, placebo-controlled dose-response study, *Pediatrics*, 108: e83.
- MONTAGNER, H. (1998). *L'Attachement: les debuts de la tendresse*, Paris, Odile Jacob.
- MORRISON, J.R.; STEWART, M.A. (1973). The psychiatric states of legal families of adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 28, 838-891.
- MTA COOPERATIVE GROUP (1999). 14-Month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56; 1088-1096.
- NATHAN, M.; DUROT, H. (1913). Les arriérés scolaires. *Conférences médico-pedagogiques*, Paris, Nathan.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE STATEMENT: Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). (2000). *NIH Consensus Statement* 16; 1-37 y *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39: 2,182-193.
- OFFORD, D.R.; BOYLE, M.H.; FLEMING, J.E.; MUNROE, H., y RAE, N.I., Ontario child health study. (1989). Summary of Selected Results, *Can. J. Psychiatry*, 34; 483-491.
- PASTOR, D.L. (1981). The quality of mother-infant attachment and its relationship to toddler's initial sociability with peers. *Developmental Psychology*, 17, 326-335.

- PELHAM, W.C.; MURPHY, H.A. (1986). Behavioral and pharmacological treatment of attention-deficit and conduct disorders. En: M.Hersen (Ed.): *Pharmacological and behavioral treatment: an integrative approach*. Nueva York; John Wiley&Sons, pp. 108-148.
- PRECHTL, H.F.R. (1961). Neurological sequelae of parnatal complications. En: Foss (Eds.), *Determinants of Infant Behavior*, London.
- RAPPLEY, M.D.; GARDINER, J.C.; JETTON, J.R., Y HOVANG, R.T. (1995). The use of methylphenidate in Michigan. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 149, 675-679.
- RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1917). *Los niños mentalmente anormales*, Madrid, Ed. de la lectura.
- ROSENBERG, D.R.; POWER, T.J., y ATKINS, M.S. (1993). Textbook of pharmacotherapy for child and adolescent psychiatric disorders. Nueva York, Brunner / Mazel.
- ROSS, D.M.; ROSS, S.A. (1982). *Hyperactivity*. New York, John Wiley and Sons.
- RUTTER, M. (1970). *Educational Health And Behaviour*, New York, Robert E. Krieger Publishing Company.
- RUTTER, M. (1976). Research report: Institute of Psychiatry Department of Child and Adolescent Psychiatry. *Psychological Medicine*, 6, 505-516.
- RUTTER, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (4); 549-571.
- RUTTER, M.; GILLER, H.; HAGELL, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*, Cambridge University Press, Madrid.
- RUTTER, M.; GRAHAM, P.; BIRCH, G. (1966). Interrelations between the coreiform syndrome, reading disability and psychiatric disorder in children of 8-11 years. *Development Medicine and Child Neurology*, 8, 149-159.
- SAIAG, M.C.; MOUREN-SIMEONI, M.C. (1998). Conduite pratique de la prescription du methylphenidate chez les enfants et les adolescents présentant un trouble déficit de l'attention/hyperactivité. *Encycl. Med. Chir, Psychiatrie*, 37-209-A-20, Paris, Elsevier.
- SAFER, D.J.; ALLEN, R.P. (1973). Factors influencing the suppressant effects of two stimulant drugs on the growth of hyperactive children. *Pediatrics*, 51, 660-667.

- SAFER, D.; ZITO, J.; FINE, E. (1996). Increased methyl phenidate usage for attention deficit hyperactivity disorder in the 1990s. *Pediatrics*, 98; 1084-1088.
- SATTERFIELD, J.H.; SATTERFIELD, B.T.; CANTWELL, D.P. (1981). Three-year multimodality treatment study of 100 hyperactive boys. *Journal of Pediatrics*, 98, 650-655.
- SATTERFIELD, J.H.; SATTERFIELD, B.T.; SCHELL, A. (1987). Therapeutic intervention to prevent delinquency in hyperactive boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 56-64.
- SHELLEY, E.M.; RIESTER, A. (1972). Syndrome of minimal brain damage in young adults, *Diseases of the Nervous System*, 33, 335-338.
- SHILDER, P. (1931). Organic problems in child guidance, *Mental Hygiene*, 15: 480-486.
- SLEATOR, E.K. (1980). Deleterious effects of drugs used for hyperactivity on patients with Gilles de la Tourette's syndrome. *Clinical Pediatrics*, 19,453-454.
- SLEATOR, E.K.; ULLMAN, R.K. (1981). Can the physician diagnose hyperactivity in the office? *Pediatrics*, 67,13-17.
- SMITH, L.A.; WISW, P.H.; CHAVKIN, W., ROMERO, D.; ZUCKERMAN, B. (2000). Implications of welfare reform for child health: emerging challenges for clinical practice and policy, *Pediatrics*,106 (5); 1117-1125.
- SMITH, G.B. (1926). Cerebral accidents of childhood and their relationships to mental deficiency. *Welfare Magazine*, 17 18-33.
- SNEYERS, A. (1979). *Problemática de la disfunción cerebral mínima*. Barcelona, Fontanella.
- SPENCER, T.; BIEDERMAN, J.; WILENS, T.; HARDING, M.; O'DONELL, D.; GRIFFIN, S. (1996). Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity across the life cycle. *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 35; 409-432.
- STEIN, J.; MÓNACO, T. (1998). "Dislexie: l'existence de gènes de susceptibilité est confirmée", *Quotidien du médecin*, 6233, p. 15.
- STERN, D. (1995). *The Motherhood Constellation*, New York, Basic Books.
- STILL, G.F. (1902). The Coulstonian lectures on some abnormal physical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- STRAUSS, A.A.; LEHTINEN, L.E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured children*, New York, Grune & Staton.

- STRECKER, E.A.; EBAUGH, F.G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal of Diseases in Children*, 25, 89-87.
- SWANSON, J.; LERNER, M., WILLIAMS, L. (1995). More frequent diagnosis of attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 333:944
- SZWEC, G. (1993), "Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation. Les galériens volontaires", *Revue française de psychosomatique*, 4, pp. 27-51.
- SZWEC, G. (1995). "Relation mère-enfant machinale et procédés autocalmants", *Revue française de psychosomatique*, 8, pp. 69-89.
- TANNOCK, R.; ICKOWICZ, A.; SCHACHAR, R. (1995). Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 7, 886-896.
- TANNOCK, R.; SCHACHAR, R.; LOGAN G. (1995). Methylphenidate and cognitive flexibility: dissociated dose effects in hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 2, 235-266.
- TERR, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview, *American Journal of Psychiatry*, 148 (1); 10-20.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders: Diagnostic criteria for Research*. Publicaciones OMS, Ginebra, 1992. Traducción española CIE 10. Madrid, Meditor, 1992.
- TAYLOR, E. (1986). The overactive child. *Clinic in Developmental Med.*, N° 97, Oxford, Blackwell.
- TAYLOR E.; SANDBERG S.; THORLEY, G.; GILES, S. (1991). The epidemiology of childhood hyperactive, Maudsley Monographs N° 33, Oxford University Press.
- TORO, J.; CASTRO, J.; GARCIA I GIRAL, M., y LÁZARO, L. (1998). *Psicofarmacología de la infancia y la adolescencia*. Barcelona, Masson.
- TOUZIN, M.; LE HEUZEY, M.F.; MOUREN-SIMEONI, M.C. (1997). Hyperactivité avec déficit de l'attention et troubles des apprentissages. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 45 (9), 502-508.
- TREDGOLD, L.H. (1908). *Mental deficiency (amentia)*. New York, Wood.
- TRITES, R.L. (1979). *Hyperactivity in children*. Baltimore. University Park Press.
- VALAYDEN, R.; FICHET, R.; MICHELOT, J. (1982). La dépression maternelle et ses conséquences sur l'enfant. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 30, 10-11, 601-606.

- VERMEYLEN, G. (1923). *Les débiles mentaux*. París. L'institut général psychologique (Eds.).
- VITIELLO, B.; JENSEN, J. (1997). Medication development and testing in children and adolescent. *Arch Gen Psychiatry* 54; 871-876.
- WALLON, H. (1925). *L'enfant turbulent*. París, Alcan, 1925; (2ª edición, 1984).
- WALLON, H. (1955). L'instabilité posturo-psychique chez l'enfant. *Infanzía anormale*, N° 12.
- WEISS, G.; KRUGER, E.; DANIELSON, U.; ELMAN, M. (1975). Effects of long-term treatment of hyperactive children with methylphenidate. *Canadian Medical Association Journal*, 112, 159-165.
- WEISS, G.; HECHTMAN, L.T. (1994). *Hiperactive Children Grown Up*. New York, Guilford Press.
- WEISS, G.; HETCHMAN, L.; MILROY, T.; PERELMAN, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective fifteen-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 2, 211-220.
- WENDER, P.H.; WENDER, E. (1978). *The Hiperactive Child and the Learning Disabled Child*. New York. Crown.
- WENDER, P. (1994). *Attention Deficit Disorder in Adults*. New York. Oxford Press.
- WERRY, J.S. (1977). The use of psychotropic drugs in children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 466-468.
- WILENS, T.E.; SPENCER, T.J. (1999). Combining methylphenidate and clonidine: a clinically sound medication option. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 38; 614-616.
- ZEANAH, C.H.; MAMMEN, O., LIEBERMAN, A. (1993). *Disorders of attachment*, En: *Handbook of Infant Mental Health*, New York, Guilford.
- ZITO, J.M.; SAFER, D.J.; DOS REIS S., GARDNER J.F.; BOLES, J.; LYNCH, F. (2000). Trends in prescribing of psychotropic medication in preschoolers, *JAMA* 283, 1025-1030.

MANUEL ENTRE LAS LUCES Y LAS SOMBRAS (LA HIPERACTIVIDAD Y LAS FALLAS CON EL OBJETO PRIMARIO)*

Alicia Monserrat Femenia**

Resumen. Breve, proceso analítico de un niño de 7 años, diagnosticado como Hiperkinesia con trastornos de atención. La intención es mostrar el papel de los fallos del objeto primario y su articulación en el encuadre analítico con la función de sostén “holding” con la transferencia materna.

Palabras clave: Hiperkinesia Trastorno de atención Sostén Objeto primario.

Summary. Short analytic process of a 7 years old boy, diagnosed with hyperkinesia with attention disorders. My intention is to show the role of the primary object flowlts and its articulation in the analytic setting with the holding function and with the maternal transference.

Keywords: Hyperkinessia Attention disorders Holding Primary object.

* * *

La vinculación entre la hiperactividad y las fallas con el objeto primario en un niño de 7 años es el tema central de algunas ideas que intentaré articular en este relato clínico.

Las consecuencias de un “holding defectuoso”¹ que Winnicott lo describe de este modo: “si el niño no constata simplemente que el objeto esté ahí, sino que piensa que el objeto está ahí para él,” corresponden al fracaso de esta experiencia

* Comunicación presentada en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescentes, que bajo el título “Las relaciones tempranas y sus trastornos”, se celebró en Oviedo los días 5 y 6 de octubre de 2001.

** Psicólogo. Psicoanalista. Correspondencia: Alcalá, 175-3.º izda. 28009 Madrid, E-mail amonserrat@correo.cop.es

1 Término acuñado por Maurice Berger.

con el objeto primario. Ocurre cuando el niño no logra contactar con los “objetos subjetivos” y con la sensación de haberlos creado y Winnicott continúa diciéndonos que: “cualquier carencia en las experiencias que permiten pasar por el proceso de omnipotencia y de continuidad de la existencia, pueden encontrarse en el origen de la agitación, de la hiperkinesia y de la falta de atención que más tarde se llamará incapacidad para concentrarse”.

CON MANUEL

Manuel es un niño de 7 años, cuando llega a mi consulta, traído por su madre, la cual lo “deposita” en una silla de la sala de espera mientras ella permanece de pie militarmente, inmovilizando sus movimientos con la mirada. Una vez que llego, su madre le advierte quien soy, le saludo pronunciando su nombre, invitándole a cruzar un largo y angosto pasillo, Manuel se lanza en una desenfadada carrera aterrizando en la larga alfombra de la consulta.

Apenas pude pronunciar palabra, simplemente salí con inquietud detrás de un ciclón. Este fue nuestro primer encuentro de un proceso analítico hasta ahora que continuamos.

Previamente había tenido varios encuentros con su padres, pero el primer contacto que me dio conocimiento del niño fue su profesora, que con una llamada telefónica me pidió que me hiciera cargo de este “diablito vestido de ángel” que enloquecía su clase (los padres coincidían con esa representación), ya que Manuel, con unos bellos y plácidos ojos claros, contrastaba con un cuerpo que contenía una forma plastilínica (maleable).

CON SUS PADRES

Luego tuve con sus padres numerosas entrevistas porque me era difícil “contactar”. La madre con una libreta en la mano, desenvolvía la historia “nefasta” de Manuel, quien estaba en un

colegio bilingüe el cual resultaba excesivo en normas para su hijo, ya que su hijo “es hiperkinético” y “estamos asistiendo a la asociación de padres de niños hiperkinéticos y además Manuel está medicado, venimos por esta profesora y por este nuevo colegio, pero creemos que usted no podrá hacer nada como psicoanalista, ya que es cuestión de educación.”

A partir de esta catarata de palabras pensé muchas cuestiones, que por la brevedad de este trabajo tendré que omitir, pero luego poco a poco en un hilo casi asociativo la madre comentó que este hijo era esperado, pero que ella quería además que fuese una niña, ya que tiene otro de una anterior pareja, que ahora está en un país extranjero como militar en servicio. Además su anterior pareja era drogadicto y ella sufrió un maltrato enorme, resultaba ser o sentirse una mujer maltratada.

Se separó de él abandonando a su anterior hijo para irse con el padre de Manuel, que era el hermano de su íntima amiga.

El padre aquí interviene diciendo que hasta que no consiguió el divorcio no decidieron casarse, pero cuando se casaron su empresa lo destinó a un país extranjero. Manuel entonces nació en el extranjero, siendo así que su mujer y el niño estuvieron solos y muy juntos, porque él permanecía muy ocupado y para peor, María no sabía el idioma del país, por lo tanto “siguió haciendo las lentejas y las tortillas de siempre...”

A pesar de todo, María dice que fueron los dos años más felices de su vida, y que hasta que Manuel comenzó a andar, seguía dándole el pecho.

La cuestión se “complicó” cuando lo vuelven a trasladar a España, María dice que no podía encontrarse en este país... todo le parecía extraño. Ella cree que debe haber tenido una depresión, indica que comenzó con una búsqueda intensa del piso, que se enredaba con las opiniones de toda la familia... como ahora hacen sobre Manuel...

VOLVAMOS CON MANUEL

Atravesó como un rayo la consulta de niños sumergiéndose en las alfombras, vaciando la caja de juguetes y, sin apenas mirarme, corriendo a la pizarra para escribir una serie de números y borrarlos después compulsivamente.

Le digo que quizás se esté preguntando qué hace aquí en este lugar, con juguetes, pizarra... ¿será como en el colegio? ¿o como en casa ¿o cómo o dónde?...

Me mira por primera vez, inmediatamente le veo escondido detrás de una silla, tirado en el suelo, con un movimiento continuo de piernas y brazos...

Acabo extenuada y desconcertada esa sesión, como en las posteriores, ya que continúa moviéndose, siempre tratando de permanecer a espaldas mías.

A los dos meses y luego de agotadoras sesiones de juegos con sillas y alfombras, un día pone en círculo los juguetes y él se coloca adentro. Le digo que pareciera que necesitara estar en los brazos de alguien, a lo mejor de mamá...

Imita voz de niño pequeño y se extiende y rompe el círculo, hace una estampida, haciendo saltar y esparciendo los juguetes.

En la siguiente sesión llega y apaga las luces de la consulta y cierra las persianas, sólo deja una lámpara y con las manos dibuja figuras en la pared, y dice que son animales furiosos. Esto se repite en varias sesiones y en una le comento que "con esto en la pared, como en una película, trata de mostrarme el enfado de esos animalitos parecido a lo que él siente". Sonríe... me mira... me señala que lo va a intentar en el techo.

Manuel ha recreado con ese juego de luces y sombras un estado emocional intenso que ha logrado proyectar en las paredes.

Pero la siguiente sesión no quiere entrar, se ata el cuerpo a los brazos de la silla, en la sala de espera, como si estuviera encadenado y me indica que él no quiere venir más.

Le digo que lo entiendo, lo comprendo, siente que algo sucede dentro suyo, ya que lo ha visto en la pared; entonces se desata de la silla y se pega a mi cuerpo.

Me siento incómoda, pues me hace sentir algo pegajoso su contacto, lo tomo de la mano y así atravesamos el largo pasillo.

En la consulta, vacía la caja y se mete dentro de ella y se mece... asemeja un bebé.

Su madre, en la sala de espera, me va comentando que está peor, que ha pegado un retroceso, que se hace pis todas las noches y que se despierta con pesadillas... y que no quiere venir...

Hasta que llego a una sesión y me dice: *“¿por qué sólo las señoras tienen día de la mujer?, ¿Por qué los papás no?”*

Manuel me sorprende realizando una granja y en forma muy meticulosa diseña un lugar para los animales domésticos y otro para los salvajes. A los elefantes los reviste de una plastilina, rosa a la mamá y celeste al papá, me comenta que le cuesta la mamá, que lo ayude a revestirla de plastilina.

Siento una conmoción intensa al escuchar que “me pide” algo; se ha comenzado a instalar una transferencia materna que no sólo lo contiene, sino que lo sostiene con la constancia de sesión a sesión.

ALGUNOS COMENTARIOS

La demanda sobre Manuel concuerda con la habitual en estos casos infantiles, la escuela es la que señala a los padres que sería conveniente consultar a un especialista por las dificultades en el aprendizaje, ya que éste se ve obstaculizado por el “movimiento constante”.

En este ejemplo de Manuel, observamos o parecía que sus padres ni se quejan ni sufren, por el movimiento en sí, sino por los efectos que esto acarrea en sus vínculos relacionales sociales y por las problemáticas que acarrea en el aprendizaje.

Podemos imaginarnos como esta forma de comportamiento llega a perturbar el aula o resulta agotador a los padres cuando tratan de mitigarlo. Por lo tanto este trastorno que sería irrepresentable para el niño, produce una perturbación cognitiva en el plano escolar de Manuel.

Presento este brevísimo proceso, para mostrar o demostrar líneas a contemplar en estos casos; en primer lugar estos padres, sobre todo la madre con una actitud de falso control y tratando de establecer una excesiva presión sobre el área escolar solamente... (podríamos llamarlo *holding defectuoso*), buscan relacionarse con el terapeuta para crear un vínculo de cierta amistad como un intento de lograr (como pareja) ser escuchados y no sólo dedicarme a la sintomatología de Manuel, sino también a los afectos y a la historia de cada uno de ellos, para poder relatar circunstancias muy importantes de sus respectivos pasados.

Ya en mi primer encuentro con Manuel constato algunas hipótesis de M. Berger, como aquella que señala que la mirada de su madre “anticipa la acción, la encierra en una red que prevé la catástrofe”.

También me he preguntado si Manuel, con ese brusco echarse a correr, intentaba escapar de esa mirada abarcadora de su madre, me planteo si este deslizamiento a ciegas en el largo y angosto pasillo representase una manera “alocada” de romper una envoltura especular con su madre, ¿cómo la piedra que rompe la tranquilidad de las aguas mansas? Pareciera que en esta agitación, se podría sospechar una modalidad contrafóbica, más que una reacción de oposición contra su madre, un intento de discriminación que consiste en un agitarse con menos predicción sobre las consecuencias que podría desarrollar, en cuanto que no tiene en cuenta los peligros... que dicha acción le puede acarrear.

En los primeros momentos, los movimientos transferenciales han sido primitivos y arcaicos, en los cuales no existiría una discriminación vigente; pienso que la función del analista en

cada sesión es más bien de “sostenimiento”, más que de contención, ya que el terapeuta debería de acompañar esa actividad buscando sus intenciones y que la contención estuviese en el proceso en el cual se va interiorizando progresivamente el setting y la presencia del analista (como ha señalado Winnicott). Es decir, el paciente paso a paso constata la constancia del objeto (analista), lo cual le permite recurrir a él, ya que ha verificado que éste está en su posición sin reprenderlo por lo hecho, sino estableciendo un diálogo sobre lo sucedido con sus significaciones y consecuencias.

Al recordar el primer encuentro, y en el curso de la situación actual donde se ha logrado construir un soporte, es como si el adentro ya estuviera aquí con la constancia de los juguetes en mi presencia; él puede diseñar un juego en el que se pueden intuir o percibir intentos de construir límites. Trae el adentro y el afuera de la sesión y el dentro y fuera de sí mismo, es como si intentara ponerlos cada uno en su lugar... (secuencias de sesiones que van desde el juego donde realiza el círculo, luego meterse en el cajón de juguetes, hasta la de revestir a los padres con plastilina...).

Aún siento que mis palabras, presencia, gestos pueden parecerle extraños a Manuel, ¿como un objeto amenazador? ¿o excitantes? Y por ello ¿es que su agitación tiene una intención defensiva, de autotranquilizarse?...

Preguntas que continúan en este proceso analítico de Manuel y, sin duda, se siguen abriendo más interrogantes que nos permitirán acercarnos a la naturaleza de esta falla, del objeto primario en relación con la hiperactividad.

BIBLIOGRAFÍA

- BERGER, M., y otros. (1999). "El niño hiperactivo con problemas de atención". Ed. Síntesis.
- PICHON RIVIÈRE, E. (1983). "La Psiquiatría, una nueva problemática. Del Psicoanálisis a la Psicología Social". Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- WINNICOTT, D. (1958). "Procesus de Maturation chez l'énfant". Paris: Ed. Payot.

DECONSTRUCCIÓN Y CONSTRUCCIÓN PARENTAL EN TRASTORNOS GRAVES DEL DESARROLLO INFANTIL*

Juan Eduardo Groch**

Resumen: El presente trabajo trata de la intervención realizada con una pareja parental, en el complicado proceso de asumir el vínculo con su hijo diagnosticado de autismo, aplicando los conceptos de deconstrucción y construcción.

Palabras claves: Autismo. Simbiosis. Construcción. Deconstrucción.

* * *

La intervención y el diagnóstico precoz en este tipo de casos con trastornos graves del desarrollo, requiere la participación profesional con el niño y con su familia. De hecho, la implicación de los padres va a ser decisiva en la posterior evolución del caso.

En relación con el título de este trabajo, Deconstrucción y Construcción Parental, e independientemente de la controversia que existe sobre dichos conceptos, me parece importante destacar dos aspectos:

Primero, y en relación con la deconstrucción, habrá que considerar especialmente la labor de contención terapéutica durante el proceso de desmantelamiento que se produce en los padres en el curso de la relación transferencial.

* Comunicación presentada en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPPNA) que bajo el título "Las relaciones tempranas y sus trastornos" se celebró en Oviedo los días 5 y 6 de octubre de 2001.

** Psicólogo. Servicio Infanto-juvenil de Salud Mental de Alcorcón (Madrid). Dirección e-mail juapagroch@correo.cop.es

Segundo, y en relación a la construcción, se hará hincapié en el proceso que facilita el insight con el esperable cambio intrapsíquico y relacional.

Se parte de la idea de que, entre ambos procesos, deconstrucción y construcción, existe una relación de simultaneidad por la cual se sustituiría una construcción delirante por una construcción verosímil, integrable, en sentido terapéutico.

El caso que voy a exponer trata de un niño de tres años que acude a nuestro centro con un diagnóstico previo de autismo; diagnóstico con el cual los padres no están de acuerdo. Jorge, que es como llamaremos al niño, fue derivado por su aislamiento respecto a los demás niños y por expresarse con un lenguaje ininteligible salvo en contadas excepciones en las que sí se hace entender. Sin embargo, los padres se negaban a consultar a un especialista porque, para ellos, su hijo estaba bien. Sólo cuando la psicopedagoga del equipo de atención temprana mencionó la dificultad de escolarización en la que se encontraría el niño en el curso siguiente debido a su incontinencia de esfínteres, el padre se movilizó y pidió hora en nuestro centro.

Fue la madre quien acudió con Jorge a la entrevista de admisión. En ella comentó que había salido muy angustiada de una reunión en la Escuela Infantil, pensando que su hijo podía tener un problema muy importante, como que fuera autista. En una segunda reunión, le dicen que ése no era el diagnóstico, pero que sí necesitaba un apoyo muy especial ya que el niño no se integraba en los grupos. La madre de Jorge, apunta de forma nerviosa que su hijo es un niño muy cariñoso aunque, a veces, no haga caso a nadie. Además, cuando se le pregunta por el sueño, manifiesta que es un niño que duerme mal, que no quiere dormir solo y que insiste en dormir con ella.

En este punto, interesa estudiar cómo la biología del desarrollo y sus circunstancias, se articula con la historia de sus padres en una estructura determinada. Los padres de Jorge vivieron en la casa de la abuela paterna del niño hasta que se

separaron a los pocos meses de nacer éste. El padre de Jorge siempre tuvo una importante dependencia de su madre a causa de una colitis ulcerosa que según él, ha requerido especiales cuidados.

La madre de Jorge quedó embarazada cuando ya casi no lo esperaban. Hubo una amenaza de aborto a las pocas semanas de embarazo y sobrellevó una importante depresión post-parto, ya que al nacer el niño, la pareja comenzó a dormir en camas separadas y a los dos meses sobrevino la separación. Uno de los motivos que señalan como causa de este acontecimiento es que el niño tenía cólicos del lactante y estreñimiento. Lloraba mucho y el padre de Jorge no podía dormir.

Un niño que presenta a edad temprana sintomatología que sugiere un trastorno psicótico necesitará de una atención especial para adentrarse en el mundo simbólico pero, sobre todo, que la madre no lo capture con su entrega abnegada, en un vínculo parasitario que excluya al padre, de por sí poco proclive a ocupar su lugar en el triángulo edípico con el pretexto de evitarle preocupaciones. Se trata de comenzar una historia con algo muy común con los llamados “normales”: restos de un paraíso perdido que permiten la ilusión de una promesa.

Desde un principio existió una importante negación en el padre ya que, salvo en el tema del control de esfínteres, se mostró todo el tiempo excesivamente despreocupado; se escudaba en su falta de tiempo y en la cronicidad de su dolencia intestinal para ver a su hijo sólo una vez por semana; así, Jorge, permanecía a cargo de su madre.

Paralelamente, la madre no parecía haber elaborado ni mínimamente su separación y dependencia del exmarido; entre otras razones, ella mantenía su trabajo en la empresa de él.

Con este panorama parental, en donde el padre vivía centrado en su problemática orgánica y la madre en un duelo interminable, se favorecía un funcionamiento simbiótico con el niño. Por ejemplo, cuando la pareja se separó, la madre de Jorge, aludiendo motivos económicos, se mudó a una casa

cercana al domicilio conyugal, a pesar de que su familia de origen vivía en otra localidad a 15 km de distancia.

La madre comentó que el niño tenía problemas de psicomotricidad, que era hiperactivo y que jugaba con todo a la vez. En la guardería no se defendía cuando le agredían ni defendía lo suyo. Además tenía asma y había pasado por una neumonía.

Cuando Jorge visitaba al padre, una vez por semana, dormían en la misma cama. El padre se excusa, diciendo que por las noches, a veces se despertaba llamando a la madre y que si durmiera en una habitación aparte, se pondría a llorar. Aunque la separación fue de mutuo acuerdo y la relación que mantienen actualmente es buena, a la madre le encantaría que el padre se ocupara más del niño.

A pesar de que la madre asiente en casi todo lo que dice su exmarido, se observa disparidad de criterios entre ellos en relación a lo que no quieren hablar: Ella cree que él no se ocupa de su hijo lo suficiente y que debería telefonarle entre semana, que el niño debería tener su propia cama y lugar en la casa del padre. Por otra parte, el padre de Jorge piensa que la relación entre madre e hijo está desajustada y aclara que no llama por teléfono a su hijo porque no le va a entender. Lo que el padre de Jorge no comprende es que, aunque su hijo no respondiese a ellas, esas llamadas cumplirían una función de estimulación.

El padre se desentiende diciendo que no es un problema grave y añade que el niño es muy tímido y eso hace que se cierre con la gente, es muy desobediente y la madre le consiente todo. Además, es un niño que aprende rápido y a sus tres añitos ya se sabe el abecedario de memoria. Ante la posibilidad de ver un espacio en el que llegar a una puesta en común, el padre señala la necesidad de ponerle a su hijo unos límites disciplinarios.

Desde la primera entrevista se observaba en el niño una cerrazón a todo lo que no sea el medio familiar, conductas repetitivas y estereotipadas, por lo cual, se hace hincapié en

un desajuste emocional y relacional y se les recomienda unas entrevistas terapéuticas, tanto para ellos como para el niño. Sin embargo, los padres poco dispuestos a escuchar, depositan en la escuela y en los profesionales la culpa de lo que le pasa al niño, incluso a costa de distorsionar lo que éstos dicen. El padre pregunta si no se creará un nuevo problema al niño diciendo que es autista y creando la alarma de que si no recibiera atención lo suyo sería irreversible.

A pesar de todo, están dispuestos a acudir a unas entrevistas terapéuticas, que por limitaciones “de su tiempo” serían cada dos semanas y quedamos que el niño acudiría los mismos días que ellos.

En un principio, insisten en el control de esfínteres del niño y en la escolarización del próximo curso. El padre comenta que hay que ser más firme con el niño, forzándole un poquito, “motivarle”. Los dos afirman que en la infancia no tuvieron ningún problema al respecto, aunque en la siguiente entrevista dirán que ambos fueron estreñidos y que desde apenas nacer su hijo, se preocuparon por el descontrol de esfínteres ya que tardó mucho tiempo en expulsar el meconio. Por todo lo cual, lo medican con Euspectina para regularizar, continuando su dificultad en el control de esfínteres.

Observan en el niño una importante falta de atención. Cuando se dirigen a él, parece como si no fuera con él. No se atreve a romper la coraza que configura la sobreprotección familiar; aparece bloqueada la relación con el afuera, haciéndole sentir dentro demasiado seguro. Sin embargo, a veces en la escuela cuando se le anima y empuja un poquito con cariño, lo hace, e incluso, a veces, nombra a sus compañeros.

Hasta aquí es importante resaltar los vínculos funcionales de ambos padres con el niño y la relación confusional planteada (por ej. el padre dice que el niño necesita límites y le permite dormir con él). También se observa que están más asustados por la etiqueta “autismo” que dispuestos a comprender los mecanismos del problema para conseguir modificaciones.

Debemos resaltar aquí la importancia de un diagnóstico precoz que permita a veces una acción terapéutica eficaz. Desgraciadamente, todo se conjuga para retrasar el diagnóstico, y para que los signos precoces no sean observados, como no sea retrospectivamente. Valga un ejemplo: a partir de la ecolalia, la evolución del lenguaje es muy variable. Leo Kanner considera que si el lenguaje no se ha adquirido antes de los cinco años, las probabilidades del niño autista de utilizar realmente el lenguaje son remotas.

Hoy en día, se considera que las actitudes de los padres y de la estructura familiar juegan un papel importante en esta red contradictoria, pero existen probablemente, en ciertos niños, factores endo-psíquicos de desestabilización.

Clínicamente, se observan modificaciones que se sitúan en tres planos: la toma en consideración del otro, la aparición de la angustia ligada a la pérdida objetal y el establecimiento de un sistema de comunicación.

Jorge parece bascular entre fases simbióticas de excesivo apego que sin apoyo directo de los progenitores no tiene iniciativas, a otras, en las que se aísla con mirada errática manifestando desinterés.

En este sentido, tenemos que acordar con M. Mahler cuando dice que las posiciones autística y simbiótica son polaridades cuya forma clínica particular se encuentra en muchos niños psicóticos.

Además de una función de contención por parte del terapeuta para la instalación de nuevos objetos internos y por tanto de un espacio psíquico propio del niño, Meltzer plantea que "es necesario que el terapeuta sea capaz de movilizar la atención del niño, suspendida en el estado autístico, para llevarle al contacto transferencial". Es importante hacer hincapié en que ante ese mundo difícilmente comprensible hay que dedicarse más a situar los problemas que a resolverlos.

Una segunda etapa se caracteriza por la toma de conciencia del trastorno por parte de los padres, pasando por impor-

tantes escisiones; de la idealización del hijo como cúmulo de objetos parciales a la insoportabilidad que representa su imagen atrofiada, de la negación a la angustia. Es frecuente también que, para calmar su inquietud, organicen rituales que entran en resonancia con las tendencias repetitivas del niño (por ej., hacerle nombrar objetos o colores).

Estas dos tendencias contradictorias existen pues en proporciones diferentes en los padres de niños psicóticos, lo que sin duda juega un papel no despreciable en la diferencia de la evolución entre unos niños y otros.

Si bien una psicoterapia de familia podría ser capaz de movilizar este sistema, es fundamental trabajar en la doble vertiente: por un lado, en la posición subjetiva del niño frente al deseo parental del cual deberá separarse, y, por otro, con la posibilidad de que los padres también modifiquen algo de su fantasma frente al hijo.

El tema del control de esfínteres de Jorge opera como un síntoma sobredimensionado en relación al conjunto. Los hijos expresan en sus síntomas los puntos ciegos de sus padres, sus impasses en la elaboración edípica, en la asunción de su castración, y padecen los vaivenes de sus fallas en el sostén de sus funciones.

Estamos diciendo que no podemos acelerar el proceso para que el niño discrimine y pueda coger confianza en vínculos distintos a los familiares, que operarían como un tercero. Todo logro y conquista será a partir de reconocer las limitaciones de esta herida en los padres respecto a la descendencia que les impone la tarea de una renuncia. Ya que, la estructura de los intercambios familiares tiende a perennizar el papel del niño psicótico, lo cual refuerza el efecto del automatismo de repetición.

Las prácticas terapéuticas tienen como fondo de su específica labor la instalación de esta renuncia así como ser soportes del inicio de alguna ilusión. En síntesis, no se trata de una renuncia que fije a una familia a una inercia paralizante de impotencia pero tampoco de instalar una pura ilusión vacía.

Las alternativas entre la negación, la desazón y la angustia abre o cierra caminos, introduciendo conflictos o yatrogenia. Debemos cuidarnos del furor rehabilitador en una mecánica amaestradora, que nos puede conducir a identificarnos con una posición demandada, práctica resistencial que obtura cualquier reflexión.

Este tipo de apoyo a la familia que aborda aspectos tanto subjetivos como reales de la situación, parece ser la única forma de disminuir el sentimiento de culpa, la notoria ambivalencia, y poder recomponer un cierto equilibrio para una buena y aceptable salud mental.

Pero qué pasa cuando la familia no demanda terapia, ¿qué se espera y qué se puede hacer? Creemos que con un diferente encuadre en cuanto a su composición, frecuencia y duración, se puede establecer en mayor o menor medida un vínculo emocional que posibilite recorrer parte del camino.

BIBLIOGRAFÍA

- ESTANDÍA, R.; PALACIOS, L. Y RUIZ, M.: (2001) *Grupos de padres. ¿Un espacio donde replantear la función parental?* Comunicación libre al 3.º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente. Lisboa.
- DIATKINE, R. & DENIS, P.: (1985) *Las Psicosis infantiles*. En *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. (Lebovici, Diatkine, Soulé) Tomo III, cap. 9. Pag. 250.
- FERRARI, P.: (1997) *Modelo psicoanalítico de comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces*. Ponencia presentada al XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes. (S.E.P.Y.P.N.A.) Lleida.
- FERRARI, P.: (2000) *El autismo infantil*. Biblioteca Nueva. Madrid. (Traducción de Sofía Vidaurrazaga Zimmerman).
- KOZAMEH, G.: (2001) *Desarrollo/Estructura. Encrucijadas y límites en los Trastornos del Desarrollo*. Congreso Europeo. Valencia.
- SIQUIER, M.L. Y SALZBERG, B.: (1993) *La difícil articulación padres-hijos en el Psicoanálisis con niños*. En *"El lugar de los padres en el Psicoanálisis de niños"* compilado por A.M. Sigal de Rosenberg. Lugar editorial. Buenos Aires.
- TKACH, C.E.: (1988) *Reflexiones sobre nuestra práctica terapéutica*. En *"Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil"*, de A. Jerusalemsky y colaboradores. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- TUSTIN, F.: (1992) *El Cascarón protector en niños y adultos*. Amorrortu editores. Buenos Aires.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA CON UN RECIÉN NACIDO QUE NO ADQUIRÍA PESO*

Cecilia Pérez-Mínguez Casariego**

Resumen En este artículo se describe un modelo original de observación y análisis de las relaciones intersubjetivas que se establecen entre adulto y niño en situaciones naturales. Este modelo enfatiza su estudio en los aspectos de reciprocidad y ajuste en la interacción como mecanismos básicos de la intersubjetividad que se manifiestan en las relaciones interpersonales. Su aplicación en un estudio longitudinal de caso único se realizó con un niño prematuro y su figura de crianza del hospital. Se confirmaron las hipótesis sobre los efectos del cambio terapéutico en uno de los elementos de la diada y su repercusión tanto en el sistema niño-figura de crianza como en la mejoría físico-psíquica del niño. Se presenta asimismo, el Programa de Observación Guiada como aplicación terapéutica de dicho modelo observacional y los resultados llevados a cabo en un Hospital del Insalud de Madrid.

Palabras clave: Interacción temprana, modelo de observación, intersubjetividad, terapia preventiva.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN A NEONATAL CLINICAL SETTING WITH
A LOW WEIGH NEWBORN

Abstract This paper describes a new model for observing, analysing and evaluating intersubjective relationships between adults and infants both in informal contexts and in natural situations. This model stresses the relevance of emotional reciprocity and interactionel adjust as basic mechanisms of intersubjectivity in interpersonal relationships. Its application in a longitudinal study single case, between a newborn and his caregiver, allowed us to verify the

* Comunicación presentada en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPPNA) que se desarrolló en Oviedo bajo el título "Las relaciones tempranas y sus trastornos" los días 5 y 6 de octubre de 2001.

** Centro de Psicoterapia, Psicoanálisis y Lenguaje, c/ San Hermenegildo, 5, 1º dcha. 28015 Madrid. E-mail: cecilia_pm83@hotmail.com

relevance of the dimensions and categories. The hypotheses supported the existence of intersubjective relationships in the hospital context thanks to the existence of a supportive therapeutic program; and the absence of such relationships in the absence of the this program. The clinical application of the Guided Observational Program is proposed and its results are also reported.

Keywords: Early interaction, observational model, intersubjectivity, preventive therapy.

o o o

EL PUNTO DE PARTIDA

La experiencia que voy a presentar se realizó en la Unidad de Cuidados Medios del Servicio de Neonatología del hospital Clínico de Madrid, con ocasión de las Jornadas Anuales de Enfermería donde uno de sus objetivos es mejorar la calidad de los cuidados que el personal de enfermería dispensa a los niños prematuros allí ingresados.

La intervención psicológica que se realizó se focalizó en la relación niño- figura de crianza del hospital y su fundamento teórico se basa en que la organización psíquica del ser humano y la regulación de sus experiencias afectivas no son, sólo, producto de mecanismos intrapsíquicos aislados sino que están en relación y son una propiedad misma del sistema interpsíquico niño-figura de crianza que funciona en *influencia mutua y recíproca*.

Esta *influencia mutua y recíproca* se ve reflejada en la relación interpersonal tanto en sentido positivo como negativo y ha de ser cuidada especialmente en contextos hospitalarios con niños y niñas prematuros que sufren. Hay que tener en cuenta que lo que está ocurriendo entre los pequeños y sus cuidadores es de una enorme sutileza ya que el encuentro que se establece entre ambos es de inconsciente a inconsciente (Soulé, 1990). En efecto, el adulto se ve suscitado por el niño a ponerse en contacto y **reconocer sus propias dinámicas mentales precoces** al acercarse al sufrimiento infantil (Negri, 1994). El resultado de este encuentro inter/intra subjetivo lo hemos llamado *ajuste*.

Sin embargo, la natural defensa de los adultos puede llevarles a una escisión perceptiva que hace que separen los cuidados corporales de la actividad mental, negando cualquier indicio de vida emocional y funcionando como máquinas para preservarse del sufrimiento. Así, la disfunción del niño podría revelar una frustración precoz debido a la dificultad del adulto de aliviar sus tensiones internas.

Además de estas naturales defensas de los cuidadores se plantea el problema de cómo pueden los adultos reconocer lo que está pasando en el interior de los niños muy pequeños ¿cómo expresan sus necesidades, sus proto-emociones? Según la Dra. Negri (1995) tanto neurofisiólogos como psicoanalistas concuerdan cada vez más en que en el inicio de la vida no se prevé diferenciación entre funciones somáticas y psíquicas. El niño siente con el cuerpo y usa su cuerpo para expresarse a través de *señales* que emplea, al principio de forma no consciente, para hacerse comprender por sus compañeros sociales puesto que en ello radica su supervivencia (Als, 1985). Estas *señales* no lingüísticas no aparecen aisladas sino que vienen siempre encadenadas unas en las otras, porque pertenecen a *subsistemas* que van madurando dentro de un *sistema integrador* que funciona dentro del propio organismo y en relación con el objeto exterior. Estos subsistemas son el *sistema autorregulador*, *sistema motor*, *de los estados de conciencia* y *sistema interactivo*.

La práctica de la observación permite comprender estas *señales* (p.e. un temblor y una manos crispadas o una plácida sonrisa y un dedo cogido al adulto) como expresión no sólo de sus estados de conciencia sino también de sus defensas primitivas y de sus primeras fantasías.

LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En coherencia con esta teoría se aplicó un sistema de observación y análisis que permite detectar y analizar cómo se

ajustan en la interacción cotidiana niño/a-figura de crianza y cómo en el análisis de dichas interacciones se van perfilando patrones recurrentes y mutuos que son piezas básicas en el desarrollo de la personalidad infantil y resultan de sumo interés, tanto desde el punto de vista de la prevención como cuando se detecta la patología.

Sin embargo, estos patrones son muy difíciles de detectar a *simple vista* en estas primeras etapas infantiles. Diversos autores han manifestado esta dificultad y la necesidad de encontrar nuevas formas de abordaje terapéutico que permitan captar la sutileza de lo que ocurre en dichas relaciones (Schaffer, 1990; Brazelton y Cramer, 1990; Begoín, 1999).

Hipótesis

La hipótesis principal de este trabajo predecía que si se introducían cambios en uno de los elementos del sistema niño-figura de crianza los patrones de relación cambiarían y repercutiría en el bienestar general tanto psíquico como físico del niño prematuro que tratamos.





Antes de explicar brevemente en que consistió el abordaje terapéutico diré unas palabras sobre el niño, que llamaremos Luis y su figura de crianza del hospital, María.

Luis, nació prematuramente en este hospital a las 28 semanas de gestación, gemelo de otro varón que fue dado de alta a la semana de nacer. Luis pesó 1.400 gr. y llevaba en el Servicio un mes cuando iniciamos la observación ya que junto a una serie de problemas renales y de hipocalcemia prácticamente superados, no terminaban de darle el alta porque no adquiría el peso adecuado y no se lograba evitar la pérdida de sal en la orina. El aspecto que Luis mostraba era de gran estado de alerta, dormía poco para su edad pero permanecía en la cuna sin llorar aunque fuera su hora de tomar el alimento, con cierto aspecto que podría evocar la imagen de un *adulto resignado*.

María, formaba parte del cuerpo de auxiliares de Clínica que son las que se ocupan de dar el alimento a los niños de la Unidad. Era una profesional competente que aceptó muy gustosa participar en el *Programa de Observación Guiada* que le propusimos.

Unas palabras sobre la madre que desgraciadamente no pudimos trabajar con ella: era primípara y no había controlado su embarazo hasta un mes antes del nacimiento. Vivía a las afueras de la ciudad y ésto le dificultaba visitar asiduamente a Luis pues tenía que atender a su otro hijo, gemelo de Luis.

El procedimiento

Se grabaron en vídeo diez sesiones de 15' minutos de interacción libre entre Luis y María, alrededor del momento de la toma del alimento. A partir de la 5ª grabación se inició el trabajo terapéutico con María aplicando un programa de observación y tratamiento de la díada niño-figura de crianza, llamado *Programa de Observación Guiada (P.O.G.)*. Este sistema de observación se sirve del recurso del vídeo que se utiliza en las sesiones terapéuticas y permite a la figura de crianza observar y analizar su propia interacción con el niño, detectando sus *señales* y observando si ha habido *ajuste* entre las señales del niño y su propia respuesta. La observación es guiada por el/la psicoterapeuta que le ayuda en la escucha atenta de lo que está pasando entre ambos. De este modo se logra que la propia evaluación que sigue a la observación sirva en sí misma como intervención terapéutica (Brazelton y Cramer 1990).

Las diez grabaciones fueron categorizadas y codificadas siguiendo el *Modelo de Análisis de la Intersubjetividad* (Pérez-Mínguez, 1996) simplificado, cuyo sistema de categorización reúne los requisitos para obtener información secuencial ya que se registra el orden en que aparecen las conductas, -niño-adulto-niño-... momento a momento. Dichas categorías valoran conductas de interacción y el análisis de su secuencia permite comprobar el grado de *ajuste* o *desajuste* que se va estableciendo entre ambos interlocutores.

Las categorías que se establecieron para el adulto y para el niño fueron las siguientes:

**Valoración de las actitudes relacionales del ADULTO.
Grados de Sensibilidad respecto al niño**

Muy Sensible

Contingencia el adulto recoge la señal del niño y le da respuesta inmediatamente anterior y le da respuesta, (p.e. si el niño desvía la mirada de ella, entiende esta señal como saturación y espera sin insistir conteniendo su cuerpo solamente)

Adecuación la actuación del adulto se adapta a la situación que requiere el niño y el niño da muestras de conformidad "a posteriori" (p.e. relajando su cuerpo)

Empatía el adulto muestra su compasión hacia la dificultad del niño (en el tono de voz, ritmo, etc.)

Sensible

Cuando en la actuación del adulto falta uno de los atributos definidos arriba.

Parcial-Sensible

El adulto no da "acuse de recibo" de la señal del niño
O no le da el soporte adecuado para ayudarlo a calmarse

No-Sensible

El adulto, por segunda vez, no da "acuse de recibo" de la señal del niño y persiste en sus actuaciones aunque éstas hayan sido rechazadas por el niño anteriormente. O actúa por 1ª vez de forma tan inadecuada que desestructura su capacidad autorreguladora (p.e. provocando llanto en el niño)

**Valoración de las actitudes relacionales del NIÑO.
Grados de Bienestar respecto al adulto**

Soñación

El niño muestra su cuerpo relajado, los ojos semicerrados y sonríe como soñando.

Estable

El niño está despierto, atento y tranquilo.

Regulándose

El niño se muestra haciendo esfuerzos para organizarse después de un estímulo (p.e. mantiene los brazos en guardia alta y cerrando los puños, o desvía la mirada)

Estrés

El bebé manifiesta claramente su malestar a través de dos o más señales (p.e. guardia alta con mirada vidriosa, temblor y/o vómito).

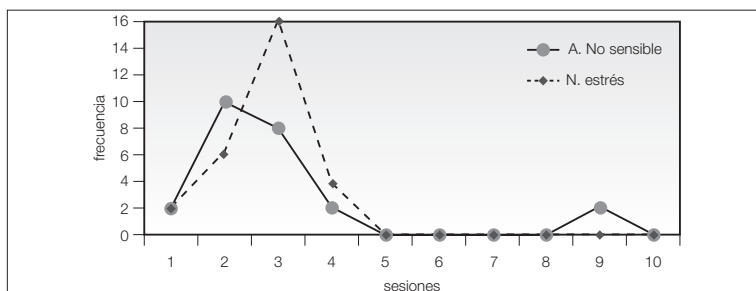
LOS RESULTADOS Y SU INTERPRETACIÓN

1.^a etapa: Corresponde a las cinco primeras sesiones, antes de la intervención psicológica

Los resultados dieron:

Por parte de María: Clara predominancia de actuaciones negativas descritas como *Parcial-Sensible* y *No-Sensible*. Ausencia total de actuaciones positivas descritas como *Muy-Sensibles*.

Por parte de Luis: Clara predominancia también de actuaciones negativas descritas como *Regulándose* y *Estrés*. Ausencia total de actuaciones en *Soñación*.



Analizados estos datos en el proceso recíproco de la intersubjetividad lo que se puede ver en el primer gráfico es la coherencia de ambas líneas que muestran la frecuencia de aparición de las variables negativas de Luis y María.

Estos resultados los interpretamos y encontramos que en la relación se daban unos patrones recurrentes de *dependencia* tal y como la describe Rutter (1980) cuando sólo se observan datos de **reciprocidad negativa** entre ambos participantes. Se observó que las actuaciones de María, basadas en demasiados estímulos en momentos inadecuados, arrastraban en **reciprocidad negativa** a Luis que tenía que tirar de sus recursos para autorregularse (brazos en guardia alta, manos crispadas y mirada vidriosa).



Estos excesivos estímulos y la falta de contención corporal (María le tenía separado del regazo y cogido con dos dedos por el cuello para facilitarle la deglución) hacían difícil pensar que pudieran darle a Luis la experiencia de satisfacción que



necesitaba para interiorizar buenas relaciones con el objeto exterior.

2.^a etapa. Desde la 6.^a sesión, con intervención psicológica

Los resultados dieron:

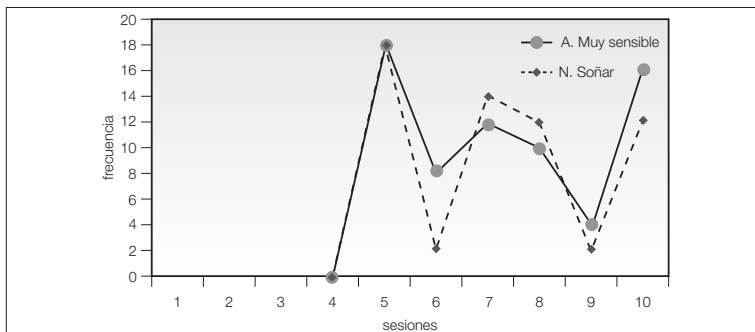
Por parte de María:

- Clara predominancia de actuaciones *Muy Sensibles*.
- Ausencia de actuaciones negativas *No-Sensibles*

Por parte de Luis:

- Clara predominancia de actuaciones en *Soñación*.
- Ausencia de actuaciones negativas de *Estrés*

En la gráfica lo podemos ver también en la coherencia de ambas líneas que representan la frecuencia de aparición de las conductas descritas.



Estos datos de **reciprocidad positiva y ausencia de conductas negativas recíprocas** nos permitieron interpretar los resultados como el inicio de una relación intersubjetiva vincular en la relación de María y Luis. Podemos señalar algunos logros interactivos no observados hasta entonces:

- Señales de *placidez satisfecha* como adormilarse sonriente en los brazos de María terminando la toma del biberón o sonriéndola.

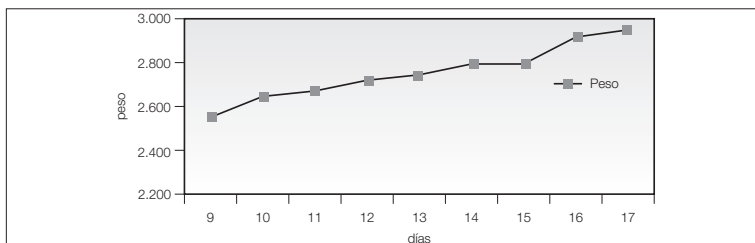


- *Iniciativas* de Luis: Tomando el biberón con las dos manos se introdujo uno de los dedos en la boca y con el otro cogió el dedo de María.





- **Mejoría en su salud:** Clara ascensión en la curva de peso. La pérdida de sal en la orina desapareció y se adelantó la fecha prevista de alta.



María fue entrando poco a poco en la comprensión mental de lo que le estaba sucediendo a Luis, “como le pasa a mi hija” dijo una vez sorprendida. Y se notó un cambio en aliviar las necesidades de Luis, mandaba callar a sus compañeras cuando hacían ruido, arrullaba a Luis, le cantaba, se emocionaba cuando sonreía y cuando le daba el biberón logró hacer con su cuerpo un nido cálido, atento y facilitador para que Luis se sintiera creador de su experiencia de alimentación.

CONCLUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

El contexto hospitalario es por sí mismo un factor de riesgo para los niños hospitalizados por la multiplicidad de factores (la propia situación biológica de los bebés, la ausencia materna, las dificultades del personal de enfermería para relacionarse con cada bebé...). Todo ello hace que aumente la probabilidad de aparición de consecuencias adversas para ellos. Sin embargo se vio que el cambio de la cuidadora María en su relación con Luis permitió que el niño también cambiara y que esto repercutiera muy favorablemente en Luis en un momento crucial de su desarrollo neuropsicológico.

BIBLIOGRAFÍA

- ALS, H.; y BRAZELTON, T.B. (1981). A new model of assessing the behavioral organization in preterm and fullterm infants: Two cases studies. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 20:239.
- ARIZCUN, J.; y VALLE, M. (1997). Prevención de deficiencias en el periodo perinatal. *Real Patronato de Prevención y Atención a personas con minusvalía. Documentos* 33/97 261-274.
- BICK, E. (1968) The experience of the skin in early object relations. *I.J.P.A.* 49, 1968.
- BION, W. R. (1963). *Learning from experience*. Londres, W. Heinemann. (Trad. cast. *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós, 1966).
- BRAZELTON, T.B.; y CRAMER, B.G. (1990). *The earliest relationships. Parents, Infants and the drama of early attachment*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc. Massachusetts (trad. cast. *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Paidós 1993.)
- KREISLER, L., FAIN, M. y SOULÉ, M. (1990). El niño y su cuerpo. *Estudios sobre la clínica psicósomática de la infancia*. Amorrortu.
- MCGAUHEY, P.; y STARFIELD, B. (1991). Social Environment and Vulnerability of low birth weight children: A social epidemiological perspective. *Pediatrics* 88/5 943-954.

- MILLER, D.; y HOLDITCH-DAVIS, D. (1992). Interactions of parents and nurses with high-risk preterm infants. *Research in Nursing & Health* 15, 187-197.
- NEGRI, R. (1995) Observation de la vie foetale. En M. B. Lacroix y M. Monmayrant (comps.) *Le liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*. Erès, 137-159.
- PÉREZ-MÍNGUEZ CASARIEGO, C. (1996). Interacción temprana y procesos de mutua influencia. Análisis de la intersubjetividad en el contexto institucional. Tesis doctoral sin publicar. Facultad de Psicología. UNED.
- PÉREZ-MÍNGUEZ CASARIEGO, C. (1998). Análisis de las relaciones interpersonales tempranas: un modelo de observación y su aplicación terapéutica en un programa de intervención. *Infancia y Aprendizaje*, 83, 3-28.
- PÉREZ-SÁNCHEZ, M. (1981). Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida. Paidós.
- VALLE TRAPERO, M. (1991). Intervención precoz en poblaciones de alto riesgo biológico. Tesis doctoral. Universidad Complutense.
- WINNICOTT, D.W. (1965). *The maturational processes and the Facilitating Environment*. Hogarth Press and Institute of London.

APROXIMACIÓN A LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES*

Ana Berta Jara Segura**, Fernando González Serrano***,
Paz San Miguel**** y Maite Urizar*****

Resumen: Revisión sobre las Tentativas de Suicidio en los adolescentes, factores epidemiológicos, contexto socio-familiar, funcionamiento mental, evaluación del riesgo y actitud ante un gesto suicida, la valoración de la necesidad de ingreso y propuestas de tratamiento.

Palabras clave: Suicidio en adolescentes, evaluación y actitud.

Summary: Revision of the suicide attempts in adolescents, epidemiologic factors, socio-family context, mental functioning, risk assesmeret and attitude before a suicide gesture, the assesment of the admission need and treatment proposals.

Keywords: Suicide in adolescents, assesment and attitude.

* * *

INTRODUCCIÓN

Los suicidios y las tentativas de suicidio en la adolescencia tienen un interés creciente, y suponen un importante desafío

* Trabajo resultante de un seminario de lectura y discusión sobre temas clínicos en el que participaron además de los autores Carmelo Malda, Dolores Codon, Mirian Aizpiri, Salvador Del Arco, Milagros Domingo, Xabier Tapia, y Helena Senra, a quienes mostramos nuestro más sincero agradecimiento por impulsarnos a la elaboración de esta reflexión y nos han enriquecido con sus aportaciones.

** Doctora en Psiquiatría por U.P.V. Correspondencia: Osakidetza C.S.M. Ercilla, c/ Ercilla, 4, 48009 Bilbao, Vizcaya. Teléfono: 944230049.

*** Médico Psiquiatra en el C.S.M. Uribe, OSAKIDETZA

**** Psicólogo Clínico en el C.S.M. Ercilla, OSAKIDETZA

***** Médico Psiquiatra en el C.S.M. Galdakao, OSAKIDETZA

para los profesionales de la salud mental y para todos aquellos que trabajan directa o indirectamente con adolescentes. Con esta revisión pretendemos aportar algunos puntos de reflexión sobre el funcionamiento mental de los jóvenes que están más predispuestos a pasar al acto, el contexto en que éste se produce y la necesidad de una adaptación del enfoque terapéutico. Teniendo en cuenta que en estos casos prever es la mejor forma de evitar una tentativa de suicidio, es de vital importancia conocer los factores de riesgo y protectores, así como tomar en consideración y evaluar cuidadosamente cualquier T.S. por vanal que ésta parezca; tomando así las medidas terapéuticas oportunas, sin olvidar la encrucijada vital en la que ésta se produce.

Hemos puesto el acento en los aspectos vitales interpersonales e intra psíquicos de las T.S. más que en los aspectos psicobiológicos, genéticos, etc. de indiscutible trascendencia y sobre los que existe numerosa literatura.

ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO

Las conductas suicidas (tentativas o suicidio consumado) suelen ser raras hasta el final de la latencia (10-12 años), aumentando progresivamente a lo largo de la pubertad y adolescencia. Las tasas de suicidio entre los 15 y los 19 años se acercan a las de los adultos: aproximadamente 11/100000 frente a 12-15/100000 de la población general^{1, 2}.

Actualmente se considera el suicidio como la 2.^a ó 3.^a causa de muerte en la adolescencia y juventud en los países desarrollados (incluso la 1.^a en algunos). Asimismo en los últimos años se ha podido constatar una elevada y creciente tasa de tentativas de suicidio (TS) en esta población. La TS es un comportamiento más frecuente que el suicidio consumado: se calcula que hay unos 8-10 intentos por cada suicidio en la población general y que esta proporción es aún mayor entre adolescentes y jóvenes^{2, 3}.

A raíz de la constatación del alza de las conductas suicidas surgen numerosos estudios epidemiológicos con objeto de investigar estrategias que puedan contrarrestar esta tendencia. El más importante en el ámbito europeo es el Estudio Multi-céntrico del Parasuicidio WHO-EURO llevado a cabo entre 1989 y 1992 en 13 países distintos⁴.

La OMS ha preferido utilizar el término de Parasuicidio con el fin de unificar la definición de la TS que era poco clara, dependiendo a menudo del clínico que investiga e incluso variando de un país a otro. Se define el Parasuicidio como “ un acto con final no fatal por el que un individuo emprende deliberadamente un comportamiento inhabitual que, sin la intervención de otros, causa daños autoinfringidos; o que ingiere deliberadamente una sustancia en cantidad superior a la prescrita, o a la dosis generalmente admitida, y que tiene por objetivo, debido a las consecuencias físicas reales o supuestas, provocar cambios que el sujeto desea”. Se excluye pues la referencia a la intencionalidad o la gravedad⁴.

Este estudio de la OMS da tasas de prevalencia de Parasuicidio de 106,9/100000 para varones y 291,8/100000 para mujeres de 15 a 19 años (168 y 283 respectivamente para la población entre 15 y 24).

Las tasas en la población general son de 136/100000 para varones y 186/100000 para mujeres. En la población española (Guipúzcoa) se da la tasa más baja de los 16 centros de investigación: 45/100000 en varones y 69/100000 en mujeres de todas las edades (la tasa oficial española se considera entre 50-90). En la franja de edad de 15 a 24 años las cifras oscilan entre 62/100000 para varones y 99/100000 para mujeres, la más baja del estudio⁴.

Hay que señalar que en esta investigación sólo se recoge la población que consulta en centros asistenciales. Se sabe que el número total de TS es mucho más alto (hasta 5 veces más) si tenemos en cuenta estudios con población general⁵. A pesar de los problemas metodológicos específicos de estos

dos modos de investigación, lo que sí se constata es que hay un gran número de adolescentes con conductas suicidas (la mayoría) que no solicitan ayuda ni son tratados como de riesgo.

La tasa de suicidio es mayor en varones, tanto en adolescentes y jóvenes como en población general. Las TS, por el contrario son mucho más frecuentes en la mujer durante la adolescencia para igualarse respecto al varón conforme aumenta la edad^{2, 6}.

En relación a la edad, las TS aumentan claramente a partir de los 17 años, manteniéndose su tasa estable hasta los 35 años para luego descender. Los suicidios consumados son algo menos frecuentes en la adolescencia, y es a partir de los 20 años cuando las tasas son similares a la población general.

El método utilizado con más frecuencia en nuestro medio es la intoxicación medicamentosa^{6, 7}. En el estudio de la OMS se citan a continuación otros tipos de envenenamiento voluntario y la flebotomía o corte de venas⁴.

Dos modos habituales de muerte violenta entre la población adolescente cuya diferenciación del gesto suicida es en ocasiones difícil de establecer son los accidentes de tráfico y las sobredosis de droga (heroína fundamentalmente).

Otros métodos como el ahorcamiento, defenestración, arma de fuego... son más raros (en USA el método más habitual es la muerte por arma de fuego)².

En un número significativo de adolescentes la ingestión abusiva de alcohol y, actualmente, también de otras sustancias (cocaína, drogas de diseño, psicoestimulantes) precede a la conducta suicida, sobre todo en los varones^{2, 7}.

Los estudios epidemiológicos con gran número de casos son útiles para conocer ciertas características socioculturales, familiares y médico-psiquiátricas de estos adolescentes, que pueden ayudar en la prevención: son los denominados factores de riesgo. No debe confundirse este concepto estadístico con las causas que siguen siendo desconocidas. Preceden a la TS pero su presencia no es condición suficiente⁷.

Subrayamos las siguientes:

Factores médico-psiquiátricos: hay un amplio consenso en considerar los intentos de suicidio previos como el predictor más importante para el suicidio. Un 18-20% de adolescentes con conductas suicidas en el estudio europeo de la OMS repitieron la TS al año. Asimismo se encuentran antecedentes de TS en un 45% de los casos de TS estudiados⁴.

Una parte muy importante de estudios (incluido el de la OMS) refieren uno o varios diagnósticos psiquiátricos en la mayoría de adolescentes y jóvenes que realizan TS aunque hay controversia a la hora de evaluar la psicopatología asociada a la TS.

Bastantes estudios hablan de tasas elevadas de Trastornos del Humor, siendo el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV) el que se realiza en más alta proporción^{2, 4, 8, 9, 10}. La asociación a Trastornos de Personalidad (límite o antisocial) y la importancia del abuso / dependencia de drogas y alcohol ocupan también lugar preferente^{2, 10}.

Los Trastornos Esquizofrénicos no parecen desempeñar un papel tan importante como en el adulto. La relación entre Trastornos del Humor y la TS es compleja: no todos los adolescentes depresivos realizan una tentativa de suicidio o un suicidio consumado.

En algunos estudios de TS no se llegó a ningún diagnóstico clínico en un porcentaje del 75% ó se halla una gran variabilidad si se evalúa desde el punto de vista del funcionamiento mental: "Esta aproximación cuantitativa no permite ir más allá de la constatación del carácter transnosográfico de la conducta suicida y captar características del funcionamiento mental susceptibles de ser operantes sobre organizaciones o estructuras psíquicas diferentes desde la neurosis a la psicosis pasando por todas las organizaciones intermedias"^{3, 11}.

El mal estado de salud, con quejas somáticas múltiples (cefaleas, dolores abdominales o dorsales, fatiga, problemas

de sueño,...) y la realización de consultas médicas se observa con mayor frecuencia en estos adolescentes. Estas características podrían relacionarse con aspectos depresivos subyacentes^{5, 7}.

Al igual que en el adulto, una cierta predisposición genética y la intervención de factores biológicos (fundamentalmente ligados al metabolismo de la serotonina) se unirían al resto de factores de un modo variable y complejo, bien directamente o por vía de los trastornos psíquicos citados, influyendo en riesgo suicida.

Factores familiares: las pérdidas parentales por fallecimiento, separación y abandono son más frecuentes. Los antecedentes familiares de enfermedad mental, abuso de alcohol y conductas suicidas aparecen también con mayor frecuencia. Lo mismo ocurre con las interacciones familiares conflictivas, ya sea entre la pareja parental o entre ésta y el adolescente^{3, 7}. Los antecedentes de abuso sexual parecen constituir asimismo un riesgo, especialmente en muchachas⁵.

Factores socioculturales: destaca la importancia de las dificultades escolares y de integración laboral en un número significativo de estos adolescentes. Así mismo se aprecia una escasa participación en grupos y actividades de ocio.

Se han hallado diferencias en la tasa de TS y suicidio entre diversos países: p.e. en Europa son significativamente más altas en Finlandia, Suiza y Austria, y bajas en Italia y España. Hasta el momento actual no se ha podido encontrar ningún factor ligado directamente a factores culturales que predisponga al suicidio, aunque si queda abierto un interesante campo de investigación acerca de posibles factores culturales potencialmente protectores o favorecedores de un riesgo suicida mayor en los adolescentes y jóvenes^{4, 5}.

En cuanto a la evolución de los adolescentes que han tenido TS hay consenso en considerar que son un grupo de riesgo de evolución desfavorable, tanto en mortalidad como en morbilidad somática y psiquiátrica, o de padecer dificultades

psicosociales como invalidez o desinserción, y este riesgo es aún mayor en el sexo masculino^{5, 9, 12, 13, 14}.

Es llamativo constatar que el grado de letalidad de la TS no parece tener influencia en la evolución posterior, lo que muestra la necesidad de tomar en consideración cualquier gesto suicida, incluso los que no comportan riesgo vital inmediato^{5, 12}.

CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR DE LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO

Las características socioculturales y familiares halladas en los A.S. en diferentes estudios han dado lugar en alguno de ellos v.g. el de R. Diwo¹⁵ al “prudente avance” de algunas nociones útiles de cara a la comprensión y a la prevención de las T.S. en la adolescencia. Inspirándose en las ideas de Winnicott, quién subraya que “nadie es independiente del entorno, y hay condiciones del entorno que destruyen el sentimiento de libertad, incluso en aquellos que hubiesen podido gozar de él”, y tras la cuidadosa evaluación de los factores socio-culturales y familiares presentes en los A.S., plantean la noción de REALIDAD TRAUMÁTICA EXTERNA, y proponen el prestar atención al cúmulo de las excitaciones externas determinantes de una sobrecarga que puede conllevar, cualesquiera que sean las capacidades de elaboración mental, un fallo transitorio de su aparato mental y, debido a ello, la posibilidad de recurrir a la actuación.

Empleando la escala de ALCES de Yeaworth (Cuestionario de sucesos vitales para adolescentes) llegan a determinar el UMBRAL CRÍTICO DE SOBRECARGA que diferenciaría significativamente a los suicidas. Mas allá de ese umbral, los riesgos de recidiva serían mayores. El sobrepasar el umbral crítico sería más alarmante en el caso de los adolescentes considerados “vulnerables” (con un funcionamiento mental precario). El riesgo sería máximo si se sumasen los dos signos: Vulnerabilidad psíquica + Realidad externa traumática.

Son considerados como significativos los cambios en la composición de la familia, el fallecimiento de alguno de sus miembros, el desentendimiento entre los padres, el divorcio, accidentes o enfermedades graves, tentativa de suicidio de algún miembro de la familia, peleas con los hermanos y/o con los padres madre embarazada, problema de alcoholismo en casa, traslados, padre sin trabajo. A nivel escolar: acudir a un nuevo centro, problemas de disciplina, suspensos en una o varias asignaturas, repetición de curso, expulsión del centro. A nivel social: cambio de amigos, amigos con ideas de suicidio, amigos que hayan tenido una T.S., accidente o enfermedad grave de un amigo/a, arresto por la policía o escarceos con la ley. También fallecimiento de amigos y rupturas sentimentales; embarazos, interrupción voluntaria de embarazo, dificultades sexuales, vivir situaciones de violencia. Se tiene en cuenta los sucesos vividos, la fecha de los sucesos y si estos han sido vividos de forma particularmente estresante.

Además del establecimiento del umbral crítico, es interesante la constatación de que cuanto más precoces son los acontecimientos, más se deben tener en cuenta. La interpretación que dan a esto es que dejan entrever el sufrimiento y el desamparo pasados o actuales de los padres del adolescente, lo que ha podido causar una falta de disponibilidad para atender el sufrimiento del hijo.

El peso de las alteraciones en el contexto socio-familiar en el riesgo de las T.S. es algo generalmente admitido. A modo de ejemplo, en el estudio de B. Millet y O. Halfon¹⁶ se citan como factores de riesgo predominantes: los trastornos psiquiátricos, el medio familiar perturbado y las dificultades escolares. Resaltan trastornos psiquiátricos en la familia, especialmente en los padres: T.S., suicidios, alcoholismo... Padres separados o fallecidos. Familias caracterizadas por una gran violencia, en las que se privilegian más los actos que las palabras, o bien se evitan todas las tensiones relacionales. En el entorno escolar: repeticiones, cambios de orientación. Los adolescentes con

fracaso escolar deben efectuar precozmente elecciones de cara a la vida activa; confrontados muy pronto a las dificultades del paro y del trabajo, la proporción de los adolescentes trabajadores es más elevada entre la población suicida. Otros factores serían la emigración y el nivel socio-económico bajo.

Por último, refiriéndose a las características familiares de los adolescentes con T.S., Marcelli y Braconnier¹⁷ resaltan los conflictos familiares, especialmente separaciones con ausencia frecuente del padre o de toda figura de autoridad paterna. Factor que interviene con más peso cuanto más precoz es la separación. También desplazamiento y desajustes recientes, así como antecedentes familiares patológicos. Ni el nivel socioprofesional de los padres ni la presencia o ausencia de las madres en el hogar o el trabajo de la madre en el exterior les parecen estadísticamente significativos. En cuanto a los factores socio-culturales, el elevado porcentaje de adolescentes con T.S. entre la población inmigrada les lleva a considerar la noción de aculturación brusca y cambio repentino de los valores sociales, relacionado con el concepto de "anomia" de Durkheim: incapacidad de establecer una jerarquía de prioridad entre las diferentes funciones que debe desempeñar, no poseer criterio para cumplir las obligaciones de un papel o de otro. El estado de anomia de una sociedad: es decir el estado de desintegración de las relaciones sociales y de la estructura de la sociedad tal como la viven los emigrantes puede aproximarse al estado de desintegración a nivel del individuo, o en otros términos, a las tentativas de suicidio. Las rupturas en el entorno sociocultural del adolescente constituyen un factor de riesgo notable. En los antecedentes recientes de los adolescentes suicidas se encuentran con mucha frecuencia cambios de domicilio, partida de un miembro de la familia, cambios en los hábitos o formas de vida (colegio, trabajo) rupturas con el grupo de compañeros.

APROXIMACIÓN AL FUNCIONAMIENTO MENTAL DE LOS ADOLESCENTES CON TENTATIVAS DE SUICIDIO

¿Cómo saber qué ocurre en el interior de un adolescente que atenta contra su vida?

Los estudios revisados utilizan métodos de investigación diferentes.

M. Laufer¹⁸ y su equipo se valen de la investigación psicoanalítica de pacientes parasuicidas con el fin de adentrarse en el conocimiento del funcionamiento psíquico de estos adolescentes.

Para este autor el intento de suicidio no es el resultado de un impulso repentino e impredecible, más bien es el eslabón final de una cadena de acontecimientos psicológicos internos. Diferencian entre factores que predisponen a pensamientos suicidas y factores que precipitan el intento real del suicidio.

Describen tres factores predisponentes:

- El primero es que todos los adolescentes de su estudio sentían que eran sexualmente anormales. Inconscientemente, experimentaban su sexualidad en desarrollo y la posibilidad de relaciones sexuales, como una amenaza aterradora, en lugar de un desarrollo del self. Estos sentimientos de anomalía sexual eran una fuente importante de sentimientos muy dolorosos de fracaso o de vergüenza.
- El segundo factor predisponente es el miedo a ser invadido, que significa que las experiencias de dependencia e intimidad por más que sean anheladas, son vividas como una amenaza para el frágil sentido de la identidad de estos adolescentes. En esta línea cualquier separación tiende a ser experimentada como un rechazo. Unos miedos tan intensos de ser tragado y de abandono indican dificultades del desarrollo temprano en el proceso de separación e individuación de la madre.

- Como tercer factor predisponente es la intolerancia a los afectos dolorosos que resulten de las dificultades mencionadas arriba.

Factores precipitantes

Entre los **factores precipitantes**, destaca en primer lugar, la posibilidad de cambio en la vida del adolescente que presenta inconscientemente un movimiento hacia el funcionamiento independiente de los padres, ya sea cambio de colegio, comenzar un trabajo, o dejar la casa paterna.

El segundo factor precipitante y de particular significado es este grupo de edad es la emergencia de impulsos hostiles y la aterradora sensación de pérdida de control de su ira y agresión.

En este punto existe una diferencia entre las chicas que expresaban una hostilidad hacia sus madres con miedos asociados a la muerte de la madre y los chicos que dirigían su agresión a la figura paterna o sus equivalentes: profesionales, instituciones, etc.

Laufer insiste, en que a esta edad es de vital importancia el carácter persecutorio que adquiere el cuerpo sexuado, vivido como el lugar donde se alojan sus pensamientos y deseos anormales, que llevan al adolescente a odiarse a sí mismo y a su nuevo estado físico creyendo que su estado mental previo a la pubertad era más sereno y feliz.

El adolescente que pasa a la acción está más poseído por su necesidad de paz que por el hecho de la propia muerte. Así se siente obligado a hacerlo para liberarse de su situación de dolor.

Todos los adolescentes de su estudio habían contado sus sentimientos suicidas y sus intenciones antes de hacer el intento.

El mecanismo de negación de la realidad con una falta de conciencia de la irreversibilidad de la muerte predomina en los

momentos previos al acto suicida. Hay una retirada total de la libido objetal hacia la libido narcisista, viviendo el acto suicida como una acción inmensamente poderosa.

En el estudio multicéntrico realizado en Francia y dirigido por PH. JEAMET y E. BIROT³ con una población de 149 pacientes que habían realizado una T.S. con edades comprendidas entre los 13 y los 25 años, abordaron tanto la vertiente epidemiológica como las especificidades del funcionamiento mental. En este último aspecto los autores señalan tres características esenciales:

- La fragilidad de las bases narcisistas de la personalidad (la estima de sí mismo).
- La poca eficiencia de los mecanismos de contención psíquica o mecanismos defensivos más maduros (anulación, formación reactiva, racionalización, sublimación) frente a mecanismos dirigidos a la puesta en el exterior de los conflictos (proyección, defensas maníacas, escisión).
- El fracaso parcial de la organización edípica para jugar su rol estructurante de la identidad sexual y la diferencia de generaciones.

De estos tres ejes dominantes se desprenden varias consecuencias: en primer lugar la extrema sensibilidad de estas personas a las variaciones de la distancia con sus objetos de investimento, así como en relación a sus ideales y a los movimientos de idealización y desidealización. Esta sensibilidad individual a los cambios provoca una fragilidad de estos adolescentes ante las pérdidas y las decepciones, en este sentido los cambios familiares y sociales adquieren un peso desmesurado.

En opinión de estos autores, no se trata tanto de un perfil del suicida, sino más bien de una constelación de modalidades de funcionamiento mental, las cuales asociadas según los modos y las variables dominantes evocarían una vulnerabilidad en la respuesta suicidaria. Respuesta que es susceptible de ser reducida o ampliada, según diversos factores: individuales,

familiares, psicológicos o biológicos, a los cuales el sujeto será tanto más sensible cuando entren en resonancia entre ellos y con los antecedentes personales. Estos factores de vulnerabilidad sólo se pueden entender en el contexto de una comprensión dinámica de las capacidades defensivas del sujeto. En este sentido, señalar la escasa utilización de mecanismos de defensa de tipo neurótico.

Nos parece particularmente interesante el estudio comparado de R.Diwo¹⁵ con adolescentes de 13 a 19 años suicidas y no suicidas, en los que se investigó la vulnerabilidad psíquica y la sobrecarga externa.

Formularon tres hipótesis:

1. Hipótesis: La intensidad de la sobrecarga externa debería estar presente y ser más importante en el adolescente suicida.
2. Hipótesis: La fragilidad de la mentalización debería ser más importante en el adolescente suicida.
3. Hipótesis: La pobreza del espacio imaginario debería ser más frecuente y más amplia en el adolescente suicida.

Los resultados confirmaron las tres hipótesis.

En primer lugar los adolescentes suicidas tuvieron el doble de acontecimientos externos vividos de forma estresante que el grupo de control.

La capacidad de mentalización mostraba las siguientes características: Una menor utilización de formaciones reactivas contra la agresividad en los adolescentes suicidas, junto con una reactivación de afectos depresivos y una baja integración de la bisexualidad psíquica.

La utilización del espacio imaginario era más pobre en estos adolescentes.

Entre sus conclusiones Diwo plantea que llegado a un cierto nivel de sobrecarga externa, se produciría un fallo transitorio del aparato mental con empleo de otras vías de descarga como el actuar.

A modo de resumen enumeraremos los puntos de acuerdo entre los autores revisados:

- 1.º Dificultad en la organización mental de los conflictos
- 2.º El Conflicto se sitúa y se pretende resolver en lo corporal.
- 3.º El acto suicida sería la forma de salir de la pasividad, actuando sobre el cuerpo.
- 4.º Dificultades en la vivencia de la sexualidad.
- 5.º Dificultades precoces en el desarrollo, particularmente en el proceso de separación-individuación.
- 6.º Presencia de acontecimientos externos que sobrecargan las capacidades elaborativas de estos adolescentes.

EVALUACIÓN DEL RIESGO Y ACTITUD ANTE UNA TENTATIVA DE SUICIDIO

Se sabe que hay un gran número de adolescentes con conductas suicidas que no solicitan ayuda, ni son tratados como pacientes de riesgo, por lo tanto es un punto de gran interés en primer lugar poder Identificar los Grupos de Riesgo (Factores de Riesgo), así como la evaluación cuidadosa de la ideación suicida y Situación De Riesgo Individual en las entrevistas con adolescentes, principalmente si padecen un trastorno afectivo o han tenido tentativas previas.

1. Identificar la tentativa de suicidio como tal, lo cual no siempre es evidente⁵.
2. Solicitar / Realizar una evaluación semiológica cuidadosa que permita una aproximación diagnóstica clínica.
3. Investigar el funcionamiento mental, valorar los posibles fallos en la organización de la personalidad.
4. Evaluación del soporte socio-familiar.
5. Situación / estado presuicida, estado cognitivo y emocional del sujeto¹⁹.

- Situación de STRES: Situación de alto contenido emocional secundario a un acontecimiento vital de breve duración y limitadas consecuencias.
- Situación de CRISIS: Intensa alteración emocional prolongada (semanas o meses) reactiva a una serie de acontecimientos vitales sucesivos que afectan seriamente la homeostasis psicosocial del sujeto
- Situación SÍNTOMA: La acción ideación auto lítica tiene relación directa con un trastorno psiquiátrico, síndrome depresivo, bien único o en comorbilidad con otro trastorno.

En la situación de crisis o síntoma, el riesgo suicida continúa tras el acto o tentativa de suicidio.

Anamnesis y exploración de la ideación suicida

Diferentes autores insisten en la necesidad de explorar la ideación suicida en un adolescente planteando una aproximación por etapas (CALRK y FAWEETT, 1992)¹⁹ preguntando primero desde el malestar por ideas en torno a la muerte y en un segundo tiempo tratando de concretar si existen planes concretos, si son o no activos y si implican la participación de otras personas. También según estos autores debe preguntarse por actos suicidas anteriores y por la gravedad y consecuencias de los mismos.

La utilización de escalas de valoración del riesgo, de indiscutible valor en la investigación, no deben sustituir en ningún caso una entrevista psiquiátrica cuidadosa, preferentemente a solas con el paciente y disponiendo del tiempo necesario.

Finalmente, es necesario entrevistar a la familia, ya que puede aportar información muy valiosa con respecto al contexto en el que se producen y sobre conductas que pueden estar relacionadas con la situación de riesgo (fugas, consumo de tóxicos, etc).

Valoración de la necesidad de ingreso

Algunos autores (Ladame y cols.)⁵ consideran que un tiempo de hospitalización está formalmente indicado en todas las tentativas de suicidio, sobre todo para tomar en consideración el deseo de ruptura manifestado por el gesto suicida. Esta pausa permite emprender un primer trabajo de crisis de cara a un relanzamiento del funcionamiento psíquico paralizado por el paso al acto y su dimensión traumática, así como evita entrar en resonancia-complicidad con actitudes negadoras por parte del paciente y su familia, y se hace eco de la necesidad de tomar en serio cualquier gesto suicida, ya que según estos autores, como ya hemos mencionado anteriormente, el grado de letalidad de la tentativa de suicidio no tiene influencia sobre la evolución ulterior que se caracteriza por un riesgo elevado de evolución desfavorable.

En la práctica clínica es necesario valorar la necesidad de ingreso conforme a una serie de criterios entre los cuales se encuentran, además de los estrictamente clínicos, la valoración del riesgo/beneficio del internamiento frente al tratamiento ambulatorio, la disponibilidad de los recursos asistenciales; nunca hay camas para ingresar a todos los suicidas potenciales que acuden a los dispositivos asistenciales y en nuestro medio no disponemos de unidades de hospitalización específicas para adolescentes, (todo esto mediatiza la decisión de ingreso). Diferentes parámetros han sido propuestos por diversos autores para realizar la INDICACIÓN DE INGRESO TRAS UNA TENTATIVA DE SUICIDIO¹⁹:

1. Persistencia de intención letal.
2. Utilización de métodos violentos.
3. Realización de tentativa de suicidio premeditada o con difícil “rescate”,
4. La gravedad de la sicopatología y/o el alto nivel de ansiedad; trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno negativista desafiante, sobre todo con impulsividad y agresividad, alcoholismo, drogadicción y psicosis.

5. La continuidad del estado presuicida de “Crisis”.
6. El soporte psicosocial bajo y disponibilidad de medios para suicidarse. El trastorno parental deteriorante, hostilidad, maltrato e incapacidad para proteger al adolescente requieren hospitalización.

TRATAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES CON T. S.

Tratamiento ambulatorio

No se dispone de tratamiento, fármacos, psicoterapia o intervención comunitaria específicos. De entrada, si la predisposición al suicidio es multifactorial el tratamiento debería ser multidisciplinario. Los controles realizados en salas de guardia detectan cifras desalentadoras que indican que sólo el 30-40% acude a la primera cita de control (Kaplan)²⁰.

Desgraciadamente, la dinámica familiar que no permite reconocer los problemas del adolescente también impide solicitar y mantener el tratamiento, pero tal vez haya que encontrar en el propio funcionamiento mental de los adolescentes suicidas las claves que nos permitan entender la dificultad para acceder al tratamiento, de manera que se puedan desarrollar estrategias psicoterapéuticas más adaptadas a las necesidades de este grupo de pacientes.

Según Ladame⁵, la experiencia demuestra que sin trabajo de “reanimación psíquica” tras los cuidados somáticos en una tentativa de suicidio, las propuestas de tratamiento ambulatorio a más largo plazo son ILUSORIAS en tanto que están desprovistas de sentido para la mayoría de los jóvenes y para sus padres. Es por ello de gran importancia la entrevista que se realiza en un primer momento tras la tentativa; muchas veces en la misma sala de urgencia, y que permite una primera evaluación del gesto, evaluación ésta necesaria para determinar la conveniencia de ingreso y la presencia de una patología mental fijada o en sus comienzos, y por otra parte, tiene como objeto preparar una terapia relacional posterior más allá del

relato fenomenológico del episodio presente alrededor del cual se desarrolla generalmente la entrevista.

Ningún enfoque terapéutico mantiene una psicoterapia individual específica para el suicidio. Desde distintos enfoques se prioriza la necesidad de establecer una estrecha relación terapeuta - paciente. Los objetivos prioritarios que se plantean son: aliviar el sufrimiento, construir apoyos realistas y ofrecer alternativas al acto suicida. En este contexto, las psicoterapias de orientación dinámica y de orientación cognitiva son las más utilizadas. Las psicoterapias de orientación dinámica recomiendan cambios de técnica específicos con los suicidas, en especial con los más agudos, consistentes en un seguimiento continuo de la intención suicida, abandonar la neutralidad terapéutica si fuera necesario y realizar una dirección activa a favor de la vida, el uso de recursos comunitarios, sociales y familiares, e incluso el cese del secreto médico o la hospitalización protectora.

La entrevista familiar

El reencuentro familiar suele ser fácil en esta situación de urgencia, pero esta facilidad y el acuerdo dado habitualmente a las proposiciones terapéuticas no determinan en nada la evolución ulterior (D. Marcelli - A. Braconier)¹⁷. El conjunto de autores (Morrison, Poivet, Ladame) está de acuerdo en reconocer la dificultad para obtener una movilización familiar que no sea una simple crispación defensiva secundaria a la tentativa de suicidio. Como señala Ladame: "el comportamiento suicida puede cesar solamente si alguna cosa cambia en su vida". Esta "alguna cosa" concierne tanto a la vida psíquica interna del adolescente como a su entorno.

Los consentimientos dados y los eventuales compromisos terapéuticos adoptados por la familia ante la urgencia y en la atmósfera dramática de la hospitalización son frecuentemente vividas como resultado de una presión: el gesto suicida corre el riesgo de ser vivido como un medio de presión, es decir, de

“chantaje”. Es importante que el psiquiatra o psicólogo consultor sepa limitar su aproximación terapéutica a lo estrictamente necesario. De entrada, se puede proponer un modo de intervención definido: un número limitado de entrevistas familiares y/o individuales, al término de las cuales se propone una reevaluación diagnóstica y terapéutica, es la técnica del “contrato”. En efecto, parece ilusorio iniciar procesos terapéuticos a corto o a largo plazo (psicoterapia) cuando los riesgos de ruptura son muy grandes. Esta interrupción puede ser vivida como una ruptura suplementaria en un adolescente cuyo pasado está ya saturado de ellas. A veces, únicamente, la aparición de una reincidencia podrá permitir el establecimiento de un tratamiento terapéutico prolongado. Puede tratarse de una psicoterapia individual, de una terapia familiar o de ingreso en diversas instituciones (hospital de día, hogar, etc.).

Algunas propuestas asistenciales

Llegado a este punto, la pregunta que podemos plantearnos es cómo tratar los rechazos de cuidados de los adolescentes. Interrogante que se plantea no sólo para los adolescentes suicidas, sino para un grupo mucho más amplio. ¿Cómo ayudar más concretamente a los adolescentes que según su funcionamiento mental se describen como más temerosos a la intrusión y a la dependencia y con una marcada intolerancia a los afectos dolorosos que los hace más proclives al paso al acto?

1. O. HALFON²¹ propone en el servicio de Lausana una serie de “**arreglos**” para favorecer la asistencia a los adolescentes.

a) La creación de una estructura de acogida y de cuidados específicos para los adolescentes. “La acogida - consulta para jóvenes, se trata de un dispositivo ambulatorio con acogida rápida, con cita concertada previamente, pero también sin cita previa. Se trata de facilitar el acceso a los cuidados por parte de los adolescentes, extendiendo su impacto al entorno social,

entendiendo por éste a los padres, a las familias de acogida, a los hogares, a los enseñantes, a los médicos y a enfermeras escolares, a los representantes de las instancias judiciales, a los asistentes sociales, a los educadores de barrio, etc, que pueden recurrir a dicho centro.

b) El segundo “arreglo” atañe a las lagunas de la red asistencial: Según este autor, la idea de la dificultad de obtener adhesión de un joven a un tratamiento psiquiátrico estaba tan extendida, que con cierta frecuencia se tomaban decisiones operatorias impuestas a los jóvenes; ciertas colocaciones en hogares y sobre todo numerosos ingresos forzosos en hospitales psiquiátricos. Por supuesto, ciertas situaciones, entre las que se incluye el riesgo de suicidio, pueden necesitar de un ingreso involuntario; pero en muchos casos, era una puesta en evidencia de las incoherencias de las redes de cuidados psiquiátricos y sociales, de la coordinación insuficiente entre las diversas estructuras unida a la capacidad de los adolescentes de suscitar en los adultos reacciones contratransferenciales negativas. La norma de una discusión del médico responsable con la familia y los miembros de la red asistencial antes de la decisión de hospitalización y una cuidadosa evaluación clínica han permitido en numerosos casos la rápida transformación de una hospitalización forzosa en una hospitalización voluntaria.

c) La tercera medida propuesta es la creación de centros de acogida, orientación y tratamiento ambulatorio para los adolescentes en relación con la toxicoddependencia, permitiendo entre otras cosas a los adolescentes toxicómanos tener fácil acceso a la red de cuidados. Así mismo, se ha creado un centro educativo penitenciario para adolescentes, se trata de un establecimiento cerrado, que recibe a chicos/as enviados la mayoría de las veces por los tribunales de menores y por los servicios de protección de la juventud.

La vivencia en este centro, el sentido que pueda tener para el sujeto y sus consecuencias, tanto concretas como fantasmáticas, son, según los autores, primordiales para el porvenir

de estos jóvenes, que en su mayoría rechazan activamente cualquier tipo de ayuda. Se trata de recursos para adolescentes toxicómanos y/o delincuentes que tienen una comorbilidad psiquiátrica y que como sabemos, son un grupo de riesgo suicida importante. La drogadicción se relaciona con el 30-70% de los suicidios, intentos más graves y con los métodos más letales (Kaplan)²⁰.

2. Los Hospitales Universitarios de Ginebra asociados a la Fundación Children Action han creado en 1.996 una Unidad de “Estudio y Prevención del Suicidio” cuyos objetivos son:⁵

Dirigirse al entorno de los jóvenes suicidas (amigos, padres, enseñantes...) para ayudar a afrontar una crisis suicida: la experiencia clínica demuestra que la impotencia y la soledad sentidas por las personas confrontadas a un riesgo suicida juegan un papel importante en la negación del riesgo de muerte a pesar de la evidencia.

Dirigirse a grupos particularmente expuestos al riesgo suicida, todos los que han tenido que afrontar un suicidio o una tentativa de suicidio frecuentemente soportan un efecto traumático; en especial en los adolescentes parece jugar un papel importante el comportamiento suicida en el entorno cercano (amigos) que puede generar más gestos suicidas⁷. Tras un drama suicidario, organizar y animar grupos de discusión en la familia, entre los amigos y en los colegios, parece un medio eficaz de prevenir otras tentativas.

Dirigirse a los profesionales que trabajan con adolescentes: pediatras, médicos generales, educadores, trabajadores sociales y proponer formación sobre la prevención del suicidio en los jóvenes para mejorar el despistaje de los jóvenes de riesgo a través de un mejor conocimiento de los signos de alarma, básicamente la prevención se basa en la predicción. Mejorar el conocimiento mutuo de las personas que intervienen en la red natural de los adolescentes, facilitar el acceso a los servicios y la organización de tratamientos cuando sean necesarios.

3. El alarmante incremento de las tasas de suicidio en EE.UU. durante las últimas décadas ha llevado a un importante desarrollo de programas de prevención, la evolución más importante en cuanto a estrategias preventivas se ha realizado entre la población adolescente¹⁹.

Los programas llevados a cabo y denominados de primera generación incluyen:

- Programas de adiestramiento en centros escolares para educadores.
- Programas de entrenamiento comunitario dirigidos a sacerdotes, médicos, policías...
- Educación general sobre el suicidio a los escolares
- Programas de detección y derivación (Administración de cuestionarios o de instrumentos de cribado para problemas psicológicos que puedan relacionarse con el suicidio.
- Programas de apoyo entre compañeros, promoviendo las competencias sociales, las relaciones entre compañeros y la creación de redes de apoyo entre jóvenes en riesgo.
- Centros y líneas de crisis. Se tratan de centros y líneas telefónicas que permanecen abiertos día y noche.
- Restricción de medios (limitar el acceso a armas de fuego, etc.).
- Prevención de conductas imitativas.

No se ha podido demostrar la eficacia de estos programas, en parte porque presentan de importantes déficits en cuanto a la evaluación de resultados. En la actualidad se está desarrollando una segunda generación de estrategias preventivas que se ocuparán de redefinir y focalizar más selectivamente las actuaciones en grupos de alto riesgo dirigiendo primordialmente sus esfuerzos hacia la prevención primaria, incidiendo sobre situaciones previas al suicidio y fortaleciendo los factores protectores.

Tratamiento psicofarmacológico

El tratamiento psicofarmacológico de las conductas suicidas es, evidentemente, el de los trastornos psiquiátricos subyacentes: depresión, psicosis, trastornos de personalidad, drogadicción, etc. Es necesario añadir que existen tratamientos más específicos sobre la conducta suicida genérica, en tanto que ésta se trata de una manifestación caracterizada por:

- Dos fenómenos biológicos: elevación de la impulsividad y de la agresividad autodirigida, susceptibles de tratamiento psicofarmacológico
- Y dos fenómenos psicológicos: el sufrimiento y la desesperanza, susceptibles de tratamiento psicoterapéutico.

El sustrato neurobiológico de la impulsividad y de la agresividad se relaciona con los núcleos basales, que serían activados por sistemas de neurotransmisión dopaminérgicos, y probablemente noradrenérgicos; e inhibidos por sistemas de neurotransmisión serotoninérgicos. Los datos más indicativos que implican una determinada disfunción cerebral con el suicidio, son los que vinculan dicha conducta con una hipofunción serotoninérgica; la reducción del 5 HIAA, metabolito de la serotonina (5-HT) en líquido cefaloraquídeo (LCR) permite distinguir entre pacientes esquizofrénicos o depresivos con tendencia suicida de los que no la tienen (Niran et al 1984, Edman et al 1985)¹⁹.

La utilización de los fármacos Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRS e ISRSN) supondría un menor riesgo de suicidio que los antiguos antidepresivos tricíclicos (Tollefson 1995)¹⁹, ya que no sólo disminuyen el estado depresivo, sino que disminuyen también la impulsividad y la agresividad, teniendo especial cuidado al inicio de la actividad antidepresiva, ya que es frecuente que la acción desinhibidora de la conducta aparezca antes que la acción antidepresiva propiamente dicha, sobre todo en las formas inhibidas, en las que la propia inhibición puede ser un freno a la conducta suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. DE AJURIAGUERRA, J; MARCELLI, D. Manual de psicopatología del niño. Masson 1982.
2. CARLSON, G; ABBOTT, S. *Trastornos del estado de ánimo y suicidio*. En: Kaplan H, Sadock B. Tratado de psiquiatría. Buenos Aires: Ed. Intermédica 1995: Vol 4; 2312-2318.
3. JEAMMET, P; BIROT, E. Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. Paris: PUF, 1994.
4. SCHMIDTKE, A; BILLE-BRAHE, U; DELEO, D., et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 327-338.
5. LADAME, F; PERRET-CATIPOVIC. Tentative de suicide a l'adolescence. Encycl Med Chir (Elsevier-Paris), Psychiatrie, 37-216-H-10, 1999, 6p.
6. DE LA GÁNDARA, J. El suicidio en niños y adolescentes. Psiquiatría 1995: Vol VII, 34-40.
7. FERNÁNDEZ RIVAS, A. Tentativas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos: análisis descriptivo y estudio de los factores de riesgo. Tesis doctoral, Facultad de Medicina de la U.P.V., 1995.
8. MARCELLI, D. Adolescence y depression. Paris: Masson 1990.
9. LADAME, F. Les tentatives de suicide des adolescents. Paris: Masson 1987.
10. ANDREWS, J; LEWINSOHN, P. Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992, 31: 655-662.
11. DAVIDSON F; Philippe A. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude epidemiologique. Paris: Les Editions ISERM, 1986.
12. BEAUTRAIS, A; JOYCE, P; MULDER, R. Psychiatric contacts among youths aged 13 through 24 years who have made serious suicide attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998, 37: 504-511.
13. BILLE-BRAHE, U; KERKHOF, A; DE LEO, D, et al. A repetition -prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 81-86.

14. MARTTUNEN, M; ARO, H; LONNQVIST, J. Adolescent Suicide: End-point of Long-Term Difficulties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 649-654.
15. DIWO, R., Événementss de vie et fragilité de la Mentalisation: Aproche comparée chez l'adolescent suicidant. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 1.999, 47 (4) 200-214.
16. MILLET, B.; HALFON, O.; LAGET J.; BARRIE, M-D. Tentatives de Suicide de l'adolescent. Indications d'une prise en charge institutionnelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1994, 42 (10) 704-710.
17. MARCELLI, D.; BRACONNIER, A., *Manual de Psicopatología del Adolescente*, MASSON, 1.986
18. LAUFER, M., *El adolescente suicida*, Psicoanálisis, Biblioteca Nueva, 1995
19. SAIZ RUIZ, J., *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*, Psiquiatría Médica, Masson 1997.
20. KAPLAN, H.; SADOCK, B., *Tratado de Psiquiatría Vol.4*, 1995, Ed. Inter Médica, Buenos Aires. 44, 2.312-2.319.
21. HALFON, O., ¿Cómo tratar los rechazos de cuidados de los adolescentes?, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, N° 26, 1998.

ACERCAMIENTO PSICOANALÍTICO A LA EPILEPSIA INFANTIL

Jesús Colás Sanjuan*

Resumen: A partir de introducir conceptos teóricos de psicósomática en la infancia recogido de deferentes autores y escuelas de pensamiento. Y sobre la base de acercarnos al desarrollo del aparato mental que está organizado funcionalmente de manera estratigráfica, como tres lenguajes (P. Aulagnier): el originario, primario y secundario. Entiendo la clínica psicósomática como el fracaso para acceder a los medios de representación de los lenguajes primario y secundario.

Apoyado en material clínico de niños con deferentes diagnósticos de epilepsia infantil, en tratamiento psicoterápico. Señalo la conflictiva fusional y narcisista de los niños en su relación con sus madres. Sus ansiedades de separación relacionadas a impulsos y fantasías agresivas y de muerte. La muerte escenificada en la crisis epiléptica como un drama melancólico. La lucha defensiva contra la percepción y toma de conciencia del dolor mental, a través de la crisis. La función de yo auxiliar del terapeuta.

Palabras clave: Psicósomática. Epilepsia infantil. Drama melancólico. Agresividad y muerte. Percepción y conciencia

Summary: Starting from introducing theoretical concepts of psychosomatic in the childhood of different authors and thought schools. And on the base of coming closer functionally to the development of the mental apparatus that is organized of way estratigrafic, as three languages (P. Aulagnier): the originarie, primary and secondary. I understand the clinical psychosomatic like the failure to arrive to the means of representation of the primary and secondary languages.

Supported in children's clinical material with different diagnosis of infantile epilepsy, in treatment psychoterapic. I point out the conflicting fusional and narcy-

* Médico psiquiatra del centro de salud mental infanto juvenil del Ayuntamiento de Santander. Psicoanalista miembro asociado de la asociación psicoanalítica de Madrid. Dirección: C/ Gravina, 7- 5º N. 39007 Santander - Cantabria, E-mail, jecs@mundivia.es

sistic of the children in their relationship with their mothers. Their separation anxieties related to impulses and fantasies aggressives and the death. The death sight in the epileptic crisis as a melancholic drama. The defensive fight against the perception and taking of conscience of the mental pain through the crisis. The function of auxiliary ego of the therapist.

Key words: Psychosomatic. Infantile epilepsy. Melancholic drama. Aggressiveness and death. Perception and conscience

* * *

Para mí sigue siendo apasionante el acercamiento al enigma del desarrollo de la mente humana. Su evolución, aunque independiente de la determinación genética como el resto de los mamíferos, está necesitada de una gran época de crianza por la gran inmadurez con la que nace el bebé. Una forma de acercarnos a su comprensión es a través de sus fracasos, manifestados clínicamente tanto en la esfera mental, comportamental como corporal; en este trabajo haré una aproximación a la psicósomática para adentrarme luego con la epilepsia en la infancia.

ACERCAMIENTO A LA PSICOSOMÁTICA EN LA INFANCIA

Freud en su libro "Moisés y la religión monoteísta" (1939) comenta que dentro del camino de la hominización es clave la aparición del lenguaje "*permite inaugurar el nuevo reino de la espiritualidad, representaciones, recuerdos, procesos de pensamiento, en oposición a la actividad psíquica inferior, que tenía por contenido percepciones inmediatas de los órganos sensoriales*"; me resulta útil pensar el aparato mental del hombre que está diseñado funcionalmente de forma estratigráfica, algo ya expuesto por Freud con su teoría topográfica; y aunque lo más noble de la mente es la capacidad de expresión simbólica, el lenguaje y el pensamiento, descrito por Freud como proceso secundario y basado en la representación de palabra; todo ello se apoya en el proceso primario cuyas representaciones de

1 S. Freud. "Moisés y la religión monoteísta" (1939). Pág.110

cosa se expresan en la fantasía; apoyándose a su vez, siguiendo a P. Aulagnier, en el proceso originario basado en la representación pictográfica, que es el primer intento que tiene la psique de metabolizar, incorporar a través de las diferentes experiencias sensoriales el encuentro y la relación con el otro, la madre.

P. Aulagnier²⁻³ dice que estos tres lenguajes, el originario, el primario y el secundario, son como tres lenguas o escrituras que coexisten en el individuo, y que le van permitiendo metabolizar la información que proviene tanto del exterior como del interior, por medio de sus propios medios representativos. Cada una de estas lenguas expresan el nivel de desarrollo y evolutivo del sujeto; mientras que en el originario no hay un reconocimiento del otro ni de uno mismo; en el primario sí es reconocido el otro y su separación pero negado a través de la fantasía que mantiene la fusión; mientras que en el secundario con la representación de palabra si existe un reconocimiento claro de esta separación, sujeto a las vicisitudes de la represión. Plantea que si en la relación con el mundo este no es captado en un fantasma (lenguaje primario) o un pensamiento (lenguaje secundario), “sólo es representable por los efectos somáticos”⁴.

Estas ideas desde diferentes perspectivas también han sido trabajadas por otros autores como Anzieu en su obra “El yo piel”, y sobre todo Bion que tiene diseñado en su Tabla diferentes niveles de pensamiento y de representación. Las investigaciones y trabajos de Brazelton y Cramer (1993)⁵, Stern (1991) y otros autores nos han permitido comprender el programa innato con el que nace el bebé, que de forma activa a través de sus diferentes órganos sensoriales buscan conectar con la madre, así como de interconectarse intersensorialmente entre sí; esto permite el inicio de la comunicación con la

2 P. Aulagnier en “Cuerpo. Historia. Interpretación”. Pág.143-4

3 P. Aulagnier “La violencia de la interpretación”. Pág. 18, 72

4 P. Aulagnier en “Cuerpo. Historia. Interpretación”. Pág.146

madre, que está dispuesta mentalmente gracias a los cambios psíquicos que ha ido realizando durante el embarazo, descritos por diferentes autores como Winnicott con “la preocupación maternal primaria”⁶, Brazelton y Cramer, J. Anthony y T. Benedek⁷ y otros.

La madre conecta su aparato mental con su hijo a través de su cuerpo, en una especial relación, que Winnicott describió como casi psicótica, pero que realmente es una regresión funcional sana y normal que la permite acercarse a los pilares que han organizado su propio edificio mental, para establecer una relación tan estrecha como la descrita “unidad madre-bebé” de Winnicott para captar y así poder responder con el bebé en ese registro físico y sensorial.

Esta regresión posibilita a la madre para estar más en contacto con medios de representación propios más arcaicos, en su encuentro con el bebé a través de su capacidad de reverie, tal como describió Bion⁸; capacidad que la permite ir haciéndose cargo de las diferentes necesidades tanto emocionales como físicas de su hijo, para podérselo devolver digeridas y metabolizadas como elementos alfa, manifestándose como *“imágenes visuales, o imágenes que responden a modelos auditivos, olfativos, que entran en el dominio de lo mental y por tanto ya pueden ser utilizadas para la formación de pensamientos oníricos”*⁹, que permitirán en una experiencia continuada el desarrollo en el bebé de su propio aparato mental. En esta línea de pensamiento D. Meltzer habla de la existencia en las etapas más primitivas de un aparato proto-mental en el que *“los pensamientos no son más que impresiones sensoriales y experiencias emocionales muy primitivas, protopensamientos.*

5 Brazelton y Cramer “La relación más temprana”

6 D. Winnicott “Preocupación maternal primaria”. En “Escritos de pediatría y psicoanálisis”

7 J. Anthony y T. Benedek “Parentalidad”

8 Bion W “Aprendiendo de la experiencia”. Pág. 59

9 L. Grinberg et al. “Introducción a la obra de Bion”. Pág. 58

*Que se rigen por leyes más próximas a la neurofisiología que a la psicología*¹⁰. Son los componentes corporales del yo, vislumbrado por Freud al hablar del yo corporal, y que enlaza con las ideas descritas por P. Aulagnier.

Sería simplista plantearlo en términos puramente físicos y sensoriales, puesto que si bien los órganos sensoriales sirven para establecer ese contacto y comunicación a través de la boca, piel, cenestésico, equilibrio, oído, gusto y vista; se necesita que todo ello sea investido tanto libidinal como narcisístico por la madre. Sin esa respuesta libidinal de la madre, captada por el bebé a través de sus diferentes órganos sensoriales, no se irán despertando las diferentes zonas erógenas en el bebé descritas por Freud en “Tres ensayos de teoría sexual”; estas zonas erógenas inician el despegue desde lo corporal a lo mental a través de la alucinación del deseo, como sugiere Freud en “La interpretación de los sueños” cuando dice *“el pensar no es sino el sustituto del deseo alucinado”*¹¹. Pero necesita y requiere el reconocimiento de la madre, de que su hijo es otro distinto a ella, a través de la palabra, el juego, *“en un intercambio humanizador”* en palabras de F. Dolto¹², puesto que da acceso al resto de los lenguajes, primario y secundario, que permiten ligar y dominar de forma más exitosa los diferentes afectos e impulsos.

Su fracaso puede ir desde la incapacidad de organizar un yo suficiente, como para que aparezca clínica autística o psicótica, o unas manifestaciones corporales funcionales precoces como insomnio, anorexia y vómitos que incluso pueden poner en peligro la vida del bebé. Expresión de un disfuncionamiento precoz de la díada madre-bebé.

El gran triunfo del hombre es poder desarrollar estas diferentes estructuras mentales de funcionamiento, que le permi-

10 D. Meltzer “Metapsicología ampliada”. pág. 36

11 Freud, S “La interpretación de los sueños”. Pág. 558

12 F. Dolto. “El cuerpo imaginario”. Pág.19.

ten manejar la energía psíquica en su contacto tanto con la realidad externa como interna de forma exitosa y rentable. Esto le faculta ante determinadas circunstancias vitales que le generen conflicto, tanto evolutivas y por tanto normales como otras, tales como: duelos por fallecimientos, diferentes pérdidas, enfermedades, etc. para ir poniendo a prueba la capacidad de su mente de manejar y “dominar” en el sentido que le dá Freud¹³ la energía libidinal, los afectos y emociones que esos momentos despiertan, como forma de crecimiento mental que le permite ir desarrollando una mayor autonomía e interdependencia, como sujeto en su relación con los objetos y la realidad externa. Es entonces cuando un insuficiente aparato mental se pone en evidencia y puede fracasar, dando lugar a los “*dramas somáticos*” de J. Mcdougall¹⁴, expresión según esta autora de ansiedades pregenitales y arcaicas de cualidad psicótica, a través de la descarga de estas ansiedades en un determinado órgano.

En el niño es frecuente que el cuerpo sirva de medio de expresión de ansiedades que su aparato mental no puede afrontar porque su capacidad de contenerlas y elaborarlas es superada. Aquí es donde requiere del entorno contenedor parental y de su capacidad de hacerse cargo de lo que el niño siente, de poder tolerarlo por él, acompañarle, calmarle, hablarle y ayudarle, poniendo en palabras después de un tiempo de escucha y “digestión” empática, lo que el niño siente; esta experiencia repetida va creando un espacio psíquico que le permite al niño, sostenido narcisísticamente por los padres, poder ir mentalizando fundamentalmente a través de las diferentes actividades lúdicas todo lo que siente o le genera ansiedad, no necesitando recurrir al cuerpo de forma regresiva como un espacio contenedor. F. Dolto insiste sobre la importancia del investimento narcisista por la madre de las

13 S.Freud “Mas allá del principio de placer”. Al describir el juego del carrete. Pág. 15

14 J. McDougall “Teatros del cuerpo”. Pág. 53

zonas erógenas del hijo¹⁵ y de cómo su déficit se expresa corporalmente.

Kreisler en “El niño y su cuerpo” siguiendo las ideas de la escuela de psicósomática de París, describe el fracaso del yo al no alcanzar el 2.º organizador descrito por Spitz, la angustia ante el extraño. Refiere la existencia en pacientes alérgicos de unas relaciones de objeto “alérgico”, descritas por P. Marty, consistentes en mucha dificultad para separarse de ese objeto o intercambiándolo con facilidad; en este fracaso del yo se muestran las fallas en el funcionamiento del preconscious descritas por esta escuela, que traslucen una precaria capacidad simbólica y de ligazón, que en estos niños se constata por su escasa capacidad de juego al no desarrollarse suficientemente el espacio transicional; esta relación entre el preconscious y el espacio transicional las desarrolla ampliamente A. Green en su obra “De locuras privadas”¹⁶. Estos niños tienen actividades sociales parecidas al juego, pero sin contacto afectivo, sin satisfacción ni disfrute, es “una actividad práctica utilitaria”¹⁷ que se acerca al pensamiento operatorio en los adultos psicósomáticos.

Así mismo Kreisler, considera como criterios positivos de evolución en el tratamiento la aparición de clínica fóbica¹⁸, expresión de un funcionamiento mental propio de este 2.º organizador del yo por el uso de la proyección como adquisición de un naciente mecanismo defensivo, y de un proceso mental nuevo que se está iniciando para intentar manejar y poder ligar las pulsiones, así como todos los afectos y fantasías movilizadas.

15 F. Dolto. “El cuerpo imaginario”: “la falta de investimento narcisista de zona erógenas dá lugar a vómitos...” Pág. 224

16 A. Green “De locuras privadas”: “lo preconscious es un espacio transicional entre lo inconsciente y lo consciente, entre el ello y el yo”. Pág. 331

17 Kreisler “El niño y su cuerpo”. Pág. 32

18 Kreisler “El niño y su cuerpo”: “constituye un mecanismo de curación el surgimiento de comportamientos fóbicos en un alérgico precoz”. Pág. 353

Sami-Alí en su obra “La proyección”¹⁹ comenta que la proyección previamente a ser un mecanismo defensivo, está al servicio de la creación de un espacio que ayuda a diferenciar el adentro del afuera del individuo, como un espacio interior. Este es un espacio imaginario que en su otro libro “El espacio imaginario”²⁰, describe como se va organizando a través de la experiencia sensorial de la visión binocular, que permite poner a distancia el objeto materno como forma de separación, introduciéndose la dimensión tridimensional que permite la creación de este espacio interno. Esta dimensión tridimensional contiene la relación arcaica bidimensional materna que depende más de lo táctil y cenestésico. La progresiva diferenciación respecto al cuerpo materno fusional va parejo con la aparición del lenguaje de lo imaginario que corresponde al proceso primario con su propia capacidad de representación imaginaria y fantasmática. Siendo el fracaso en el funcionamiento proyectivo descrito, así como la pérdida de la correspondiente actividad mental de representación imaginaria la que da pie a la aparición de enfermedades psicósomáticas, como “*una relación inversa entre la proyección y somatización*”²¹.

Es en la llamada fase del espejo cuando se van integrando las diversas experiencias sensoriales, para llegar a unificarlas en una imagen única de su propio cuerpo, cuerpo diferenciado del cuerpo de la madre. Winnicott en “Realidad y juego”²², influido por Lacan, se acerca de una manera, a mi juicio, más cercana a la realidad de la relación entre la madre y el bebé, insistiendo en su reconocimiento como persona a través de la mirada y el rostro de la madre, el bebé se ve a sí mismo a través del otro. Esta fase permite culminar un proceso de reconocimiento narcisista de la madre de las diferentes zonas eró-

19 Sami-Alí “La proyección”. Pág. 174

20 Sami-Alí “El espacio imaginario”. Pág. 182

21 Sami-Alí “Lo visual y lo táctil”. Pág. 99

22 D. Winnicott “Realidad y juego”. “Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño”. Pág. 147

genas del bebé, donde ella, a través de las palabras y de poner un significado y un sentido en lo que percibe en el bebé, va introduciendo un espacio psíquico que abre el camino para poder el niño pasar de la relación fusional a una relación mental²³. Esto permite al niño reconocer la separación del otro a la par, como digo, que puede irse reconociendo a sí mismo. Al tiempo que puede ir tolerando y aceptando el espacio propio de la madre y su relación con otros. Estas ideas han sido magistralmente descritas por F. Dolto en su obra “la imagen inconsciente del cuerpo”²⁴ que insiste en la importancia del aspecto relacional y simbólico junto al escópico.

Cuando ha existido un déficit en esta relación narcisista, sostén para el reconocimiento del niño como sujeto, es cuando se va cerrando la posibilidad de expresión psíquica y simbólica de una fantasmática que solo encuentra como salida de expresión el cuerpo y el órgano correspondiente. Mi hipótesis es acercarme al cerebro como un órgano soporte de sus funciones mentales, que necesita ser investido y sostenido narcisísticamente por el otro, la madre; y cuyo fracaso en ese reconocimiento puede dar lugar a crisis epilépticas, muy cercanas a crisis psicóticas, existiendo ansiedades pregenitales relacionadas a la muerte, tanto propia como de otros, y que son percibidas tan peligrosas que necesita descargarlas en el cuerpo. Ideas apoyadas en la lectura del libro de J. McDougall “Teatros del cuerpo” en el que relaciona los síntomas psicósomáticos con la histeria arcaica en el que el conflicto gira alrededor de ansiedades psicóticas relacionadas con la separación de la madre²⁵.

23 D. Winnicott “La mente y su relación con el psiquesoma” (1949) en Escritos de pediatría y psicoanálisis. “La mente como función del psiquesoma. Y la psique se refiere a la elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas”. Pág. 332

24 F. Dolto “La imagen inconsciente del cuerpo”. “La imagen escópica cobra sentido de experiencia viva tan solo por la presencia, al lado del niño, de una persona con la cual se reconoce al tiempo que él reconoce a esa persona”. Pág. 122

ASPECTOS PSICODINÁMICOS EN LA EPILEPSIA INFANTIL

He de confesar que mi formación médica ha marcado durante un tiempo una impronta para pensar y ver como exclusivamente neurológico la epilepsia infantil. Sin embargo, de forma imperceptible, la realidad clínica de algunos pacientes me hizo empezar a observar elementos psicológicos, que me llevaron a prestarles cada vez más atención y estudiar en la bibliografía las diferentes descripciones y trabajos sobre este tema.

Muchos autores y especialmente B. Soulas y G. Broussaud²⁶, y aquí la monografía recopilada por Díez Cuervo²⁷ han descrito la interrelación entre la epilepsia y factores psicológicos tanto en los adultos como en niños. Se describe su viscosidad y forma de pensar lenta y pegajosa, que se atribuye tanto a razones genéticas, como a daños cerebrales por el efecto lesional de las propias crisis epilépticas; también se señala la respuesta psicológica del entorno y la posibilidad de convertirse en chivo expiatorio de la familia, así como a los efectos secundarios de la propia medicación.

Freud en su trabajo “Dostojewski y el parricidio”²⁸, describe la importancia de la muerte o de los impulsos de muerte en este autor que padecía de ataques epilépticos; aunque Freud lo planteó como una conflictiva histérica relacionada a deseos parricidas por rivalidad edípica, otros autores han ido mostrando cómo la presencia de la muerte en estos pacientes es expresión de una problemática pregenital, posición con la que estoy más de acuerdo. No es lo mismo desear o fantasear

25 J. Mcdougall “Teatros del cuerpo”. “La histeria arcaica, el conflicto gira más sobre el derecho a existir, más que el derecho a satisfacer deseos libidinales”. Pág.74

26 B. Soulas y G. Broussaud “La epilepsia infantil”. En Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Tomo II

27 Díez Cuervo “Epilepsia y psiquiatría”

28 Freud (1928) “Dostojewski y el parricidio”. OC. T. xxi

matar a alguien, a realmente creer que lo mata por pensarlo o que le maten a él.

Soulas y Broussaud indican la posibilidad de que *“algunos epilépticos acaben siendo psicóticos, tanto por perturbaciones afectivas antiguas que han contribuido a la aparición de la comicialidad; como al revés que las crisis epilépticas provocan una ruptura o una profunda modificación del contacto con la realidad”*²⁹. Algo que ya adelantó S. Ferenczi al describir las crisis epilépticas como *“ruptura de todo contacto con el mundo exterior”*³⁰. Otros autores como Bouchard et al. (1975)³¹, Soulayrol et al (1980)³², plantean que ante la incapacidad del yo del niño de organizar defensas ante estas ansiedades pregenitales o psicóticas, como las descritas por M. Klein tales como disociación e identificación proyectiva, se recurre a un mecanismo más arcaico a través del cuerpo o un determinado órgano, en este caso el cerebro. En esta línea de pensamiento S. Bourdaire et al. (1978) sugiere la hipótesis sobre las crisis epilépticas de ser *“un mecanismo de defensa más arcaico aún que el clivaje en los sujetos psicóticos”*³³. Siguiendo estas ideas Delwarde et al. en su artículo *“Síndrome de West y/o manifestaciones autistas precoces”*³⁴ intentan tratar el síndrome de West como el autismo en hospitales de día, con un relativo éxito destacando el retiro de la medicación anticomicial en general. R. Misés en *“El niño deficiente mental”* describe en el síndrome de pequeño mal la relación entre su psicopatología *“con la personalidad del enfermo, más que ser engendradas por la enfer-*

29 *Ibidem*. Pág. 255

30 S. Ferenczi *“A propósito de la crisis epiléptica”*. O.C. Psicoanálisis. T. III. Pág.168

31 Bouchard et al *“Lo epilepsie essentielle de l'enfant”* PUF 1975

32 Soulayrol et al *“Psychose de l'enfant et épilepsie”*. Neuropsychiatrie de l'enfance 1980; 28,3:77-78

33 S. Bourdaire et al *“Les associations psychose. épilepsie chez l'enfant”*. Journee de L'hopital Sainte-Anne. Abril 1978. Pág. 5

34 Delwarde et al *“Síndrome de West y/o manifestaciones autistas precoces”*

*medad en curso*³⁵. A. Anzieu en el libro de D. Anzieu “Las envolturas psíquicas” tiene un capítulo en el que siguiendo las ideas de McDougall de la histeria arcaica, describe cómo el exceso de excitación es descargado de forma convulsiva en crisis epilépticas o en una fobia aguda, por insuficiente desarrollo de la protección antiestímulo³⁶.

En la decena de casos estudiados por mí remitidos en su mayoría por el neuropediatra, con la característica común de resistencia a la acción farmacológica de la medicación anticonvulsiva y por consiguiente dificultad en el control clínico de la sintomatología epiléptica. Su diagnóstico clínico oscilaba desde la psicosis al trastorno de personalidad. A lo largo de este trabajo intentaré mostrar la unidad del conflicto que se expresa utilizando la vía corporal, con manifestaciones o signos de tipo neurológico, y la vía psíquica cuyas manifestaciones son de tipo psicopatológico. Existiendo una interrelación, como he descrito en el apartado anterior sobre psicósomática, entre el fracaso de la vía mental para dominar las pulsiones y el recurso al cuerpo. Todo ello lo iré ilustrando con material clínico que muestre la conflictiva mental inconsciente del niño, sus ansiedades y las defensas que utiliza, expresión de una organización yoica precaria. Así como de las fallas mentales de los padres, principalmente de la madre.

LA RELACIÓN FUSIONAL Y NARCISISTA CON LA MADRE

En todos los casos he detectado una conflictiva de extrema dependencia con la madre, cuya relación fusional limita la autonomía y la separación. Sabemos por M. Klein (1978) y M. Mahler (1984) que los intentos de separación despiertan intensas ansiedades de muerte, destrucción y persecución. A diferencia de otros niños con esta conflictiva fusional

35 R. Misés “El niño deficiente mental”. Pág.148

36 A. Anzieu, en D. Anzieu “las envolturas psíquicas”. pág.143-4

expresada psicopatológicamente como clínica simbiótica, en estos no es tan evidente como para no impedirles relacionarse con otros niños a los que buscan y participan en sus juegos. Lo cual puede despertar múltiples interrogantes dada la intensidad de las ansiedades de muerte que luego mostraré.

Con estos niños tengo la impresión como si el cuerpo y sus síntomas epilépticos sirvieran como un espacio de contención de la conflictiva psicótica, acorde con las ideas de J. McDougall, que dice *“para salvar al yo de una muerte psíquica, se descarga al cuerpo las tensiones.”*³⁷. En mi experiencia parece que a veces a la espera de una mejora en las capacidades mentales de contención del propio niño así como de los padres, que les permita una elaboración de esta relación fusional. Un intento en definitiva de demorar la resolución de unas ansiedades que en ese momento no pueden ser afrontadas ni por el niño ni por los padres; no ignorando el efecto protector y contenedor para los padres de un tratamiento farmacológico, un apoyo médico y un diagnóstico que no cuestiona el funcionamiento mental y la capacidad de los padres ni del niño, algo que no debemos subestimar. Creo que debo dejar las conjeturas y adentrarme a mi experiencia concreta.

En todos los casos he observado una implicación de los padres, cuyas dificultades personales están jugando un papel importante, al interferir los intentos de elaboración mental del niño, impidiendo por tanto el proceso normal de separación e individuación de éste; llegando al extremo de invadir intrusivamente este espacio mental naciente del hijo como para provocar una desorganización psicótica. Lo mostraré con una ilustración que es un resumen de unas entrevistas

Es un niño de 11 años que padece “Status eléctrico del sueño” resistente a la acción de los fármacos según el informe de su neurólogo. Los padres relatan que es hijo único, adoptado con un mes aproximadamente, se crió bien sin

37 J. McDougall “Teatros del cuerpo”. Pág. 75-79

detectar nada reseñable en la valoración diagnóstica. Con dos años le cambiaron a su propio cuarto con ansiedad por la madre que iba frecuentemente a verle, ante el temor de que se ahogara con el chupete, sin embargo el niño dormía bien acompañado de una oveja de peluche con la que se encariñó. Empezó el preescolar con 4 años adaptándose bien, jugando y relacionándose con otros niños sin problemas, continuando en el mismo colegio la EGB y siendo su rendimiento escolar el primer año aceptable, fue al finalizar ese curso cuando empezó a estancarse. Comentan que el niño era desigual en la expresión de sus afectos a veces poco cariñoso y otras muy impulsivo. Con 6 años y 9 meses, en Junio, los padres deciden informarle de que es adoptado sin existir demanda ni preguntas del niño, me dicen “el niño no asimila que fuese adoptado”, su reacción fue de “no le dio importancia ni aprecio”. Dos meses más tarde estando en el pueblo de vacaciones presencié la muerte de la abuela materna por la noche, a la que quería mucho; “estuvo una semana diciendo que tenía miedo por la noche al acostarse”, me comentan que “no lloró, se quedó cortado, su primo que también estaba sí hacía preguntas y lloraba, pero él no”; casi un mes después aparecen “crisis” multisintomáticas en las que aparece llanto pero sin articular palabra alguna, otras veces está ausente o pierde el conocimiento cayéndose al suelo con convulsiones que duraban casi 5 minutos; desde hace años estas crisis son sólo por la noche, se pone rígido y abre los ojos. Desde entonces el niño cambió. se hizo rebelde, “como si tuviera rabia a la madre, luego la extendió al padre y al resto de la familia, lleva la contraria en todo”; esta sintomatología desborda la capacidad de los padres que responden agresivamente con castigos físicos el padre o hasta enzarzarse en una pelea la madre con el hijo, o llegar a la ruptura de su juguete preferido por parte de la madre. Me comentan su desorientación temporal y espacial, mezclando el final con el principio de una frase impidiéndole contar las cosas, lo confunde todo; mal rendimiento escolar aunque allí si obedece y acepta las normas. Ha tenido

varios accidentes porque cruza la carretera sin mirar, “es un alocado no ve el peligro”.

Me sorprende la actitud emocional de los padres que hablan del hijo sin angustia ni preocupación, se ríen; no son capaces de poder relacionar mínimamente, ante mis preguntas o sugerencias, la sintomatología del hijo con situaciones emocionalmente importantes para el niño, centrándose sólo en la epilepsia; esta incapacidad de reconocer un espacio emocional y psíquico en el niño, a pesar de compararle con el primo en el que sí reconocen ese espacio emocional y mental, les impide reconocer y acompañar al niño cuando expresaba el miedo que sentía por la noche. La respuesta de la madre fue dormir durante 3 años con el hijo “por miedo a que le pasara algo por la noche”.

Parece que el niño hace un intento en el terreno mental de expresar lo que siente, durante una semana habla de sus miedos al acostarse en un intento proyectivo de crear un espacio imaginario, en el sentido de Sami-Alí, espacio que desaparece al empezar las crisis epilépticas casi un mes después. La poca empatía emocional que detecté en los padres durante la entrevista por un lado, así como la respuesta patológica de la madre al ser incapaz de contener sus propias emociones y fantasías de muerte por la pérdida de su propia madre, proyectadas en el hijo cuando se va a dormir durante 3 años con él; trae como consecuencia no sólo la falta de reconocimiento en el niño de su propio espacio mental y emocional, sino la invasión de su precario espacio mental, desorganizando el frágil yo del niño, que al faltarle un sostén narcisista en la madre es incapaz de mantener sus capacidades de elaboración mental regresando a un funcionamiento corporal a través de las crisis epilépticas.

En la primera entrevista el niño tiene una actitud maníaca, riéndose constantemente, con desprecio hacia todo el mundo, de sentirse superior a todos, les hace trampa en los juegos, etc. me habla con risas de un atropello que sufrió “iba en bici

y abollé el coche, je, je, je (riéndose), qué miedo pasaron mi madre y mi tía”.

Le digo que riéndose no tiene que enterarse del miedo, me contesta, “a veces tengo esos pensamientos (hace gestos con la mano como para apartar algo), pero los olvido”, y “por las noches me pongo a contar chistes”. A continuación empieza a hablarme de múltiples accidentes que ha tenido: caídas corriendo y con la bicicleta, o de ir en coche y tener un accidente. En la siguiente entrevista habla de animales que han parido, “una perra tonta que tuvo hijos y no los atendía”, me dice que murió la perra y luego su hijo atropellado por un tren. A continuación se pone a dibujar un Nacimiento, dice “San José está furioso con María, y Herodes que va a matar a los niños”.

Creo que el niño trae en las dos entrevistas unas vivencias de muerte de las que se defiende con sus defensas maníacas de negación, riéndose y de identificación proyectiva buscando que otros sientan miedo por él; mientras que en la segunda entrevista muestra una gran desesperanza, una madre que no atiende y que muere tanto ella como su hijo. Desesperanza traída luego en las sesiones de psicoterapia cuando el niño me planteaba preocupado, si yo podré ayudarle a arreglar algo suyo, a través de un dibujo donde el techo de su casa gotea porque él es despreocupado, me dice que tiene olvidos y deja los grifos abiertos, y me pregunta “¿qué harás si me da la epilepsia?, porque ya sabes lo que puede pasar..., que puedo matar a un niño”.

En estos niños he detectado una severa conflictiva relacionada con pensamientos de muerte propia o de poder matar a otros, por la intensidad de sus sentimientos agresivos, como el niño expuesto, llevándoles a una severa inhibición de su agresividad. Estas ideas de muerte e incluso intentos de suicidio están escenificadas en el “drama somático” del ataque epiléptico, con el que se enganchan las propias fantasías inconscientes de muerte de la madre. Todo lo cual refuerza una rela-

ción fusional ya preexistente, encubierto ahora por la crisis epiléptica como muerte. Esto explica las muchas dificultades de muchas madres de aceptar las explicaciones médicas que no la calman ni tranquilizan, donde se injerta el fantasma de la muerte al ataque epiléptico.

En este niño la percepción de sus impulsos mortíferos los puede verbalizar, creyendo que puede matar a otro niño cuando le da la epilepsia, en un contexto en el que se interroga y también me interroga sobre mi capacidad de protegerle de ello, así como de si los toleraré y no me asustaré, para ayudarle a reparar el daño mental sufrido, mostrado en el dibujo a través del techo-cabeza de su casa que gotea porque él es despreocupado y se olvida de cerrar los grifos. Olvido que tiene tanto un carácter de defensa maniaca para evitar percibir y enterarse del miedo que siente ante estos pensamientos de muerte, como me mostró en la primera entrevista “a veces tengo esos pensamientos, pero los olvido, y por las noches me pongo a contar chistes”; siendo este funcionamiento maniaco, despreocupado y olvidadizo, el que daña su techo-cabeza. Como también en ese olvido y despreocupación él se está identificando a una madre interna mortífera, como la perra tonta que no atiende, que abandona y acaba muriendo ella y el hijo.

LA CRISIS EPILÉPTICA COMO “DRAMA MELANCÓLICO”.

Sabemos por M. Klein que las intensas ansiedades de muerte que aparecen están relacionadas con sus impulsos y fantasías agresivas en conflicto ambivalente con los amorosos, impidiendo la integración del yo y del objeto para acceder a la posición depresiva, necesaria para afrontar cualquier pérdida³⁸ Tanto en este niño como en el resto, en mayor o menor intensidad la existencia de estos impulsos agresivos les crean gra-

38 H. Segal “Introducción a la obra de M.Klein”. “El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios”. Pág. 76

ves dificultades para enfrentarse a una pérdida o una separación, impidiéndoles afrontar una situación de duelo o la existencia de un duelo sin resolución. Es sugerente, en el niño anterior, que es la noche el momento en el que aparecen las crisis y cuando tiene que contarse chistes para alejar pensamientos de miedo, como me dijo en la primera entrevista, y precisamente es por la noche cuando la abuela muere.

Freud en su obra “El yo y el ello” describe cómo el superyo es el depositario de los propios impulsos agresivos e incluso de la pulsión de muerte³⁹, independiente a la realidad del objeto. En la melancolía los ataques internos por parte del superyo van dirigidos al yo, que es la “sombra del objeto perdido”⁴⁰ dada la relación narcisista que mantenía con el objeto. Describe que la intensa severidad del superyo en el melancólico proviene de su contacto directo con “el sadismo disponible en el individuo”⁴¹ y por tanto con el ello inconsciente. Planteando la interrelación entre el control y sujeción de la agresividad y el incremento de la severidad y agresividad del superyo contra el yo⁴².

En estos niños observo que en un intento de controlar sus impulsos agresivos, estos quedan en su propio espacio interior corporal al no poder dirigirlos hacia el exterior. Dichos impulsos agresivos son expresión de una rabia primitiva enorme por la pérdida de una relación narcisista y fusional, o de un estado narcisista que equilibra al niño, como un falo, y que le permite mantener la fantasía de fusión narcisista, relación fusional con la madre como he descrito anteriormente; esta agresividad inconsciente parece alimentar un superyo con características

39 S. Freud “El yo y el ello”: “diríamos que el componente destructivo se ha depositado en el superyo y se ha vuelto hacia el yo. Lo que ahora gobierna en el superyo es como un cultivo puro de la pulsión de muerte... que puede empujar al yo a la muerte”. Pág. 54

40 S. Freud “Duelo y melancolía”. Pág. 246

41 S. Freud “El yo y el ello”. Pág. 53-54

42 S. Freud “El yo y el ello”. Pág. 55

melancólicas atacando su yo corporal a través de su cabeza, algo que parece insinuar también Freud al decir que “*el ataque epiléptico es producto e indicio de una desmezcla de pulsiones*”⁴³ refiriéndose a la pulsión de muerte.

Quiero ilustrarlo con una viñeta de un niño de 10 años que padecía epilepsia focal criptogénica con crisis parciales complejas y foco frontal izquierdo, según informe del neuropediatra. Después de hablarme de los ataques que tiene por la noche y que le despiertan, sin sueños ni pensamientos acompañantes que recuerde, se pone a dibujar por sugerencia mía. “Un señor va a ser rescatado porque ha sufrido el ataque de un águila, con su pico en la cabeza, perdió el conocimiento. Me comenta que el águila está muy enfadada al sentirse invadida, porque ella tiene el nido en la roca, precisándome que la estaba escalando el señor. Ahora viene el servicio de rescate a darle suero y que recupere la cabeza”.

Le planteo la relación entre el ataque del águila y los ataques epilépticos, de cómo él se siente de enfadado, como el águila, cuando se siente invadido por otros (en otras sesiones me habló de niños y profesores que siente amenazadores), parece que toda esa rabia que no puedes sacar se convierte dentro de ti como un águila que ataca tu cabeza, y pierdes el conocimiento y ya no piensas, como el señor del dibujo. Al venir aquí puedes sentir que te ayudaré a recuperar la cabeza y poder pensar y entender lo que te pasa. El niño no dice nada, pero completa el dibujo poniendo luces “para ver por la noche”.

Este niño puede representar a través del dibujo ese “drama somático” en donde la agresividad retenida se expresa como un ataque interno a su propia cabeza. Cabeza que condensa por un lado las personas que siente le invaden como rivales, que amenazan el nido en la roca, como una imagen de su relación con la madre fusional, imagen fálica, que le dá una satisfacción narcisista de seguridad y dominio; desencadenando contra esos rivales, el padre, los ataques destructivos; no

43 S. Freud “El yo y el ello”. Pág. 42

pudiendo aceptar la castración por la pérdida narcisista que conlleva, impidiéndole que su superyo narcisista y arcaico⁴⁴ con características persecutorias en el sentido de M. Klein⁴⁵ pueda evolucionar hacia un superyo edípico, con características ambivalentes donde se percibe tanto lo peligroso y castigador junto a lo amoroso y protector de la figura parental, fruto todo ello de un acceso a la posición depresiva. Por otro lado la cabeza expresa su capacidad de pensar y las capacidades de mentalización que le permiten manejar sus impulsos, en este caso agresivos, tanto verbalmente como jugando y soñando, o incluso físicamente pegándose contra otros niños. El fracaso en el uso de estas capacidades de mentalización se manifiesta con las pesadillas frecuentes (relatado por los padres) así como los ataques epilépticos en la noche.

Las características de gravedad de este “drama melancólico” dependen del grado de evolución y maduración del yo y el superyo, como se puede observar comparando este niño con el anterior; desde un punto de vista clínico este niño lo diagnosticaría como un trastorno de personalidad mientras que el primero es una psicosis. También se observará en el tercer caso que luego mostraré.

LA LUCHA CONTRA LA PERCEPCIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA DEL DOLOR MENTAL. LA FUNCIÓN DE CONTENCIÓN.

En estos niños también he detectado un gran dolor mental cuando su mente intenta usar sus capacidades de pensar, sentir, percibir y enterarse de la realidad psíquica. Dolor eficazmente eliminado a través de la pérdida de conciencia o la

44 B.Grunberger “El narcisismo”. Págs. 88-89

45 M. Klein “Estadios tempranos del conflicto edípico”. “La conexión entre la formación del superyo y las fases pregenitales del desarrollo es muy importante desde dos puntos de vista. Por un lado el sentimiento de culpa, se vincula con las fases oral y anal sádica y por otro lado el superyo aparece cuando predominan estas fases, lo que explica su sádica severidad”. Pag.39

ausencia, que elimina e interrumpe la actividad mental de pensamiento. Este dolor tiene que ver con lo insoportable que supone para el niño el reconocimiento de la separación de la madre, de la que depende vitalmente tanto física como emocionalmente, protegiendo su frágil self mediante este funcionamiento corporal; estas ideas ya fueron sugeridas por J. Ajuriaguerra que decía *“la aparición de descargas electroencefalográficas o de ausencias pueden ser un medio de escapar a la toma de conciencia, demasiado cargada de afectos amenazantes”*⁴⁶.

Sobre esta evidencia clínica observable en las sesiones psicoterápicas, se puede inferir cómo la función psíquica de toma de conciencia, que permite percibir el sentimiento doloroso ante determinada realidad externa e interna, se apoya sobre el órgano correspondiente que es el cerebro en este caso; siguiendo las ideas de D. Anzieu en su obra *“El Yo-Piel”*⁴⁷, *“toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal cuyo funcionamiento transpone al plano mental”*, apoyando su argumentación en razones también embriológicas dado que tanto la piel, que es la superficie del cuerpo capaz de mantener el contacto con el exterior, así como el cerebro derivan de la misma estructura embrionaria, el ectodermo. Ideas expuestas por Freud en el capítulo séptimo de la *“Interpretación de los sueños”* describiendo que la conciencia es *“el órgano sensorial para la aprehensión de cualidades psíquicas”*⁴⁸.

46 J. Ajuriaguerra *“Manual de psiquiatría infantil”*. Masson, 1983. Pág. 554-555

47 D. Anzieu *“El Yo-Piel”*: *“toda función psíquica de desarrolla apoyándose en una función corporal cuyo funcionamiento transpone al plano mental”*...”Esto sucede también con el yo consciente... que tiende a ocupar la superficie en contacto con el exterior. Igualmente se sabe que la piel (superficie del cuerpo) y el cerebro (superficie del sistema nervioso) derivan de la misma estructura emrionaria, el ectodermo”. Pág. 107

48 Freud S. *“La interpretación de los sueños”*. Pág. 566

Esta dificultad de sentir y reconocer un sentimiento doloroso, así como de poder tolerarlo internamente para intentar elaborarlo, requiere un proceso que pasa por la relación terapéutica, poniendo a prueba las capacidades perceptivas y de contención del profesional. Destacando la necesidad de que el terapeuta se haga cargo de ese dolor, al buscar como un cuerpo mental contenedor que sienta por él, similar al yo auxiliar en el sentido de Winnicott. Son niños que captan tu estado emocional así como tu capacidad física y corporal de estar con ellos atentos y pendientes; detectan tu distracción y cansancio, obligándote contratransferencialmente durante la sesión a conectar estados emocionales propios con lo que observas en la sesión, como puede ser un cambio repentino de juego o su interrupción, aparición brusca de impulsos agresivos, querer dejar la sesión, por ejemplo. Estableciéndose una relación muy fusional, de extrema dependencia, donde uno es el soporte narcisista de funciones mentales y otras muy frágiles del niño, a través de mecanismos de identificación proyectiva, de los que uno tiene que hacerse cargo. Todo ello se puede observar en un proceso terapéutico en el que el niño necesita que el terapeuta se haga cargo mentalmente de ansiedades, sentimientos y pensamientos intolerables para él. Lo que me sugiere un cierto fracaso en la relación con la madre, incapaz de ofrecer su aparato mental con su capacidad de reverie para permitir al hijo desarrollar su propio sistema psíquico.

Mostraré a tal fin fragmentos de unas sesiones de una niña de 8 años, la mayor de tres hermanas, que estuvo en psicoterapia durante 3 años por graves problemas de aprendizaje y que tenía ausencias de pequeño mal, observándose la relación entre el fracaso mental para desarrollar defensas por el yo, que permitan tolerar y manejar pensamientos y ansiedades persecutorias, con la sintomatología epiléptica.

En una sesión tras un año de tratamiento y después de unas vacaciones de Navidad, (en ese tiempo previamente la profesora preocupada me había informado de que la ve distra-

ída en clase, pasiva y que no aprende nada), la niña me dice “en el colegio noto mareos... me mareo y se me olvida todo ... todo lo que hago, como los números, luego pienso y me acuerdo. Cuando me mareo tengo pensamientos malos”.

¿Qué pensamientos malos? pregunto yo, (de alguna forma yo asocio lo que la niña llama mareo con esos episodios de síntomas de ausencias).

“Soldados que disparan pistolas, y los niños gritan ¡ay!, ¡ay!, asustados. También tengo pensamientos buenos como de querer tener un caballo. Solo los malos cuando tengo mareos”.

En la misma sesión me comenta que ayer su hermana, la segunda, la pegó porque intentaba proteger la paciente a la menor. Le pregunto si se enfadó, contestándome.

“No sentí enfado, pero noté el mareo, me caía, temblaba, sentía miedo”

¿Porqué no te enfadaste?

“Tengo un pensamiento que me detiene”.

Ante mi pregunta sobre qué piensa, se calla e intervengo diciéndola que debe imaginar que enfadarse o tener pensamientos enfadados debe ser muy peligroso para tener que detenerlos y dejar de pensar, por eso los olvida y viene el mareo.

Un año más tarde, viene la niña a la sesión muy sonriente volviendo a hablarme de sus mareos que ya reconoce están relacionados con situaciones que le despiertan enfados, como con su hermana o la guerra de los muñequitos, un juego del que estuvimos hablando sesiones previas. Me comenta que estos mareos la tienen preocupada y la distraen en clase, no pudiendo atender. A continuación habla por primera vez del miedo que sintió al subir en el ascensor cuando venía a la sesión, dice que es oscuro, lento y teme un accidente. Me pregunta ¿qué podría hacer yo?

Le digo, no estás segura de qué forma yo puedo ayudarte cuando tienes miedos, miedos a accidentes como el del ascensor, y otros miedos que tu piensas.

Pasa a hablarme de miedos a películas, pero le cuesta describirlos ante mis preguntas, me contesta con otras preguntas sobre si yo tengo miedo a las películas.

Le digo, que debe de creer que yo me puedo asustar como ella, si me habla de sus miedos, y por lo tanto que yo no la pueda ayudar ni entender lo que la pasa, lo mismo que ella que está asustada y no entiende.

Propone un juego y me pide que hable mientras ella juega.

“Es un elefante muy hambriento que tiene tanto hambre que quiere devorar la tripa de la señora. La señora le da comida a cambio”. A continuación habla de un terremoto que ha estropeado una ciudad, se pone a ordenar los juguetes que están sobre la mesa y aparta la basura a un lado.

La digo, necesitas que yo hable, porque si no hablo sientes tanta hambre como el elefante y tanta rabia como para romper la ciudad o devorar mi barriga y mi cabeza. Me haces ver el miedo que tú tienes a estos sentimientos que son como terremotos dentro de ti.

Se pone a jugar con los muñecos que se van de excursión con el coche, me dice “mira cómo tiemblo”.

Le digo, puedes sentir que tu cuerpo tiembla asustado de estos sentimientos y pensamientos terremotos, que sientes tan peligrosos y que hacen daño.

“Puede ser”, contesta en voz baja. Se queda pensativa y pasados unos minutos me pregunta, ¿ves otros niños?

¿Qué imaginas?

“Deben de ser bebés.. y ¿les ayudas?... y ¿les entiendes?”.

Comento, quieres saber si yo entenderé de tus miedos, que sientes como un bebé, y si yo podré entenderte y ayudarte.

En la sesión siguiente me pide que yo haga de niño que está muy triste y me dice, “no tienes ganas de hacer nada, ni de pensar, te duele la cabeza, te pasa como a mí. Yo me imagino lo que piensas y sientes,... Llorar es bueno, si no lo haces

explotas por dentro... no de verdad pero lo sientes y tiemblos de miedo”.

Como un terremoto, digo yo.

“Sí”, me pide que nos veamos más frecuentemente, mientras escribe en un papel “separada pesaenmi”.

La niña necesita que yo me haga cargo de parte de su mundo interno que siente intolerable, peligroso y destructivo como el terremoto, esto la permite reconocerlo pero al tiempo jugar a que yo lo represente por ella, “te pasa como a mí”, necesita que yo acepte la identificación proyectiva de sus aspectos más tristes e intolerables, pudiendo entonces hablar de sus dificultades “no tienes ganas de hacer nada, ni de pensar, te duele la cabeza”, así como de la necesidad de llorar para no explotar por dentro. El mensaje escrito “separada pesaenmi”, recogía de forma condensada tanto la gran densidad emocional de forma muy física y corporal a través del peso que sentía (pesa), y al tiempo piensa en mí, como una relación en la que me puede sentir que mentalmente yo la tengo en cuenta, imagen interna contenedora y capaz de poner palabras y pensamientos a su mundo interno.

Se pueden comentar varios aspectos de estas sesiones dada la riqueza del material, entre otros todo lo relacionado con sus fantasías agresivas vividas tan peligrosas, ya expuestas anteriormente; en este material mostrado destacaría el uso del cuerpo para expresar lo que no puede reconocer y sentir mentalmente, “no sentí enfado, pero noté el mareo, me caía, temblaba, sentía miedo”, sirviendo el cuerpo como un espacio contenedor, ante la fragilidad de su yo de servir como espacio de contención psíquica para poder percibir.

Por otro lado las características tan destructivas y peligrosas de sus sentimientos y pensamientos, cargados de tanta rabia como para matar a alguien o que la maten a ella, y de intentarlo con el objeto malo que la abandona; como cuando comenta asustada “soldados que disparan pistolas, y los niños gritan asustados”, o “el elefante muy hambriento que tiene

tanto hambre que quiere devorar la tripa de la señora” así como el “terremoto que estropea una ciudad”. Su yo no puede recurrir a defensas mentales como de proyección, disociación o identificación proyectiva, que se manifiesten con una sintomatología psicótica, sino que quedan estos contenidos en su cuerpo. Último reducto para controlar el riesgo a la destrucción mental y del objeto, ideas en las que soy deudor de B. Rosenberg (1998)⁴⁹, así como muy próximas a las de E. Gaddini (1982)⁵⁰ al referirse al síndrome psicofísico como último medio defensivo del self para protegerse después de una separación patológica al faltar otros medios de defensa.

Antes decía que estos niños pasan por largas temporadas en las que te necesitan como un yo auxiliar. Sus posiblemente malas experiencias con sus figuras parentales les hacen asegurarse de esta función de contención del terapeuta. Esta niña tenía la necesidad constante y repetida de sentirse segura de mí como objeto mental fiable y contenedor, para utilizarme en el sentido de Winnicott⁵¹ como un juguete mental para ella, al pedirme que yo haga de niño que está muy triste. Necesidad también presente en los dos casos anteriores cuando el primero me interrogaba “¿qué harás si me da la epilepsia?” y el otro que me veía a mí como “el servicio de rescate a darle suero y que recupere la cabeza”.

49 B. Rosenberg “Pulsión y somatización o el yo, el masoquismo y el narcisismo en psicósomática”. Rev. Fran. de Psych. N° 5,1998. Traducción de J. Alarcón y M. Zubiri (Sepia). “La solución psicósomática interviene cuando la solución psicótica, es decir la de escisión del yo, no es (o no puede ser) utilizada”. Pág. 5

50 E. Gaddini “Early defensive fantasies and the psychoanalytical process”. Int. J. Psy. 1982. Vol. 63.”Esta defensa es elemental (elemental no significa simple) y muestra en una manifestación física. -en un específico funcionamiento corporal patológico- un específico conflicto psíquico, acompañado de sufrimiento”. Pág. 381

51 D. Winnicott “Realidad y juego”. Pág. 118

LA INTEGRACIÓN DEPRESIVA, PASO HACIA LA MENTALIZACIÓN

Poder hacerse cargo mentalmente de la realidad mental es dolorosa, como cuando la niña me dice, “no tienes ganas de hacer nada, ni de pensar, te duele la cabeza, te pasa como a mí... llorar es bueno, sino lo haces explotas por dentro... no de verdad pero lo sientes y tiembles de miedo”. Esto posibilita un acercamiento a una posición depresiva, en el sentido descrito por M. Klein, que permite una integración del objeto así como en paralelo indica un yo más fuerte, capaz de tolerar el dolor depresivo que le permite una mayor independencia del objeto.

Esta niña fue capaz de reintegrar en su discurso y en definitiva hacerse cargo de algo lejano no sólo en el tiempo sino extraño en su historia personal. Cuando llevábamos casi dos años de tratamiento la niña habla por primera vez a través de una amiga de su madre, a la que informó y la madre posteriormente a mí, de un intento de suicidio cuando tenía casi 6 años, tirándose desde una ventana de 3 metros de altura con fractura del tobillo y de la muñeca. Contó que lo hizo para fastidiar a la tía, que la dejó sola en casa para ir de compras. En ese período durante las sesiones estábamos viendo la intensa rabia que sentía hacia mí por un muñeco que estaba extraviado, en una relación transferencial donde yo era la mala madre que extravió y pierdo algo suyo; sentía tanta rabia como para decir, a través de la escenificación del juego, “como no aparezca yo me mato” buscando que la mamá en el juego se sintiera culpable. Estaba en mi opinión mostrando a través de la representación del juego un ataque al objeto interno materno frustrante matándose a sí misma, como un funcionamiento melancólico descrito por Freud en “Duelo y melancolía”. En la clínica no es fácil detectar los intentos de suicidio en los niños, siendo los accidentes habituales, fracturas y atropellos indicadores en este sentido. En esta niña la caída por la ventana se atribuyó a algo fortuito a causa de una ausencia epiléptica. S.

Ferenczi en la obra ya mencionada habla de la intencionalidad suicida presente en las crisis epilépticas⁵².

La psicoterapia permitió, a mi juicio, la posibilidad de hablar de algo que sólo fue dicho a través de su cuerpo, no como en la histeria neurótica. La intencionalidad, el deseo y el dolor quedaban anulados, porque quedaban referidos al cuerpo al atribuirse a lo fortuito a causa de la ausencia epiléptica. La niña necesitaba integrar en ella y hacer ver a otros, a su madre a través de su amiga, los sentimientos y vivencias relacionadas con la separación y el abandono.

CONCLUSIONES FINALES

La pregunta que me hago es, porqué las crisis epilépticas y no otro órgano del cuerpo, o incluso patología mental clara. Mi impresión clínica es doble, por un lado y siguiendo a J. Ajuriaguerra⁵³ y D. Anzieu⁵⁴ que toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal; al tiempo que el desarrollo de esta función psíquica requiere el sostén y reconocimiento narcisístico del otro. Aquí la toma de conciencia de algo interno insoportable en el niño fracasa, como he descrito, por la falta del soporte narcisista parental a la función mental naciente y precaria que el niño tiene, llevándole regresiva y defensivamente al cerebro como órgano corporal del que se desarrolla la función psíquica, a perder el conocimiento y por tanto la toma de conciencia correspondiente como función perceptiva; sabemos por Freud la relación entre el sistema perceptivo y la conciencia en su teorización de la primera tópic, descrito en “La interpretación de los sueños”.

52 S. Ferenczi “A propósito de la crisis epiléptica”. O. C. Psicoanálisis. T. III. Pág. 172-3

53 J. Ajuriaguerra “Manual de psiquiatría infantil”. Masson, 1983. Pág. 554-555

54 D. Anzieu “El Yo-Piel”: “toda función psíquica de desarrolla apoyándose en una función corporal cuyo funcionamiento transpone al plano mental”. Pág. 94-107

Por otro lado esta salida corporal con las crisis epilépticas, tengo la impresión que puede ofrecer como un compás de espera para la resolución de una conflictiva para la que no están preparados mentalmente, tanto el niño como los padres, como he descrito, evitándose el riesgo de la fractura psicótica como muerte psíquica en palabras de J. McDougall⁵⁵, por la función de contención tanto farmacológica como de apoyo mental para los padre prestados por el neuropediatra.

En todos los casos he detectado un padre que aunque esté presente físicamente, sin embargo funcional y mentalmente no está disponible como padre que rescate al hijo de la relación fusional con la madre. Adoptando una actitud tanto pasiva, como de sometimiento a la madre, o alejándose y distanciándose emocional y físicamente.

El objetivo del tratamiento es ayudar mentalmente al paciente a poder tolerar el dolor despertado tanto por los intensos sentimientos de rabia y odio hacia el objeto amado que abandona y frustra, como el intenso dolor depresivo que conlleva esa pérdida; tan intensos son, como para temer que puedan matar al objeto amado, o se conviertan en tan persecutorios que amenacen con matarlo a él mismo. Algo ya descrito por M. Sperling⁵⁶ que plantea cómo en el tratamiento se pasa de una sintomatología comicial en el que se bloquea toda la psique, a unas defensas más organizadas contra impulsos peligrosos de muerte hacia el objeto frustrante, atacando su cabeza somatizando en el dolor de cabeza. La niña no llegó a somatizar con dolor de cabeza, pudo verbalizarlo cuando se acercaba a la posición depresiva, “no tienes ganas de hacer nada, ni de pensar, te duele la cabeza, te pasa como a mí. Yo me imagino lo que piensas y sientes... Llorar es bueno, si no lo haces explotas por dentro... no de verdad pero lo sientes y tiembles de miedo”. No encuentro mejor forma de acabar mi exposición.

55 J. McDougall “Teatros del cuerpo”. Pág. 75-79

56 M. Sperling (1953) “Psychodynamids and treatment of petit mal”. Int. J. Psychoan., 34: 248-252

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA, J. (1983). *Manual de psiquiatría infantil*. Masson
- ANTHONY, J.; y BENEDEK, T. (1983). *Parentalidad*. Buenos Aires: Amorrortu
- ANZIEU, A. (1990). *La envoltura histérica*. En Anzieu, D. *Las envolturas psíquicas*. Buenos Aires: Amorrortu
- ANZIEU, D. (1987). *El Yo-Piel*. Madrid: Biblioteca Nueva
- AULAGNIER, P (1991). *Cuerpo. Historia. Interpretación*. Buenos Aires: Paidós
- AULAGNIER, P (1991). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu (Orig.1975)
- BOUCHARD, R. y otros (1975). *L'épilepsie essentielle de l'enfant*. PUF
- BOURDAIRE, S. y otros (1978). *Les associations psychose. épilepsie chez l'enfant*. *Journee de L'hospital Sainte- Anne*. Abril 1978. Pág. 5
- BRAZELTON Y CRAMER, B (1993). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós
- DELWARDE y otros. *Síndrome de West y/o manifestaciones autistas precoces*
- DIEZ CUERVO, A. (1989). *Epilepsia y psiquiatría*. Barcelona: Espaxs, SA
- Dolto, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós
- Ferenczi, S. (). *A propósito de la crisis epiléptica*. En O.C. *Psicoanálisis*. T. III
- FREUD, S. (1900) *La interpretación de los sueños*. En OC T.V. Buenos Aires: Amorrortu
- FREUD, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. En OC T. VII. Amorrortu.
- FREUD, S. (1915). *Duelo y melancolía*. En OC. Vol. XIV. Amorrortu
- FREUD, S. (1920). *Mas allá del principio de placer*. En OC vol XVIII. Amorrortu
- FREUD, S. (1923). *El yo y el ello*. En OC. Amorrortu
- FREUD, S. (1928). *Dostojewski y el parricidio*. En OC T.XXI. Buenos Aires:Amorrortu
- FREUD, S. (1939). *Moisés y la religión monoteísta*. En O.C., vol XXIII. Amorrortu
- GADDINI, E. (1982). *Early defensive fantasies and the psychoanalytical process*. En *Int. J. Psy.* Vol. 63.

- GREEN, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu (Orig.1972)
- GRINBERG, L. et al. (1976). *Introducción a la obra de Bion*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRUNBERGER, B. (1979). *El narcisismo*. Buenos Aires. Trieb
- KLEIN, M. (1974). *Estadios tempranos del conflicto edípico*. Buenos Aires. Paidós
- KLEIN, M. (1978). *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé*. En OC.III. Buenos Aires: Paidós.
- KREISLER, L. et. al. *El niño y su cuerpo*. (1974). Buenos Aires: Amorrortu
- MAHLER, M. (1984). *Separación- individuación, Estudios 2*. Buenos Aires: Paidós
- McDOUGALL, J. *Teatros del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós
- MELTZER, D. (1990). *Metapsicología ampliada*. Buenos Aires: Spatia
- MISÉS, R. *El niño deficiente mental*. Buenos Aires: Amorrortu
- ROSEMBERG, B. (1998). *Pulsión y somatización o el yo, el masoquismo y el narcisismo en psicósomática*". *Rev. Fran. de Psych.* N° 5, 1998. Traducción de J. Alarcón y M. Zubiri (Sepia)
- SAMI-ALÍ. (1974). *El espacio imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu
- SAMI-ALÍ. (1982). *De la proyección*. Barcelona: Petrel
- SAMI-ALÍ. (1984). *Lo visual y lo táctil*. Buenos Aires: Amorrortu
- SEGAL, H. *Introducción a la obra de M. Klein*. Buenos Aires: Paidós
- SOULAS, B; Y BROUSSAUD, G. *La epilepsia infantil*. En Lebovici S. y otros (1990). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo II, capítulo XIII. Madrid: Biblioteca Nueva
- SOULAYROL, R. y otros. (1980). *Psychose de l'enfant et épilepsie. Neuropsychiatrie de l'enfance*. 28,3:77-78
- SPELRLING, M. (1953). *Psychodynamidcs and treatment of petit mal*. En. *Int. J. Psychoan.*, 34:248-252
- WINNICOTT, D. (1949). *La mente y su relación con el psiquesoma*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia
- WINNICOTT, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa
- WINNICOTT, D. (1981). *Preocupación maternal primaria*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia (Orig. 1956)

TRASTORNOS EN LAS FUNCIONES PARENTALES, EFECTOS EN EL DESARROLLO DEL PSIQUISMO: UN PROBLEMA TRANSGENERACIONAL*

Paloma de Pablos Rodríguez y María Pérez Martín*****

Resumen. El caso que exponemos fue atendido en un Servicio de valoración y tratamiento de familias en riesgo social. La validez y la especificidad del dispositivo consiste en sostener que las intervenciones judiciales, educativas, de protección se orienten desde una comprensión clínica (individual, familiar, grupal, institucional). Las familias atendidas se encuentran dentro de un continuum de dificultad en el ejercicio de las funciones parentales, que generan déficits en el psiquismo de los menores y en la trama familiar. Cuando los padres son portadores de una falla simbólica, su hijo se topará, en los periodos de disociación del yo y su efecto mudo, con un silencio selectivo sobre lo que toca al secreto, o por una falta de disponibilidad: el psiquismo del niño estará marcado por una falla global. Lo que es indecible en la generación de los padres se vuelve inenunciable para los hijos.

Palabras clave: Tratamiento clínico-social, funciones parentales, transgeneracional.

Summary: Parental functions disorders, effects in the development of the psychism: a transgenerational trouble. The case that we present was seen within the Evaluation and Treatment Program for Families in Social Risk. The validity and specificity of this kind of facility consist in defending that, childhood care education and judicial interventions, are oriented from a clinical perspective,

* Comunicación presentada en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescentes, que bajo el título "Las relaciones tempranas y sus trastornos" se celebró en Oviedo los días 5 y 6 de octubre de 2001.

** Psicóloga Social. Psicoterapeuta

*** Psicóloga Clínica. Equipo Especializado de Infancia y Familia en Riesgo de Los Servicios Sociales de Parla. Programa conveniado con A.E.I.P.S. (Asociación Española de Investigación en Psicología Social y Psicoterapia). Dirección e-mail: Estua@correo.cop.es.

regarding the individual familiar institucional aspects. Consultant families are situated along a continuum of difficulties for the practice of parental functions. This generate both deficits in the child psychim and family network this function. Parents do have a simbolic fault, the child will find, during the period of ego disociation and its dumb effect, The selective silence asociated to the secret, and a generall lack of disponibilidad: the child psychim will be affected, by a general fault. What can't be said by the parents generation can't be named for the children.

* * *

DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO Y ESPECIFICIDAD DE LOS CASOS

El caso que vamos a exponer ha sido atendido en un Servicio de valoración y tratamiento de familias en riesgo social; es un dispositivo de nivel secundario dentro de un Centro de Servicios Sociales, concertado entre el ayuntamiento de Parla y nuestra asociación e integrado en la red de servicios comunitarios de protección a la infancia.

Las situaciones sobre las que intervenimos contienen una problemática psico-social y psicopatologica combinada, que hace de éstos casos de muy difícil intervención. "El deslinde de la problemática social y psicológica es complejo en tanto que las dificultades de integración social pueden generar problemática psicológica (a veces psicopatológica) por los efectos en las relaciones significativas o en el soporte de la red social. A su vez un trastorno psicopatológico va a repercutir negativamente en el mejor desempeño de sus roles sociales y finalmente en su integración social". (González Rojas, J.M. y de Pablos Rodríguez, P. 1994).

La problemática social está relacionada no solo con la precariedad económica, sino también con la inserción social, escolar, y los sentimientos de pertenencia que forman la identidad social.

Las familias con las que tratamos se encuentran dentro de en un continuum de disfunción o de desestructuración familiar que iría, desde una cierta incapacidad en el ejercicio de las

funciones parentales, debido a crisis situacionales movilizadas por eventos de los ciclos de la vida, a casos graves de desatención y abandono o maltrato y violencia activa.

Las disfunciones en las funciones parentales generan déficits en la estructuración psíquica de los menores. Así la prevalencia de los cuadros que atendemos en la primera infancia son: psicósomáticos, detenciones y trastornos en el desarrollo, en púberes y adolescentes los trastornos de conducta, personalidad disocial. En los adultos: las adicciones, trastornos de la personalidad, las depresiones y los trastornos llamados psicósomáticos, son la psicopatología que con más frecuencia nos encontramos.

Estas patologías, en la medida en que no pueden tramitar las ansiedades desde un espacio intrapsíquico, por fallos en la función simbólica y la interiorización de las relaciones objetales se juegan continuamente en la relación con el exterior, por tanto producen efectos en las instituciones o espacios sociales que son sus escenarios de expresión y depositación.

Esto justifica la validez de un dispositivo intermedio que mantiene el encuadre clínico integrándolo en los espacios institucionales, dando elaboración de lo interno en lo externo, para que las intervenciones judiciales, educativas, de protección se orienten desde una comprensión clínica y de análisis psicosocial (familiar, grupal, institucional) del caso, lo que potencia y abala el sentido del tratamiento:

Intervenciones que realizamos:

- Valoración y tratamiento psicoterapéutico familiar de orientación analítico-vincular.
- Con integración de la valoración y tratamiento psicoterapéutico individual de niños, adolescentes.
- Intervención en la red de servicios comunitarios:
 1. Asesoramiento clínico en la detección y derivación de los casos de menores en riesgo.
 2. Participación en la toma de decisiones para la medida de protección de los menores.

3. Intervención clínico-social en la red durante el tratamiento del caso.

Todo lo cual nos ha llevado a generar y sostener en las intervenciones interinstitucionales, espacios de reflexión que son un apoyo corrector desde la red sociocomunitaria compensadora y contenedora de la patología.

En nuestro análisis tratamos de articular la problemática de las estructuras psíquicas individuales en la trama intersubjetiva familiar. La novela familiar nos ha llevado a tener en cuenta la transmisión de los antecedentes transgeneracionales como un factor relevante.

El proceso psicoterapéutico, en una familia que ha sido valorada de riesgo, ha de estar precedido por un trabajo conjunto entre los equipos (atención primaria y equipo especializado), que implica un esfuerzo por transformar el contacto por demandas sociales puntuales o de urgencia, en relaciones significativas y donde la definición del problema pueda reconocerse en términos de sufrimiento, fracaso, repetición, culpa, presentes en la situación actual.

Integrando en el marco coercitivo el contexto clínico tratamos de contribuir a la evolución de los sistemas de protección a la infancia y la adolescencia. Dicho marco coercitivo espontáneamente se establece, por el encuentro entre la función de control social de la institución y ansiedad persecutoria que genera en estas familias, en las que se minoriza o se niega el sufrimiento, el conflicto, los efectos destructivos de las situaciones abusivas para todos los miembros de la familia. Trabajamos las medidas tutelares como situaciones excepcionales, y no arbitrarias, previamente hemos establecido el proceso de tratamiento psicoterapéutico en el que reorganizar la capacidad de regulación interna de la estructura de interacciones del grupo familiar.

El Caso Iván, es representativo de una intervención clínico-social en red (Servicio de atención temprana, colegio, C.A.I.D., Comisión de Tutela) incluyendo la elaboración del tratamiento

psicoterapéutico integradamente con el acogimiento residencial.

CASO CLÍNICO: IVÁN

Iván con 4 años fue detectado como un trastorno de conducta precoz por el Servicio de Atención Temprana. Vivía en acogimiento familiar con su abuela Antonia, de 46 años, separada desde hace 11, en tratamiento por una problemática cancerosa en los genitales y en las mamas. También vive con ellos su tía Isabel, de 13 años, en tratamiento de una trombopenia (leucemia en sangre). Su otra tía Alicia de 18 años, padece una colitis crónica por colon irritable y se fue a vivir con la familia del novio hace 2 años. La madre de Ivan, Pepi, es toxicómana y sobrevive marginalmente en la calle y esporádicamente en la cárcel, acude al domicilio familiar a por cuidados materiales y de forma impredecible como un “fantasma vivo” para Iván. El padre de éste está casi continuamente en la cárcel.

Las exigencias de horario en el trabajo de la abuela y los continuos tratamientos médicos hicieron que desde que su madre fue expulsada de casa (a los 6 meses de Ivan) pasara de mano en mano por cuidadoras, vecinas, la tía adolescente, etc.

La vida se desarrolla maquinalmente y la enfermedad es el centro y el medio de expresión de los afectos. El ex marido de Antonia vive en un domicilio contiguo con una vecina. Antonia comenta su separación desafectivamente como forma de demostrar que ella y sus hijas “lo tienen superado”. Recuerda que en ese momento sufrió una gran depresión por la muerte de Paquirri. Pepi tenía 11 años y acto seguido comenzó su relación con Mariano, la nueva pareja de Antonia. A los cuatro años “supe que Mariano había abusado de mi Pepi, pero no podía dejarle era como imán”.

Como en tantos otros casos encontramos el abandono afectivo está en el origen de relaciones abusivas que después

se transforman en patologías de la dependencia de drogas, alcohol y la prostitución como correlato en las situaciones socialmente más desestructuradas.

En relación con el lugar de Ivan en el vínculo materno-filial Antonia-Pepi nos dice Antonia “mi marido siempre me culpó por no darle un hijo varón, cuando Pepi dio a luz, yo fui al hospital y dije éste es mi Iván”, Pepi intentó dar en adopción al niño, por sentirse incapacitada por la toxicomanía, y sin apoyo del padre del chico otro adolescente toxicómano, la intervención de Antonia cambió el destino, de niño adoptivo a hijo de su abuela.

Hemos necesitado año y medio para establecer una relación significativa con la abuela, que no obstante no nos evitó la medida de protección para iniciar el tratamiento con Ivan por la negación que la abuela hacía de su trastorno. Para favorecer el desarrollo de la identidad de Iván hemos preferido mantener la intervención dentro de su entorno socio-familiar, trabajando sobre sus vínculos sociales de pertenencia (intervención escolar y de ocio) para ello hemos incluido el caso dentro de nuestro programa de tratamiento psicoterapéutico en acogimiento residencial (Residencia Territorial de Parla).

Viñeta del tratamiento de Iván

Uno de los objetivos del tratamiento psicoterapéutico de Ivan es la elaboración de su historia traumática de pérdidas y separaciones sucesivas (padre, madre, tía, parejas de la abuela) que le permita afrontar de forma diferente las separaciones, llegando a constituir la constancia objetiva.

Pide que le busque y se esconde detrás de la mesa. Se quita el cordón de su traje de judo y me pide que lo atemos entre dos patas que lo sujete, se tumba encima y después pasa por debajo de ese “puente”, (la unión de sus padres en su pensamiento que da origen a su nacimiento, unión que vive de forma muy frágil), coge una silla y se la echa encima, le digo “qué peso” y el me dice “moriguau”, y dice: “desde antes de

Jesucristo un padre le dijo a su hijo y así de padres a hijos, mi padre me tuvo a mi y me lo dijo” vuelve al gesto de tirar la silla sobre él y dice “hace daño, me aplasta, sale sangre... uno muere, eso es moriguau”. (Intenta sujetar la unión y el peso de su historia, con el dolor que le produce pensar en ello).

Nos vamos a despedir, quedan cinco minutos, no puede aceptar la separación, le devuelve la psicoterapeuta que ha sido una sesión en la que ha hablado y jugado cosas muy difíciles “qué pena”, dice Iván, se mete bajo la mesa y desenchufa el teléfono.

Las sesiones son cada quince días, un par de sesiones después, Iván vuelve a desenchufar el teléfono y dice “Mejor desconectados, me lo dice mi madre que si no saltan chispas fuego”, (Vive la unión con el objeto como algo que le produce, peligro, ansiedad y excitación). Se acerca a una lámpara de mesa la enciende y dice que quiere arreglarla, enroscando y desenroscando la bombilla, simbolizando la diferencia entre “dar luz” y “hacer fuego”.

La función del terapeuta consiste en actuar de continente de esas experiencias tan fuertes para darlas sentido, poniendo en palabras los sentimientos que el niño transfiere al terapeuta.

Viñeta de tratamiento psicoterapéutico familiar:

En el mes de Abril del 2000 coinciden dos hechos significativos Pepi sale de la cárcel y muere José (última pareja de la abuela, que era sentido como padre por Isabel e Iván). Dos meses después muere el padre de Antonia. Por primera vez el grupo familiar se reúne entorno a estas pérdidas y en las sesiones familiares se facilita un clima de comprensión y contención que permite compartir los sentimientos penosos. Iván saca la caja de canicas y dice “falta una, siempre falta una” (su madre no estaba en la sesión).

La incipiente capacidad de elaboración del duelo, evoca los recuerdos del momento en que la familia se desorganiza ante la marcha del padre y la prohibición de verle, establecida

por Antonia con lo que la relación quedó truncada, pero ella no es consciente de su inducción. Fuerza a las hijas a identificarse con esa prohibición con lo que no hay lugar para otras posiciones.

Pepi había soportado cierta abstinencia (el mono) para compartir con la familia el duelo por su abuelo, la terapeuta inicia la inclusión imaginaria de Pepi en las sesiones de tratamiento familiar, y dos meses después acude a la primera la sesión, trayendo el compromiso de comenzar tratamiento de su toxicomanía, que inició y aún continúa.

La convivencia familiar y las sesiones familiares se llenan de conflictos por rivalidad fraterna, presumiblemente la dinámica en la que quedó este grupo familiar ante la separación de los padres, tenían las hijas 10, 8 y 2 años. La queja ha pasado del cuerpo a la relación.

COMENTARIOS DE LA ELABORACIÓN TEÓRICA DEL CASO:

Pepi mantiene una vivencia ante su maternidad desde una culpabilidad inconsciente, conforma una condensación múltiple: su historia de abandono afectivo por la pérdida de su padre, la alexitimia de Antonia y el abuso vivido con el compañero de la madre, lo que la hace más necesitada de apoyo por su red vincular, y más frágil ante la situación de apoderamiento del hijo por parte de la abuela.

Como recoge el Dr. Rallo las cesiones intrafamiliares implican una supresión simbólica de la generación intermedia, quedando hijos y nietos equiparados generacionalmente, interfiriendo el duelo de separación entre la madre y el hijo, obligando a clivajes del yo en los miembros de ese grupo familiar. El conflicto subyacente a esta cesión convoca una transacción que trata de mantener la desmentida de la castración en la abuela, aplacándola la hija con la entrega del nieto y de la propia incapacidad materna como ofrenda reparadora, en falso.

Lo que lleva a este grupo familiar a la negación de su dolor, es la violencia de los afectos suscitados en su entorno por la serie de acontecimientos traumáticos, pone a Ivan en situación de imposibilidad de elaboración de su psiquismo. Sin intervención del dispositivo de tratamiento sólo le queda ser el fantasma del abuelo abandonador-abandonado, o el toxicomano-denigrado, un sinvergüenza exhibido por su abuela con orgullo: La madre acaba de salir de la cárcel, Antonia comenta: “el niño me dijo no regañes a mi madre..., pero después viene a mí y me dice mami, para que le ate los cordones de las botas, es un sinvergüenza –con orgullo–”. Para el grupo familiar, sin tratamiento, avanzaría en la dinámica de la expulsión de todo lo que no pueden pensar y recuperar de la historia familiar.

Podemos ver reflejado en esta familia el planteamiento de Peter Fonagy sobre los efectos del trastorno en la relación primaria con el cuidador/a, que provienen de:

Sus cuidadores no favorecieron la capacidad de mentalización dentro de una relación de apego seguro (vulnerabilidad).

Han adquirido una falta de interés emocional ante una realidad externa que les ha sido hostil además de irreflexiva (renegación, minorización del hecho Traumático).

Las relaciones subsecuentes se ven amenazadas por el trastorno cognitivo que conlleva la falta de un modelo de atribuciones sobre el estado mental en el trauma original y en las relaciones ulteriores.

Con la consecuencia de una adaptación hipervigilante, y sin poder mirar hacia sus propios estados internos, externalizando y actualizando la experiencia traumática y privilegiando la descarga como sistema de regulación interno.

Cuando un futuro padre-madre es portador de una falla simbólica, su hijo se topará, en los períodos donde la disociación del yo y su efecto mudo (“cripta” Nachin, C, 1995), con un silencio selectivo sobre lo que toca al secreto, o por una falta de disponibilidad de carácter esquizoide, de manera que el psiquismo del niño estará marcado por una falla global.

En los períodos turbulentos donde la patología del padre se descompensa, lo que afecta al niño es la violencia de los afectos parentales en forma de angustia, cólera, o depresión. Lo que era indecible para el padre se vuelve innombrable para el hijo.

LA CRIANZA: SU IMPORTANCIA EN LAS INTERACCIONES ENTRE PADRES E HIJOS*

Dra. Anna Fornós i Barreras**

Resumen: Creemos que los estilos de crianza van a marcar las primeras relaciones de los niños con sus padres. Destacamos la importancia de la sincronía entre las necesidades del hijo y de los padres, si ésta no es adecuada se produce un desajuste en las interacciones y como consecuencia la aparición de trastornos en el desarrollo. Ilustramos la hipótesis con tres casos clínicos. Damos una gran importancia a las interacciones niño/adulto en la primera etapa de la vida para la construcción de la mente humana. El acompañamiento de los profesionales en el proceso de la crianza puede contribuir a la prevención de este tipo de trastornos.

Palabras clave: crianza, interacciones, necesidades.

* * *

El trabajo que voy a exponerles, es una reflexión personal sobre la importancia de la crianza en el desarrollo de los niños, por lo tanto también en como la crianza influye en el establecimiento de las primeras relaciones del niño con el adulto.

Llevo 24 años ejerciendo de médico, siempre me han interesado los niños y la relación que mantienen con los adultos, pero ahora con la información que he ido acumulando a lo largo de estos años y sobretudo con la experiencia que proporciona el trabajo en equipo y la reflexión conjunta, me estoy refiriendo a la supervisión clínica, puedo plantearme analizar

* Ponencia presentada en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescentes, que bajo el título "Las relaciones tempranas y sus trastornos" se celebró en Oviedo los días 5 y 6 de octubre de 2001.

** Neuropediatra del CDIAP Passeig de Sant Joan del distrito X de Barcelona. E-mail: afornos@correu.gencat.es

las interacciones desde distintos puntos de vista, no solo desde mi formación básica de neuróloga y neuropediatra.

Para centrar mi aportación voy a darles diferentes definiciones de crianza:

- Crianza: acción de criar a un hijo
- Crianza: ayudar a desarrollarse
- Crianza: ayudar a crecer
- Criar es adquirir gradualmente
- Criar: adquirir cortesía, urbanidad y buena educación
- Crianza como proceso en el tiempo y el espacio que permite tener cuidado del niño hasta que se hace adulto

Teniendo en cuenta estas definiciones, consideraremos a la familia como:

- la familia facilitadora del desarrollo
- la familia como elemento contenedor
- la familia como elemento clave en la simbolización
- la familia en el papel de protección/cuidador de los hijos
- la familia como elemento procurador de salud
- la familia en el papel organizador
- la familia como impulsora de la sociedad

Dejaremos para otra ocasión el análisis de la familia actual, pero déjenme hacer un apunte sobre el importante cambio sociológico que se ha producido en la población en general, pero sobretodo para las mujeres, con su legítima incorporación al mundo laboral y la no correspondiente respuesta social y acompañamiento del hombre. Todo ello tiene una repercusión a nivel general, en el funcionamiento cotidiano y en la crisis de la familia en su papel de cuidadora de los hijos.

Vamos ahora a exponer algunos de los elementos que intervienen en la crianza:

- afecto
- sentido común
- capacidad organizadora
- capacidad contenedora

- creencias
- socialización
- educación
- nivel socioeconómico

Dependerá de cada grupo humano, según sus baremos éticos y organización, la importancia que se le dará a cada uno de estos elementos.

La combinación de estos seis puntos y el potencial biológico del niño/a enmarcaran el nivel de socialización y educación del niño/a, así como su capacidad de aprendizaje.

Ahora consideramos de gran importancia en nuestro trabajo diario, el tener en cuenta y conocer “El ciclo vital de las familias: las necesidades de las familias en función de su parentalidad y las necesidades de los hijos”. Creo que muchos de los conflictos interaccionales los podemos atribuir a la no coincidencia entre estos dos ciclos vitales y a su antítesis.

El día 28 de mayo de este año en nuestra comunidad (Cataluña), mueren dos niños, una niña de 9 años y un niño de 10 años, en un accidente producido haciendo una “tirolina” en unas colonias de deportes de riesgo.

Este hecho por sí solo invita a pensar, te haces numerosas preguntas, sobre cómo a esta edad los niños no pueden encontrar otro aliciente o distracción que realizar deportes de riesgo. ¿Qué está pasando cuando instituciones como la escuela se ven en la obligación de organizar este tipo de actividades?

Los padres piden responsabilidades, afirman que hay poco control en las colonias, me pregunto porque delegamos las funciones de protección de nuestros hijos.

Estos hechos desgraciados nos hacen reflexionar a unos pocos, pero sigue haciendo falta que sean muchos más. Que haya cambios a nivel social para mejorar la calidad de vida de los niños no sólo del tercer mundo, sino también del mundo occidental.

Las familias tienen poco soporte social, así como poco reconocimiento del importante papel que tienen en el proceso de la crianza, de las dificultades que representa ser un buen trabajador/a y un buen padre o madre y al mismo tiempo participar y disfrutar de la sociedad del ocio.

No voy a defender la familia clásica como única institución válida para la crianza de los hijos, pero sí voy a defender el rol que deben desarrollar los adultos que tengan a su cargo niños. Este rol debe ser contenedor, organizador y protector de la vida de los niños, todo ello acompañado del afecto necesario.

Una vez expuestos estos preliminares, voy a comentarles que baso mi exposición en la experiencia de trabajo de atención directa desde un CDIAP (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz) del distrito X de la ciudad de Barcelona, con una población de referencia de 8.086 niños/as de 0-4 años, que representa un 3,9% de la población total de 205.359 habitantes, este es un distrito en pleno crecimiento ya que incluye los barrios nuevos de la Villa Olímpica y Diagonal Mar.

Para que tengan una referencia, les diré que en el año 2000 atendimos a 226 niños (un 2,8% de la población de 0-4 años), las primeras acogidas fueron 168, que se distribuyeron de forma bastante regular de enero a mayo y de septiembre a diciembre, una mediana de 16 primeras visitas por mes, a excepción de los meses de verano (junio 10 primeras visitas, julio 6 y agosto 2).

Este trabajo lo realizo desde la asistencia pública en el CDIAP, pero también desde mi consulta privada de neuróloga/neuropediatra, donde recibo visitas de mutua de toda la ciudad de Barcelona y su área metropolitana.

Ya Vigotski en el año 1977 y Brunner en 1983, ponen énfasis en el rol que juega la interacción adulto/niño en la primera etapa para la construcción de la mente humana. Por lo tanto hay bases científicas de la importancia de las primeras relaciones en la construcción de la inteligencia y de la competencia del ser humano.

Voy a definir la conducta como el resultado de la interacción entre el sistema neuromioendocrino y el entorno (Dr. C. Lamote de Grignon).

Volviendo al concepto/definición de crianza, vamos a quedarnos con la definición de: **la crianza como el proceso en el tiempo y en el espacio que permite tener cuidado del niño hasta que se hace adulto**. Este proceso exige por parte de los padres o tutores un gran esfuerzo físico y emocional. Este proceso es necesario dada la inmadurez física y emocional del ser humano al nacer, ya que éste no puede satisfacer por sí mismo sus propias necesidades.

Analizaremos cuales son las necesidades del ser humano en la primera etapa de la vida: (Dr. A. Camino Taboada)

1. necesidad de construir y mantener un vínculo afectivo estable con el adulto que lo cuida.
2. necesidad de promover el proceso de individuación/separación.
3. necesidad de promover la socialización y los aprendizajes que le van a permitir hacerse autónomo de una forma gradual.
4. necesidad de protegerse de las enfermedades y otros acontecimientos que pueden poner en peligro su integridad como persona física y emocionalmente.

El fracaso total o parcial de la cumplimentación de estas necesidades, nos lleva a unas dificultades en la crianza, éstas pueden ser debidas a factores del propio niño, a factores de los padres, a ambos u otras circunstancias.

Analizando estos cuatro puntos de las entrevistas de acogida de la mayoría de las primeras visitas realizadas en nuestro CDIAP en estos últimos años y las realizadas en mi consulta privada en el año 2000-2001, podemos deducir las dificultades en que se encuentran las familias para dar una respuesta coherente y buena a estas necesidades, en estas primeras edades sobretodo en la construcción del vinculo afectivo y el proceso de separación.

Correlacionando los motivos de consulta con los diagnósticos realizados desde el CDIAP, vemos que los más frecuentes son:

MOTIVOS DE CONSULTA

- trastornos del lenguaje
- trastornos de conducta
- dificultades de adaptación/hiperactividad
- trastornos psicósomáticos
- retardo psicomotor
- trastornos del desarrollo

DIAGNÓSTICOS

- trastornos emocionales
- trastornos del desarrollo de expresión somática
- trastornos del lenguaje expresivo de etiología ambiental
- trastornos de conducta de etiología ambiental
- trastornos del desarrollo de etiología biológica/ trastornos cognitivos
- trastornos motores de distinta etiología

Evidentemente existen otros diagnósticos, pero les he relacionado los que tienen interés para este trabajo.

Es pues evidente la correlación que existen entre algunos de los motivos de consulta y el diagnóstico, así como que la consulta por trastorno del lenguaje expresivo lleva consigo en la mayoría de casos de nuestra experiencia una alteración de la crianza.

Observamos que las alteraciones de la crianza relacionadas con las dificultades de cobertura en la construcción de un vínculo afectivo estable con los padres y las dificultades de separación, nos dan como sintomatología un niño/a infantilizado, con problemas de relación, adaptación, individuación y con dificultades para simbolizar.

Nos sorprende, pero a veces nos es difícil diferenciar los casos, ya que todos se parecen, tienen unas circunstancias

familiares similares, el funcionamiento y el estilo de crianza es parecido y las conductas de los niños son una calca, aunque con las pequeñas diferencias individuales que motivan que predomine más una sintomatología que otra.

Voy a exponerles tres casos para ilustrar el discurso:

PRIMER CASO

Descripción de la derivación:

Derivación mayo de 2001. Se trata de un niño de 8 meses, derivado por su pediatra de la mutua por presentar trastorno del sueño. Al parecer los consejos del pediatra e incluso el tratamiento farmacológico no han dado resultado.

Acogida:

En la acogida recojo el motivo de consulta, los antecedentes familiares, antecedentes biológicos y los ítems de desarrollo.

En la primera entrevista, que se realiza sólo con la madre y el niño, ésta explica que desde los tres meses coincidiendo con el cambio de alimentación (de pecho a biberón) el niño empieza a no dormir.

Se trata de unos padres relativamente jóvenes, de 34 años el padre que trabaja de obrero especializado y 32 años la madre, ella no trabaja fuera de casa. Llevan cinco años de pareja, un embarazo deseado, primer hijo.

La madre durante la entrevista muestra una actitud fría respecto al hijo, soy yo que pido que saque al niño del cochecito (está despierto) y lo sostenga en brazos. La animo a que me cuente cómo fue el embarazo y el parto (que fue sin incidencias, dentro de la normalidad).

Pregunto sobre el desarrollo del niño, sorprende pero no recuerda bien cuando empezó a sujetar la cabeza, sonreír, ella dice que todo ha sido normal, sólo le preocupa el sueño.

La exploración neurológica y de desarrollo del niño se encuentran dentro de los límites de la normalidad. Destaca cierta intranquilidad motora, buena capacidad de observación, respuestas discretamente exageradas a según qué estímulos y una buena empatía con la exploradora, que sorprende a la madre, ya que afirma que es un niño poco simpático.

No damos tratamiento farmacológico, sí alguna pauta de conducta y citamos de nuevo al niño a poder ser acompañado de ambos padres.

Proceso diagnóstico:

Vienen los tres, pregunto cómo han ido las cosas, la respuesta de la madre es que por un estilo.

Pregunto al padre que opina del sueño del niño, él comenta que los niños ya se sabe, no cree que sea nada grave. La madre nos interrumpe para decir que es ella quien lo soporta y que desde que ha nacido el niño, ella “no puede hacer su vida”.

Hipótesis diagnóstica:

Creemos que se trata de un niño normal, cuyo síntoma, el trastorno del sueño es la expresión de las dificultades para establecer un buen vínculo con su madre. No debido a problemas del propio niño, sino a la disparidad que existen entre las necesidades del niño y las de la madre. Esta parece que antepone unas a las otras, su necesidad de vivir la vida no encaja con las necesidades de crianza del hijo. No se entienden, por lo que el niño ha desarrollado una conducta de respuesta impaciente y ansiosa que no le permite conciliar bien el sueño. Se trata pues de un trastorno del desarrollo de expresión somática.

Indicación terapéutica:

Derivación al CDIAP de zona para que realicen un trabajo psicoterapéutico madre/hijo. Control neuroevolutivo.

SEGUNDO CASO

Descripción de la derivación:

Se trata de un niño de 3 años 8 meses de edad, derivado en octubre del año 2000 por una psicóloga del Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico por presentar trastorno del lenguaje y dispersión.

Acogida:

Recogida del motivo de consulta que explica la madre, “dicen que habla poco”, antecedentes familiares, biológicos y los ítems de desarrollo.

Padres mayores, padre de 46 años, trabaja de electricista, madre 43 años, no trabaja fuera de casa. Dos hermanos mayores de 22 años y 20 años, ambos varones.

La primera entrevista

Se realiza con la madre y el niño. La madre explica que es un embarazo no deseado, vino de sorpresa, ella se encontró mal, muy deprimida, no tomó tratamiento.

Parto normal, los tres primeros meses le daba el pecho, pero el niño lloraba mucho “estaba muerto de hambre” afirma la madre. Ha dormido mal desde el nacimiento.

El desarrollo motor del niño ha sido dentro de la normalidad. Por lo que explica la madre, en la primera etapa de la vida niño muy enganchado, muy sensorial. La madre siguió deprimida. Ella dice que este niño tiene dos padres, el biológico y su hermano mayor.

Inicia la escolarización en parvulario con tres años, escuela pública, no había asistido a guardería.

La exploración neurológica y de desarrollo se encuentran dentro de la normalidad excepción de un lenguaje infantilizado y un déficit de atención.

Proceso diagnóstico:

Exploración neurológica. Nivel de desarrollo. Exploración psicológica y hora de juego.

Preocupa la sintomatología que se concreta en un trastorno de los hábitos del niño: no controla esfínteres, no come solo y mastica lo que quiere, duerme con la madre, toma biberón, lleva chupete, y tiene frecuentes rabietas y bajo dintel de frustración.

Hipótesis diagnóstica:

Creemos que se trata de un niño con un trastorno emocional, poco diferenciado, con un lenguaje infantilizado y muchas dificultades para separarse de su madre.

Indicación terapéutica:

Una terapeuta psicóloga inicia un trabajo madre/niño, con el objetivo de ayudar a la separación, para conseguir una diferenciación y como consecuencia mejorar el lenguaje y la atención. Así como que la madre entienda que existen otros modelos relacionales que ayudan a crecer y le permitan realizar cambios en la crianza.

En la actualidad mejoría notable en el lenguaje y la atención. En primavera introducimos tratamiento farmacológico con Traxilium pediátrico, para disminuir la ansiedad generada sobre todo al ir a dormir, el resultado no fue el esperado, retirándose el tratamiento. pero al menos sirvió para que la madre entienda que no debe dormir con el niño. Los hábitos han mejorado a excepción del dormir solo. El padre ha asistido ocasionalmente al tratamiento del niño. En septiembre será derivado a un CSMU por la edad y se despedirá cuando le hayan acogido.

TERCER CASO

Descripción de la derivación:

Se trata de una niña de 28 meses, es derivada en febrero de este año por la pediatra de la Seguridad Social, por pre-

sentar trastornos esfinterianos (estreñimiento y retención de orina).

Acogida y antecedentes:

Los padres nos cuentan el motivo de consulta, están muy preocupados por todo lo que hace referencia a la salud general de la niña.

Explican que desde el nacimiento ha presentado numerosos problemas de salud: pérdida de peso, fiebres recurrentes, infecciones y convulsiones.

Padre de 38 años el padre, funcionario de prisiones, madre de 37 años profesora de Instituto. Hija única.

Recogida de los antecedentes familiares, biológicos e ítems del desarrollo.

Embarazo deseado de 41 semanas, parto hospitalario, con espátulas, PN 3.700 gramos, pecho durante los 6 primeros meses.

Al mes de vida primer ingreso, por presentar episodio de fiebre alta, atribuido a infección urinaria por pseudomonas.

A los 3 meses episodios de fiebre recurrente, tratamiento con antibióticos.

A los 7 meses nuevo ingreso por convulsiones, vómito y aspiración pulmonar, que la hace permanecer en centro hospitalario durante 5 días, de los cuales 2 son en UCI. El padre tiene antecedentes de convulsiones febriles en la infancia.

Cuando la niña tiene fiebre los padres dicen que se muestran nerviosos y angustiados.

En diciembre del 2000, a los 14 meses la niña presenta una fisura anal y se niega a defecar.

En enero del 2001, presenta una retención urinaria de 31 horas de duración, motivo por el cual la pediatra decide derivarla a nuestro servicio.

Asiste a guardería desde los 6 meses, la adaptación según los padres ha sido relativamente buena el primer año de vida,

en la actualidad no se relaciona con los otros niños y tampoco con la educadora, presenta dificultades a los cambios y quiere comer triturado, cuando en casa mastica, presenta conductas inmaduras en la guardería.

La madre explica que ella no puede quedarse sola con la niña, ya que tiene miedo a que enferme y no saber como actuar.

En la exploración neurológica constatamos una discreta hiperlaxitud ligamentosa, más acentuada a nivel de extremidades inferiores. Los padres comentan que en junio del 2000 consultaron a un traumatólogo por caídas frecuentes de la niña, les comentó la hiperlaxitud y no le dio importancia. La movilidad de la niña y los ítems de desarrollo son normales. Parece que le cuesta aceptar los cambios y las situaciones nuevas. Durante la entrevista habla con sus padres y los juguetes de forma adecuada, no quiere hablar con la exploradora.

Presenta un trastorno del sueño que ha ido empeorando con el tiempo.

Pruebas complementarias practicadas:

- ECO renal normal
- numerosas analíticas
- cistografía isotópica donde se observa reflujo renal bilateral grado II (justificaría las infecciones urinarias)
- gammagrafía renal normal
- déficit de inmunoglobulinas
- EEG para descartar mioclonias, normal

Proceso diagnóstico:

Exploración neurológica, exploración psicológica, exploración del desarrollo y hora de juego.

Durante este proceso constatamos sus dificultades frente a los cambios, el padre se muestra muy controlador y organizador de la vida de la niña.

Hipótesis diagnóstica:

Se trata de una niña con un desarrollo evolutivo dentro de la normalidad, que se encuentra en una situación de riesgo provocada por sus problemas de salud que han generado una falta de sintonía y un desajuste en las primeras relaciones padres/niña. Un estilo de crianza determinado, enmarcado en los problemas de salud de la niña y en cómo viven los padres la vulnerabilidad de la niña, todo ello ha provocado un trastorno emocional de expresión somática.

Indicación terapéutica:

Trabajo padres/niña a cargo de una psicóloga del equipo, que se propone ayudar a disminuir el sufrimiento de los tres, conseguir crear un espacio para que la niña pueda expresarse y los padres lo puedan respetar.

Ayudar a los padres a comprender sus enfermedades, a no actuar cuando no haga falta, a relativizar las pruebas complementarias.

La mejoría ha sido espectacular, la niña no ha presentado ningún episodio de fiebre durante este período, pide el pipí y la caca sin problemas, en la guardería se muestra menos inmadura.

Seguimos el tratamiento psicoterapéutico con una periodicidad de un día semanal.

CONCLUSIONES

Creemos que los estilos de crianza van a marcar las primeras relaciones de los niños con sus padres, sino existe coincidencia entre las necesidades de ambos, se produce un desajuste en las interacciones y como consecuencia del mismo se establece una sintomatología. Esta sintomatología será distinta según las características del niño/familia y dependiendo de que el protagonismo esté en el niño o en los padres.

Algunos niños debido a diferentes enfermedades no pueden interaccionar como esperan los adultos y se produce el desajuste. Esto tendría que ver con la vulnerabilidad del niño y cómo ésta es entendida por los padres.

En otras ocasiones son los adultos los que presentan dificultades para interaccionar, sabemos que enfermedades de los padres (como son algunas enfermedades mentales) no les permiten llevar a cabo una buena crianza de sus hijos, perturbándose las primeras relaciones.

La sociedad lleva a algunos adultos a permanecer suspendidos en la adolescencia, estos adultos tienen serias dificultades para cuidar de los otros (niños y otros adultos).

Creo que estas dificultades las podemos encontrar tanto en hombres como en mujeres, esta manera de funcionar repercute en la crianza y en la sociedad en general, organizando un círculo vicioso difícil de romper.

Existe una pérdida de referentes colectivos, cierta desestructuración social, crisis de la familia y la escuela que alimentan cada vez más las desigualdades y la competencia.

Los adultos queremos soluciones inmediatas, nos asusta cada vez más el sufrimiento, la soledad, la sociedad del placer es una prioridad y existen serias dificultades para crear un espacio mental para el otro, en este caso los hijos.

Como profesionales debemos potenciar la información de que **“es un hijo/a y que necesita”, así como “las necesidades de las familias respecto a su parentalidad”**, para que llegue a los sectores de poder, otros profesionales y a la gente en general.

Los sectores de poder pueden planificar mejor sus políticas sociales, laborales y sobretodo el soporte a la familia.

Los profesionales podrán acompañar mejor el proceso de la crianza y las personas en general entenderán mejor las necesidades de los niños y puede que dejen de darles lo que no necesitan y den importancia a lo que si realmente necesitan, un espacio mental para ellos.

De todo lo expuesto creo que se deduce la gran importancia que tienen las relaciones tempranas del niño/adulto para la construcción de la mente humana. Debemos esforzarnos para mejorar la prevención de este tipo de trastornos: invirtiendo en la formación de profesionales que tratan con niños, en los profesionales de la primaria sanitaria, aumentando la información en general y estableciendo programas materno infantiles que recojan estos elementos (crianza-relaciones tempranas) incluso en la etapa prenatal como fundamentales en el desarrollo de los niños.

BIBLIOGRAFÍA

- BRAZELTON, T.B.: Joint regulation of neonate-parent behavior. En Tro-
nick, E.Z. Ed.). *Social Interchange in infancy. Affect cognition and
communication*, University Park Press. Baltimore, 1982.
- BRUNNER, J.: *La parla dels infants*. Eumo. Vic. 1983.
- CAMINO TABOADA, A.: Intervencions possibles en el maltractament als
infants. Grupo de trabajo de la CTIC de Nou Barris, mayo 2001.
- DOMINGO, F.: No estàs sol, no el deixis sol. *Butlletí Societat Catalana
de Pediatria* 1997, 3:151-152.
- FERNÁNDEZ VIADER, M.P.: Interacción social y comunicación preverbal
en bebés. *Revista de Logopedia, Fon. Audiol.* 1991.
- MARDOMINGO, M.^a J.: Aspectos psiquiátricos del maltrato en la infancia.
Mesa Redonda "El niño maltratado". *Pediatr.* 1985, 151-173.". XVI
Congreso Español de Pediatría. *An Esp. Pediatr.* 1985, 22523
151-173.

UN CASO DE NEUROSIS DE ABANDONO*

Arantxa Trigueros Olmedo** y Elena Sanz Rivas***.

Resumen: Estudio de la neurosis de abandono a partir del análisis de un caso de una familia de 11 hermanos, de los cuales 7 han estado institucionalizados. En este contexto se analizan las patologías asociadas al abandono, por parte de los padres, durante la infancia. A través del trabajo en psicoterapia de 7 de ellos se confirma la existencia de sintomatología abandonónica en trastornos tales como depresión, agresividad, adicciones, trastornos en la sexualidad, etc.

Palabras clave: Neurosis de abandono. Adicción. Carencia afectiva. Depresión. Institucionalización. Maltrato.

* * *

El primer autor que utiliza el término Neurosis de abandono es Germain Guex, para designar un cuadro clínico en el que predominan la angustia de abandono y la necesidad de seguridad. Estima que el abandonónico no ha superado el Edipo, el cual constituye una amenaza excesiva a su seguridad. La neurosis de abandono estaría relacionada con una perturbación del Yo que a menudo sólo se pone de manifiesto durante la cura analítica.

La sintomatología del abandonónico se evidencia por una inseguridad afectiva fundamental. La necesidad ilimitada de amor o “glotonería” afectiva representa una búsqueda de la

* Comunicación presentada en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescentes, que bajo el título “Las relaciones tempranas y sus trastornos” se celebró en Oviedo los días 5 y 6 de octubre de 2001.

** Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta psicoanalítico. Dirección: C/ Antonio Arias, 4-6º D. 28009 MADRID e-mail: rantxi@hotmail.com.

*** Psiquiatra. Psicoterapeuta psicoanalítico

seguridad perdida o nunca tenida, cuyo prototipo es la fusión primitiva del niño con la madre. No correspondería tanto a un abandono real como a una actitud afectiva que es sentida como negadora del amor. Se da una intolerancia a la frustración, que como veremos, puede llevar al abandonado a sustitutos como la dependencia del alcohol y/o las drogas.

Nuestro paciente es el noveno de 11 hermanos, de los que 7 han estado o están en terapia. L. ha sido objeto de abandono, tanto afectivo como físico, por parte de sus padres: lo importante de esta dinámica familiar es el fracaso de ambos en ejercer las funciones nutricias y normativas hacia la prole, rechazando cada vez más a los hijos que seguían naciendo a pesar de no poder asumir las responsabilidades ya adquiridas con los anteriores. Se observa negligencia, hacinamiento, abuso sexual de las hijas, maltrato... A medida que se progresa en el orden de los hermanos el grado de desorganización familiar aumenta siendo cada vez más los hermanos desatendidos e institucionalizados, el menor desde los cuatro meses hasta los 9 años de edad.

L. tiene 32 años cuando acude a consulta, después de un ingreso para desintoxicación alcohólica. Bebe desde los 14 años y consume cocaína desde hace 6 ó 7. Presenta sintomatología depresiva y paranoide que precisa de tratamiento combinado con psicoterapia y psicofármacos.

Los padres nunca se han llevado bien, con discusiones frecuentes pero sobre todo una relación fría y distante. El padre trabajaba a menudo fuera del pueblo y apenas veía a la familia. Las condiciones económicas nunca fueron buenas, no existiendo una planificación de los embarazos. La madre presumía de tener tantos hijos, aunque los rechazaba al nacer y delegaba su cuidado en la segunda hija, que todos los hermanos reconocen como auténtica madre. De la misma forma el hermano mayor ha hecho las veces de padre, porque el auténtico, para sus hijos, "es buena persona, no se mete con nadie, pero nunca le decía nada a mi madre."

Según la madre fue pariendo a sus hijos delegó su cuidado, al principio en los mayores y después en las instituciones. Los recuperaba cuando era conveniente para llevarlos al pueblo y encomendarles el cuidado de las cabras. Con los hijos con los que convivió fue frecuente el maltrato indiscriminado y el hacinamiento, con situaciones que propiciaron el abuso sexual hacia las hermanas, por parte del padre y de algunos hermanos, llegando a compartir hasta 4 y 5 la misma cama.

Seis de los once hermanos pasaron periodos de tiempo variables en instituciones para la recogida de niños huérfanos, tiempo que fue aumentando a medida que crecía el número de hermanos. Alguno de ellos relata cómo eran los únicos niños que tenían padres, lo que para ellos suponía otra experiencia de exclusión. En estas instituciones fueron objeto de maltrato, pero sobre todo de abandono e instrumentalización por parte de los padres. Deseaban que el fin de semana fueran a verles los hermanos mayores, nunca la madre; de hecho interpretaban las visitas de su madre como pretexto para algún escarceo amoroso.

Con este panorama tan desolador se podría esperar una completa disgregación del núcleo familiar como tantas veces se observa en el caso de personas tan carenciadas. Sin embargo en esta familia sorprende la situación actual de los hijos.

GENOGRAMA:

- 1.º Hombre, de 49, casado por tercera vez, sin hijos. Tiene una inmobiliaria. Ha estado en tratamiento por problemas de agresividad.
- 2.º Mujer, de 47, casada, no puede tener hijos. Enfermera con dedicación sindical y alcaldesa del pueblo. "La sargenta" que todos consideran su madre. En tratamiento por sintomatología depresiva y disfunción sexual. Tiene antecedentes de abuso.

- 3.º Hombre, de 45, casado con hijos, albañil. Presentó abuso de alcohol para el que no recibió tratamiento.
- 4.º Hombre de 43, casado, sin hijos, peluquero. Quizá bebió en el pasado. Nunca ha recibido tratamiento.
- 5.º Hombre de 41, casado, trabaja en Iberia después de gran inestabilidad laboral. Los demás hermanos intentan llevarle a terapia porque le ven añorado, inmaduro. Institucionalizado.
- 6.º Mellizo del anterior, hombre que falleció el año pasado por una enfermedad tumoral relacionada con el SIDA. Casado, con una hija, propietario de una inmobiliaria, recibió tratamiento por su adicción al alcohol, cocaína y opiáceos que no se resolvió antes de su muerte. Tenía antecedentes de institucionalización. Era analfabeto.
- 7.º Hombre de 39, casado, con tres hijos. Problemas de visión. Trabaja en la ONCE vendiendo cupones. Retrasado desde el punto de vista intelectual, apenas repite tres frases. Es el único de los hermanos que permanece fuera de la dinámica familiar.
- 8.º Mujer de 37, casada, con hijos. Auxiliar de dentista. Antecedentes de abuso e institucionalización. En tratamiento en la actualidad con sintomatología depresiva con somatizaciones y disfunción sexual.
- 9.º El paciente indicado anteriormente.
- 10.º Mujer de 33, casada, enfermera. Antecedentes de institucionalización y abuso. En tratamiento desde hace poco por sintomatología depresiva y abandonica.
- 11.º Hombre de 30, casado con una hija, electricista. Antecedentes de institucionalización. En tratamiento por alcoholismo.

En la actualidad los hermanos se reúnen frecuentemente en el pueblo natal de sus padres, teniendo todas las casas juntas y con la puerta abierta, también en la ciudad viven y tienen sus negocios en el mismo barrio, pero es en el pueblo donde quedan. La mayor es la alcaldesa del pueblo; en la campaña

para su elección todos los hermanos pusieron su granito de arena. Hacen reuniones para decidir los asuntos de sus padres, separados hace unos años. También se juntan para tomar decisiones referentes a cualquier otro problema. Por ejemplo, cuando el hermano enfermo de SIDA tenía que ser acompañado antes de su fallecimiento.

Definen a su madre como enferma, siempre hablando mal de sus hijos y quejándose de la poca atención que recibe por su parte. Algunos de los hermanos apenas le dirigen la palabra, evitando ella el contacto si no necesita nada de ellos.

Desde el principio los hermanos se han unido para suplir la carencia de sus padres de forma que los mayores se ha constituido en sustitutos de los mismos y han ejercido con eficacia los cuidados de los menores. Sin embargo existen muchas carencias que no se han podido resolver ante la falta de unas figuras paternas adecuadas, que explicarían en gran medida la abundancia de patología.

Albert Crivillé resume los rasgos característicos del funcionamiento mental del padre maltratador. Él mismo ha vivido esa relación o su equivalente durante la infancia. El hijo es el niño que el padre ha sido. El padre ama al niño como a él le han enseñado a amar, no pudiéndose identificar con su propio padre pero sí con lo que le une a él, con la relación que reactualiza con sus propios hijos. El hijo es amado porque permite al padre encontrar de nuevo el odio de su propio padre.

Es una relación de tipo narcisista en la que el niño es utilizado como doble de sí mismo, con dificultad para diferenciar ambos cuerpos, así como su mundo interno y externo, incapaz de interiorizar y elaborar su propia historia personal. La relación que se establece con los hijos está falta de ternura y amor y de una diferenciación yo/otro. Así vemos cómo en la familia presentada la única forma en que algunos de ellos pueden compartir ternura y proximidad es el incesto. No son capaces de establecer límites entre diferentes tipos de relación; todo vale para conseguir afecto.

El tercero en discordia, el otro cónyuge, no tiene cabida en una relación de tipo narcisista, por eso con frecuencia se observa que es tratado como otro más de los hijos o excluido de esta relación “privilegiada”. En esta familia el padre no se metía con los hijos, pero tampoco les ayudaba, simplemente no estaba. En la actualidad se relacionan con el padre mejor que con la madre aunque lo describen como un mueble que no molesta para nada.

Cirillo y Di Blasio añaden a la tipología del maltratador expuesta por Crivillé la importancia del conflicto de pareja subyacente, que va involucrando a los hijos en sucesivas alianzas y coaliciones con uno de los cónyuges y en contra del otro

Cuando el niño es consciente de ser utilizado su rabia se dirige por igual hacia los dos padres o el medio extrafamiliar. En este momento el maltrato queda justificado por la gravedad de su conducta y la imposibilidad de hacerse con el niño de otra forma.

En esta familia existía un conflicto conyugal severo; sin embargo el subsistema fraterno ha tenido que actuar de padre auxiliar al estar el padre real ausente. Los celos y la oposición de la madre se han dirigido entonces hacia sus hijos, en especial a la mayor, obstaculizando los intercambios afectivos. En este caso lo que los hijos sienten es que el “pobrecito” papá intentaba hacer entrar en razón a mamá para que no les pegara y les permitiera volver a casa con frases como “deja a los chicos, mujer”, para posteriormente desaparecer a sus “quehaceres” de hombre.

Barudy define las consecuencias que se derivan de la negligencia de los padres, psicoafectivas y físicas. Así se observa una baja autoestima, sentimientos de inferioridad, profunda tristeza, ansiedad crónica y depresión franca. En la esfera corporal se producen frecuentes accidentes o agresiones, dificultades en el autocuidado, abandono de la higiene, e incluso retrasos en el crecimiento. En esta familia muchos de los hermanos presentan uno o varios de estos síntomas.

“El niño mal amado no sólo tiene una mala imagen de sí mismo sino que desarrolla una visión del mundo que le es amenazante y poco segura”. Necesita desarrollar unos mecanismos adaptativos que le permitan protegerse de la realidad que vive. El modelo de relación interpersonal de estos niños se caracteriza por oscilaciones entre la dependencia y el rechazo. Puede sentirse ávido de afecto, o “retirarse” del contacto para protegerse del sufrimiento que le provocaría una nueva frustración. Los trastornos del comportamiento son otra forma de relacionarse con los demás llena de ambivalencia. Oscilan entre diabluras o comportamientos infantiles, pequeños robos, hasta trastornos de la alimentación, toxicomanías o comportamientos psicopáticos como abuso de niños o violencia conyugal.

Cuatro de los once hermanos han presentado abuso o dependencia de distintos tóxicos, de los que tres han acudido a tratamiento. Uno de ellos falleció como consecuencia de una enfermedad relacionada con el VIH, del que se contagió por relaciones con prostitutas. Todas las mujeres han presentado sintomatología depresiva con disfunción sexual además de otros síntomas. Uno de los hermanos consultó por conductas agresivas.

Aunque sólo siete de ellos han pedido ayuda, por referencia directa se sabe que diez de los once hermanos han presentado problemas de los descritos anteriormente en alguna ocasión.

Winnicott hace énfasis en la importancia del cuidado y sostén materno para proteger al bebé y permitir su desarrollo, actitud que va modificándose en función de las distintas necesidades del niño en crecimiento. Sobre todo en épocas tempranas de la vida puede ocurrir que las necesidades de la madre sean impuestas a su hijo que puede ser vivido como una prolongación narcisística. El niño aprende así a obedecer y desarrollar un falso self que defiende al verdadero. El falso self no posibilita una existencia auténtica, siendo frecuente la aparición de patología psiquiátrica, trastornos de conducta o

toxicomanías. En muchas ocasiones estos síntomas aparecen como un intento desesperado de proteger el auténtico self.

Como relata en una sesión el menor de los hijos, “mi hermana y yo decidimos escaparnos de casa de mi madre para irnos con mis hermanos de acampada, porque ella no nos dejaba. Cuando volvimos a casa íbamos dándonos tortas los dos para ir haciéndonos a la idea. Sabíamos que la que nos esperaba en casa era buena. Mi madre solía pegarnos cada vez que le parecía que no estábamos haciendo lo que ella quería. Y lo curioso es que en aquella ocasión no nos dijo ni nos hizo nada, y nos pareció que éramos tontos”. En el caso de estos niños las exigencias de la realidad eran tan urgentes y tan crudas que no tenían espacio para pensar en sí mismos. Su madre siempre se había mostrado orgullosa de la cantidad de hijos que tenía, sabiendo que cada uno que llegaba reemplazaba al anterior y le esperaba una suerte aún peor. Nunca se preocupó de quién era cada uno de sus hijos, sino de lo que podía obtener de ellos.

Cuando el hermano menor habla de la familia expresa: “Por lo menos no ha sido una familia muy complicada, nadie por ahí pinchándose o delincuentes; somos privilegiados. Hay familias que han estado como nosotros y el que no está así está en la cárcel”. Aunque de forma omnipotente e infantil, siente que hay alguien en quien sí puede confiar, en los hermanos, en oposición al vacío sentido ante la ausencia del amor de su madre.

“No es dolor, es como no tener nada”.

BIBLIOGRAFÍA

- BARUDY, J. (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós.
- CIRILLO, S. y DI BLASIO, P. (1997). Niños Maltratados. Diagnóstico y terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- CRIVILLÉ, A. (1990). La sociedad, los profesionales y la familia del niño maltratado. Dinámica relacional. Infancia y Sociedad, nº 2. Ministerio de Asuntos Sociales.
- GUEx, G. (1950). La neurosis de abandono. París: Eudeba.
- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B. (1993). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor.
- VILLAMARZO, P. F. (2001). Sandor Ferenczi o la cuestión de las variaciones técnicas de la psicoterapia psicoanalítica. Salamanca: Universa Terra.
- WINNICOTT, D. W. (1998): Deprivación y delincuencia. Barcelona: Paidós.
- WINNICOTT, D. W. (1996): Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa.
- WINNICOTT, D. W. (1993): Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Paidós.

EL CONTINENTE PERDIDO (HISTORIA DE UNA BÚSQUEDA)*

Alberto Grinberg**

Desaparición y exilio son palabras que nos remiten, en el contexto sudamericano, a un momento histórico concreto: el de las dictaduras militares de los años setenta y a una metodología represiva: el terrorismo de Estado.

La violencia de ese período, caracterizado como verdadera catástrofe social dejó huellas imborrables en los individuos y en los grupos humanos. Desde entonces numerosos psicoanalistas han respondido al impacto de estos hechos ocupándose, tanto clínica como teóricamente, de abordar los efectos de estos acontecimientos traumáticos sobre el psiquismo.

María Lucila Pelento y Julia Braun de Dunayevich, entre otros, estudiaron profundamente las consecuencias emocionales de las desapariciones de familiares y las características particulares que adquiere el proceso de duelo en estas circunstancias. Califican a éstos como “duelos especiales” y destacan que en estos casos faltan tres elementos en los que se apoya el proceso de duelo habitual: a) la información necesaria para un examen de realidad, b) elementos simbólicos como rituales funerarios y prácticas comunitarias, y c) una adecuada respuesta desde el saber social.

* Trabajo presentado en el 2.º coloquio interdisciplinario “Transformaciones: psicoanálisis y sociedad”. Barcelona 2000.

** Psicoanalista. Miembro del comité directivo de iPsi “Centre d’atenció, docència i investigació en Salut Mental” de Barcelona. E-mail: algrin@wanadoo.es.

Estas condiciones no solamente vuelven mucho más penoso y difícil el trabajo de elaboración sino que pueden comportar una real amenaza para la integridad del aparato psíquico inundado bruscamente por un sufrimiento ilimitado que desborda los diques de la racionalidad, la simbolización o los lazos sociales.

Si pasamos a considerar ahora el hecho migratorio, vemos que el exilio constituye una forma especial de migración en la cual todas las pérdidas y duelos inherentes al abandono del país deben tramitarse en un contexto interno y externo altamente desfavorable. Por su carácter forzoso, perentorio y a veces clandestino, la partida de los exilados suele carecer de despedidas. León y Rebeca Grinberg destacan la necesidad del ritual de la despedida para poner un marco protector a la tensión que se crea en ese punto límite “que divide el estado de unión del estado de separación, entre el que se va y el que se queda, entre presencia y ausencia”. Si el exilio es una partida sin despedida, los desaparecidos son como se ha dicho acertadamente, muertos sin sepultura.

En ambos casos faltan aquellos indicadores que funcionando como puntos de referencia ayudan a organizar, procesar y aceptar la nueva realidad.

Quienes se acercaron clínicamente a estas problemáticas en los años 70 y 80 comenzaron pronto a preguntarse por los efectos de estos trágicos acontecimientos en las siguientes generaciones. Qué ocurriría en aquellos casos en que los padres han congelado el duelo, cómo se transmitiría a los hijos el hecho traumático que no pudo ser pensado y simbolizado, cómo se expresaría en el entramado identificatorio el “agujero” dejado por un progenitor desaparecido.

Hoy, a la distancia de mas de veinte años y miles de kilómetros, estos interrogantes se actualizan cuando en nuestras consultas aparecen hijos de aquellos desaparecidos, crecidos en el exilio y con una edad similar a la que alcanzaron sus padres.

El objetivo del presente trabajo es compartir la experiencia clínica del tratamiento realizado en Barcelona, de un adolescente al que llamaremos Manuel.

Tiene 21 años. Pide consulta, tras haber sufrido un episodio ansioso-confusional unos meses atrás. Aunque se trataba de un hecho aislado que no se repitió en los meses siguientes, Manuel se quedó muy impresionado por lo que le había ocurrido y temeroso de que pudiera volverle a pasar. En cualquier caso no decidió buscar tratamiento hasta pasado cierto tiempo y su motivación no era tanto aclarar la crisis de angustia que había sufrido, como resolver cierto malestar o insatisfacción con diversos aspectos de su vida que le resultaban difícil de explicar.

Manuel es hijo de un desaparecido uruguayo. Su madre, estando embarazada, se vio obligada a dejar Uruguay y trasladarse a Israel donde nació él. Cuando Manuel tenía 4 años emigraron a Barcelona. Al cabo de un tiempo la madre se volvió a casar con otro uruguayo, este matrimonio tuvo dos hijos y se separaron hace 8 años.

En los primeros meses de tratamiento Manuel se refería muy poco a su pasado o a su contexto familiar. Traía sobretudo preocupaciones “existenciales” sobre la soledad, la amistad, la pareja, etc. No estaba contento con su forma de ser, se hacía interminables preguntas sobre cómo debía comportarse o sobre cómo pasarla bien. Introverso, racionalizador, le costaba relacionarse y en especial el contacto afectivo profundo. Con su novia el problema permanente era su incapacidad para decirle lo que sentía.

Estudiante de matemáticas, se interesaba especialmente por las asignaturas que exigían el mayor nivel de abstracción, en ese terreno era donde más seguro se sentía.

En ocasiones su dificultad en los exámenes consistía en plasmar en el papel lo que tenía en la cabeza. Le apasionaba la resolución teórica de un problema pero se desmotivaba y bloqueaba a la hora de formalizarlo, de escribirlo de manera

que resulte comprensible para los demás. *“Si ya lo tengo resuelto en mi cabeza pierdo todo interés por el tema y me cuesta muchísimo esfuerzo pensar cómo explicárselo al profesor. Esa obligación de bajar del mundo de las ideas es como un peso tremendo”* Argumentos parecidos le impedían expresarse en el campo de los afectos: *“Para qué tengo que decirle a mi novia que la quiero o cosas así, se supone que eso se expresa con toda nuestra conducta, en ese caso sería redundante y si no se lo estamos transmitiendo, cualquier cosa que digamos con palabras sería falso”*

Estos mecanismos eran en parte ego distónicos y se lamentaba de funcionar como una máquina, a veces se refería a su tratamiento como un intento de “humanizarse”. Los conflictos con su novia o con su madre le hacían sentir muy culpable y confuso. *“Sé que con mi forma de comportarme les hago daño pero no lo puedo remediar, me piden algo pero no termino de entender qué esperan de mí”*. Justamente en muchas situaciones sociales se veía representando un papel y se preguntaba continuamente acerca de cómo sería él en su forma auténtica.

En la relación con su madre había poco lugar para las expresiones afectivas, era una mujer bastante fría y exigente que sobrevaloraba los aspectos intelectuales.

Se instaló con relativa facilidad en la situación terapéutica (psicoterapia de 1 sesión por semana) predominando la transferencia positiva. En el comienzo, no obstante, sus mayores resistencias se centraban en verme demasiado próximo a su madre (ambos éramos sudamericanos, probablemente yo también exilado) en ocasiones se refería con cierta ironía a los argentinos o a las teorías psicoanalíticas.

A medida que fue sintiendo más confianza conmigo aumentaron sus críticas o sus quejas con respecto a su madre, sobre todo se lamentaba de que “hiciera poco de mamá” refiriéndose a los cuidados, gestos afectuosos, etc. Por lo que recordaba nunca había sido una madre cariñosa. Toleraba mal ser crítico

con ella y solía añadir siempre alguna reflexión autoinculpatoria del estilo “tampoco yo debo ser muy buen hijo”.

Al cabo de unos meses comenzó a hablar del pasado. Uno de los primeros temas fue la separación de su madre de X. y la marcha de éste a Uruguay: *“Yo no lo quería mucho, pero al marcharse, sentí que me faltaba algo”*.

En esa época para sorpresa de todos incluido él mismo, decide hacer el “bar-mitzvá” (no tenían educación ni práctica religiosa) *“Buscaba algo y no sabía qué, todavía lo ignoro, solo sé que me hacía bien me daba tranquilidad. Me hacía sentir menos perdido en el mundo. Mientras me preparaba me parecía tener un objetivo importante, hacer una prueba, algo que para millones de personas desde miles de años representa un paso importante en sus vidas, por unos meses mi vida estaba ordenada y tenía un sentido trascendente.*

No me importaba el aspecto religioso pero me fascinaban las charlas con el rabino. No estoy seguro de que me interesara mucho lo que me decía pero si recuerdo la sensación de paz que me transmitía. Lo veía como alguien seguro, que cree profundamente en lo que dice” Estableció una relación muy especial con el rabino que a diferencia de X era una persona en quien se podía confiar.

A nivel transferencial también yo empezaba a infundirle mas confianza, tal vez no tanto por lo que le decía, sino por el tipo de vínculo que podía establecer.

El “bar-mitzvá” parecía haberle ofrecido un marco de pertenencia al menos transitorio en un momento de crisis en su medio familiar que a la vez remitía a una crisis mas profunda de su identidad y a los aspectos más difíciles de su historia.

Se lamentaba de haber perdido completamente el hebreo y de no tener casi ningún recuerdo de su vida en Israel (hasta los 4 años y medio). El estudio con el rabino le puso en contacto con ese idioma olvidado y de alguna manera con un trozo de su pasado.

Solía repetir que él no era de ninguna parte *“no soy uru-*

guayo porque no nací allí, no me siento israelí porque no conservé ni el idioma y la verdad es que tampoco me siento muy español ni catalán” Decía que a veces veía esto como una ventaja, algo que le hacía superior a los demás, como estar mas allá de las nacionalidades; otras en cambio se sentía como un extraterrestre.

El tema de su padre desaparecido estaba “desaparecido” de su terapia, fue un dato que no trajo espontáneamente en las primeras entrevistas y que yo introduje porque lo conocía previamente. Muy pocas veces hacía referencia a esto y en general eran comentarios superficiales. Contratransferencialmente sentía la necesidad de entrar en esta problemática pero los primeros intentos no resultaron muy fructíferos. Él sabía muy poco de su padre, había preguntado muy poco y no parecía desear preguntarse mucho más.

En una sesión en la que hablaba de un trabajo de investigación para la facultad comentó que tenía muchas ideas pero que cuando rastreaba la bibliografía y veía que en todos los temas había estudios anteriores se desanimaba, él sabía que no podía plantearse ser totalmente original y pionero y que tenía que partir de trabajos anteriores, pero no podía evitar un sentimiento de frustración al tener que remitirse siempre a lo que antes hicieron otros.

Este material permitió ver sus fantasías de no tener progenitores, de haber sido autoengendrado. Asociativamente fue trayendo nuevas fantasías sobre no tener orígenes, tanto en su versión maníaca: “no tener lastre de ningún tipo, ser mas libre”, como en otras en las que predominaban aspectos depresivos y sobre todo confusionales. Aparecieron recuerdos infantiles sobre su interés por la astronomía y la geografía, su curiosidad por el nacimiento de la tierra y los planetas, la separación de los continentes y un cuento que escribió de pequeño situado en la Atlántida, el continente perdido. A partir de todo este material se pudo aproximar al hecho de tener un padre perdido, desaparecido y desconocido.

También surgieron algunos elementos persecutorios, un sueño infantil en el cual el mundo, el globo terráqueo, era envuelto por una manta o almohadón que lo apretaba hasta destruirlo completamente, él se salvaba porque lo miraba desde fuera (extraterrestre) pero se sentía impotente para salvar la tierra. Era una pesadilla que le había quedado muy marcada y recuerda que luego en los juegos dramatizaba la escena onírica pero dándose la oportunidad (reparatoria) de ser un héroe y salvar la tierra.

Decía que nunca había querido hablar con su madre de estas cosas porque ella se ponía triste, (y él?). Tenía una sola foto de su padre pero no quería mirarla, no sabía muy bien dónde estaba guardada o perdida.

En esta época tuvo el primer sueño que recuerda en el que “aparece” su padre.

No lo ve pero escucha su voz como si fuera hablando por un altavoz y lo hace de una forma muy tranquila y pausada, no recuerda las palabras pero es sumamente comprensivo y tolerante con todos, especialmente con él.

En este contexto recibió una propuesta de sus abuelos maternos para viajar a Uruguay. Esto le generó grandes dudas y conflictos. Cuando finalmente decidió aceptar la invitación sintió una mezcla de miedo y emoción, consciente de que se trataba de un evento de enorme transcendencia. A partir de ese momento comenzó a interesarse por la historia reciente del Uruguay y por la realidad socio-política en la que tuvo lugar la represión y las desapariciones. Por primera vez se acercaba a libros y publicaciones sobre estos temas, que por otra parte siempre habían estado a su alcance en la biblioteca de su casa.

Para esa misma época había colocado la recuperada foto del padre en su mesa de noche. Buscar similitudes y diferencias, calcular edades o adivinar circunstancias, pronto la foto se convirtió en verdadero soporte visual para el despliegue de los procesos identificatorios.

Una de las cuestiones más movilizadoras en este período fue su intención de escribirle a “las hermanas” ambigua denominación con la cual se refería a las hijas que su padre había tenido en un matrimonio anterior y que años atrás se habían puesto en contacto epistolar con él sin obtener respuesta. Ahora quería anunciarles su viaje y su deseo de conocerlas personalmente, pero esta tarea resultaba sumamente penosa y difícil. Numerosas sesiones giraron en torno a la preparación de esta carta. El principal obstáculo parecía ser la culpa y la disculpa por no haberles contestado nunca. Esta culpabilidad manifiesta permitió acercarnos al complejo entramado de fantasías y sentimientos persecutorios que le dificultaban el contacto con los objetos perdidos y la elaboración de los duelos pendientes.

Por momentos temía el rechazo y la críticas de estas “hermanas” desconocidas, quienes sí habían conocido a su padre y podían acusarle de ser un intruso, un hijo de segundo nivel. Otras veces expresaba la sensación de poder encontrar en ellas una comprensión y una complicidad especial. Durante varias semanas la escritura de la carta fue su principal ocupación y preocupación y las sesiones se convirtieron en un marco idóneo para contener, organizar y analizar los intensos emergentes emocionales que le producía esta tarea.

La elaboración de la carta mostraba a pequeña escala todas las vicisitudes del trabajo de elaboración del duelo. Producía, se estancaba, borraba y recomenzaba, descorazonándose a veces pero también experimentando alivio y satisfacción cuando sentía que había logrado avanzar. En una sesión comentó: *“Me doy cuenta que todo lo que estoy escribiendo son sentimientos que ya tenía pero que nunca había pensado cómo poner en palabras.”*

Las dificultades para hablar de estas vivencias, para transformarlas en palabras habían dejado su aparato psíquico “huérfano” de recursos para pensar, simbolizar y en definitiva llenar de significación el vacío dejado por las pérdidas.

Comenzar a encontrar enunciados capaces de contener sus emociones y pensamientos le permitía a su vez capacitarse para buscar nuevos contenidos articulados a través del trabajo asociativo. De esta manera entiendo que se ponía en marcha un proceso generador de sentido que hacía posible acercarse a aquellos territorios de lo nunca dicho, lo impensable, de alguna manera lo que Bion denomina “terror sin nombre”.

Probablemente la madre de Manuel sumergida en sus propios duelos suspendidos, se vio limitada en su capacidad para recibir y mitigar los sentimientos dolorosos de su hijo (capacidad de “reverie”). La falta de significantes para el sufrimiento dejaba los contenidos psíquicos traumáticos aislados y desmembrados.

La zona de silencio de la madre habría impuesto un sesgo también a la memoria. Los mecanismos disociativos operando sobre evocaciones y recuerdos le dificultaron producir relatos y explicaciones que ayudaran a soldar las fracturas de la historia familiar. La discontinuidad atraviesa la vida de Manuel marcando su historia, su “geografía” y su genealogía. Antes de nacer ya tiene un padre desaparecido y él mismo ha emigrado, filiación y nacionalidad dos ejes de la identidad quedan comprometidos en su mismo origen. (Y reactivados por los duelos posteriores). La consolidación de la identidad depende en gran medida de las primeras relaciones objetales y para Manuel estas llevan el sello del “objeto ausente”. Los sentimientos de “individuación”, “mismidad” y “pertenencia” que se corresponden con las interrogaciones “quién soy yo?”, “sigo siendo el mismo? (a pesar de los cambios)” y “de dónde soy?”, se ven todos ellos afectados por las sucesivas pérdidas y le exigen un especial esfuerzo en la búsqueda de elementos de cohesión de su identidad.

Cuando al comienzo de su tratamiento hablaba de su deseo de “humanizarse” creo que no se refería solamente a su intento de contactar con sus afectos y poder expresarlos, sino también al hecho de sentirse humano en oposición a extrate-

restre, es decir alguien que sabe de su origen, de su lugar en el mundo y de su lugar en su propia historia.

Para terminar, a modo de epílogo, aunque tiene más de apertura que de final, quisiera referirme brevemente al viaje de Manuel a Uruguay (viaje a su pasado como él lo había bautizado). Sin duda para él significó vivir unas experiencias de altísimo impacto emocional, especialmente el encuentro con sus hermanas y el descubrimiento de una parte importante del mundo de su padre, el escenario podríamos decir, donde situar su vida y su muerte. Como síntesis de este evento prefiero reproducir la que el propio Manuel hace a su regreso en la primera sesión:

“Lo más importante fue que mis hermanas me contaron que mi padre les había hablado de mí. Recordaban que les había contado muy ilusionado que iban a tener un hermano. Me impresionó saber que yo había llegado a existir para mi padre, de alguna manera”.

El proceso terapéutico continuó con sus vicisitudes y dificultades, pero creo que éste fue un momento singular que constituyó un punto de inflexión, un salto cualitativo en el trabajo de elaboración. Haber existido en “la cabeza” de su padre, haber habitado sus pensamientos, le permitió comenzar a hacerle un lugar a su vez a su padre en su propia mente. Descubrirse en sus palabras le ayudó a restablecer una conexión desaparecida. Continente y continuidad marcarían la dirección de una búsqueda.

Pienso que el proceso elaborativo en este tipo de duelos requiere la construcción de unos continentes internos y externos que ayuden a limitar, organizar y cohesionar un universo psíquico marcado por las rupturas traumáticas, el desmembramiento y el vacío.

Dice Rene Kaes que: “El agujero de la desaparición provoca efectos patológicos no solo actuales sino también sobre varias generaciones, conmueve en cada uno las fundaciones del vínculo, del pensamiento y de la identidad”.

Si pensamos que a diferencia del vacío un agujero tiene límites, tiene contorno, podemos considerar que una de las funciones de la elaboración en estos casos es precisamente lograr transformar los vacíos en agujeros

Pero, ¿hasta qué punto es posible llegar a delimitar una “ausencia”, se pueden tender puentes en el abismo? Estas son sólo algunas de las muchas preguntas que quedan en el camino.

BIBLIOGRAFÍA

- PELENTO, M.L.; y BRAUN DE DUNAYEVICH, J. *Las vicisitudes de la pulsión de saber en ciertos duelos especiales*, Asociación Psicoanalítica Argentina, XV° Congreso Interno y XXV° Symposium *El malestar en Nuestra Cultura*. 1986
- GRINBERG, L.; y GINBERG, R. *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Alianza Editorial, 1984
- BION, W.R. *Catastrophic Change*, Scientific Bulletin of the British Psychoanalytical Society, 5. 1966
- KAËS, R. *“Rupturas catastróficas y trabajo de la memoria. Notas para una investigación”- Violencia de Estado y Psicoanálisis*. Puget, J. Y Kaës, R. Centro Editor de América Latina. 1991

LOS CUENTOS DE HADAS Y EL CONFLICTO ENVIDIOSO

Mercedes Valcarce Martínez*

“La paloma al gallo fiero; el gallo a la paloma lo ligero.
Quiere el sabueso patas más felices, y cuenta como nada sus narices.
El galgo lo contrario solicita; Y en fin, cosa inaudita, Los peces, de las ondas
Ya cansados, Quieren probar los bosques y los prados;
Y las bestias, dejando sus lugares, Surcar las olas de los anchos mares.
Después de oírlo todo, El Águila concluye de este modo:
¿Ves, maldita caterva impertinente, que entre tanto viviente De uno y otro elemento,
Pues nadie está contento, No se encuentra feliz ningún destino?
Pues ¿para qué envidiar el del vecino? Con sólo este discurso, Aún el bruto mayor
De aquel concurso Se dio por convencido. De modo que es sabido Que ya sólo
Se matan los humanos En envidiar la suerte a sus hermanos”.

Samaniego, F. M.^a. Fábulas: El Águila y la Asamblea de animales (1745-1801)

Los cuentos deleitan y enriquecen la vida interna del niño porque empiezan, precisamente, allí donde están sus problemas psíquicos y emocionales. Hablan de fuertes impulsos internos, de un modo que el niño puede comprender inconscientemente y sin quitar importancia a las graves luchas internas que comporta el crecimiento. Ofrecen ejemplos de soluciones, temporales y permanentes, a las dificultades apremiantes.

“Aplicando el modelo psicoanalítico del desarrollo de la personalidad humana, los cuentos aportan importantes mensajes al consciente, preconsciente e inconsciente, sea cual sea

* Doctora en psicología. Dirección e-mail: mvalcarcemart@terra.es

el nivel de funcionamiento de cada uno, en un momento dado. Al hacer referencia a los problemas humanos universales, especialmente a aquellos que preocupan a la mente del niño, (como es el sentimiento de envidia) estas historias hablan a su pequeño Yo en formación y estimulan su desarrollo, mientras que, al mismo tiempo, liberan al preconscious y al inconsciente de sus pulsiones. A medida que las historias se van descifrando, dan crédito consciente y cuerpo a las pulsiones del Ello y muestran los distintos modos de satisfacerlas, de acuerdo con las exigencias del Yo y del Superyo". (Bettelheim, B., 1995: 12). (El paréntesis es mío).

Para poder dominar los problemas psíquicos del crecimiento –superar las frustraciones narcisistas, los conflictos edípicos, las rivalidades fraternas y las envidias, entre otras difíciles tareas de la vida– el niño necesita comprender lo que está sucediendo en su inconsciente. La tesis que sostuvo el psicoanalista B. Bettelheim (1994), con una larga experiencia en el tratamiento de niños gravemente perturbados, es que los cuentos y, especialmente, los cuentos de hadas, **tienen la cualidad de recoger fantasías universales en el tiempo y en el espacio** y ofrecen a la imaginación del niño nuevas dimensiones a las que le sería imposible llegar por sí solo. El niño adquiere una comprensión y con ella una capacidad de luchar, no a través de la comprensión racional de la naturaleza y de los contenidos de su inconsciente, sino ordenando de nuevo y fantaseando sobre los elementos significativos de la historia, en respuesta a sus pulsiones inconscientes.

Además, he podido comprobar algunas de las hipótesis de B. Bettelheim, al encontrar distintas versiones, en diferentes culturas. Por ejemplo, las versiones chinas de “La Cenicienta” bajo el título de “Shun, El Emperador sabio” y “Yen-hsien” (Sander’s Too Tao Liu / Pau Johnny, 1984: 35-36); el relato oriental “Historia del pájaro que habla, el árbol que canta y el agua de oro” en la Noche LVI de la célebre obra: “Las Mil y Una Noches”, donde la sultana es víctima de la envidia de sus

hermanas. También el cuento escocés titulado “The Rashin Coatie” es similar a una cenicienta pero escocesa. Incluso podemos encontrar una versión muy parecida de la Fábula de Samaniego citada al comienzo del artículo, en un texto taoísta titulado “Grande y Pequeño”:

“Kui, el dragón de una sola pata, tiene envidia (el subrayado es mío) del ciempiés. El ciempiés tiene envidia de la serpiente. La serpiente tiene envidia del viento. El viento tiene envidia del ojo. El ojo tiene envidia de la mente”. (Merton, T., 1999: 74)

Los cuentos no se refieren al mundo externo, aunque empiecen de manera realista e inventen personajes cotidianos. La naturaleza irreal de estas historias es importante, ya que ésta pone de manifiesto que el cuento de hadas no está interesado en una información útil del mundo externo, sino en los procesos internos que tienen lugar en el individuo.

Es importante recordar cómo, tanto para el niño como para el adulto, el inconsciente es un poderoso determinante del comportamiento. Si se reprime y se niega la entrada de su contenido al nivel de la conciencia, la mente consciente de la persona queda parcialmente oprimida o se ve obligada a un control tan rígido y compulsivo sobre él, que su personalidad puede resultar seriamente dañada. Sin embargo, cuando se permite que el material inconsciente acceda, hasta cierto punto, a la conciencia y sea elaborado, su potencial nocivo –para los demás o para nosotros mismos– queda considerablemente reducido. Entonces, algunos de sus impulsos pueden utilizarse para propósitos más positivos. Esto sucedería así, también, en el caso de la envidia.

No obstante, la creencia común de los padres es que el niño o no tiene envidia o debe apartarse de ella, así como también, de sus ansiedades desconocidas y sin forma y de sus caóticas, airadas e –incluso– violentas fantasías. Esto sucede, por la opinión tan extendida, de negar la posibilidad de que los niños sepan que el origen de que muchas cosas vayan mal en

la vida se debe a nuestra propia naturaleza y, por tanto, que se hagan cargo de sus impulsos hostiles y envidiosos; es decir, de la tendencia de los hombres a actuar agresivamente. Se prefiere que los niños crean que todos somos “buenos por naturaleza” como defendía Rousseau. Pero los niños saben que “ellos” no siempre son buenos; y, a menudo, cuando lo son, preferirían no serlo. Eso contradice lo que sus padres afirman y, por esta razón, a veces, el niño se vivencia a sí mismo como un “monstruo” por lo cual siente mucha culpa.

Los profundos conflictos internos que se originan en nuestros impulsos primarios y en nuestras violentas emociones están ausentes, en gran parte, de la literatura infantil actual. Así, las historias “modernas” evitan, generalmente, los problemas existenciales, aunque sean cruciales para todos. No mencionan la muerte, ni el envejecimiento, ni el deseo de vida eterna, ni la envidia, conforme al “pacto de silencio” general, respecto a este sentimiento tan temido. Mientras que, los cuentos de hadas “clásicos” enfrentan debidamente al niño con los conflictos humanos básicos los cuales, aunque se trate de negar su existencia, el Psicoanálisis ha demostrado, ampliamente, que se encuentran ya en el psiquismo infantil.

Los cuentos de hadas alientan a los niños a extraer sentido a su existencia luchando valientemente contra lo que parecen abrumadoras fuerzas superiores; enseñan que la lucha contra las serias dificultades de la vida es inevitable; pero que si uno no huye, sino que se enfrenta a las privaciones inesperadas y a menudo injustas, llega a dominar los obstáculos alzándose, al fin, victorioso.

Antes de comenzar el análisis de aquellos cuentos en los que el conflicto existencial principal que plantean es la envidia, quiero referirme a dos cualidades específicas de los cuentos de hadas: por una parte, el carácter único de estos cuentos que les confiere la cualidad de ser auténticas obras de arte. Y ello por que, como en todas las artes, el significado más profundo de cada cuento, será distinto para cada persona e, incluso, para la misma persona en diferentes momentos de su

vida. El niño, obtendrá significados distintos según sus intereses y necesidades del momento, recurriendo a la misma historia cuando esté preparado para ampliar los viejos significados o para sustituirlos por otros nuevos. Por otra parte, su cualidad fascinante, es, precisamente, porque no se sabe de qué manera actúa el encanto de sus historias sobre el psiquismo del niño. Esto es así, porque las experiencias y reacciones más importantes de un niño pequeño, ante la lectura de un cuento, son generalmente inconscientes y, así deberán permanecer hasta que éste alcance la edad madura y una mayor comprensión. Luego su capacidad de ayudar al crecimiento y a la elaboración de los conflictos, se realiza en el más absoluto secreto, que no debe ser violentado por los padres o educadores pues el niño lo interpretaría como un dominio ilimitado por parte de éstos y, por lo tanto, abrumador y destructivo.

Ahora, me voy a referir a algunos cuentos, los más conocidos, con el propósito de estudiar aquellos en los cuales, su principal significado, manifiesto y oculto, tiene que ver con los celos, la rivalidad fraterna y en general con la envidia. Analizaré, exclusivamente, aquellos aspectos del argumento que tengan que ver -directamente- con el tema de la envidia, aunque sin olvidar que contienen muchos otros elementos relativos a los problemas del desarrollo del psiquismo infantil.

CUENTOS TRADICIONALES CUYO ARGUMENTO PRINCIPAL ES LA ENVIDIA.

a) “Los Hermanos”

El cuento de “Los hermanos”, escrito por los Hermanos Grimm, comienza así:

“Éranse una vez dos hermanos, uno rico y otro pobre. El rico era orfebre, y su corazón rebosaba maldad; el pobre se las arreglaba haciendo escobas y era bueno y honrado. Este último tenía dos hijos gemelos que se parecían como dos gotas de agua”.

El hermano bueno encuentra un día un pájaro de oro y, sus hijos, al comer el hígado del animal, adquieren el poder de encontrar cada mañana un trozo de oro bajo sus almohadas. El hermano malvado, devorado por la envidia, convence al padre de los gemelos de que es cosa del diablo y de que, para salvarse, tiene que separarse de los chicos. Embaucado por su hermano, el padre expulsa a sus hijos, que son hallados por un cazador, que los recoge y los adopta. Al cabo de unos años, los niños se retiran un día al bosque y deciden que deben lanzarse al mundo. El padre adoptivo está de acuerdo en que lo deben hacer y, cuando parten, les regala un cuchillo que es el objeto mágico de la historia.

Los gemelos se separan, después de clavar el cuchillo en un árbol y siguen caminos diferentes. Al final de muchas aventuras, una bruja convierte a uno de ellos en una estatua de piedra; pero el otro, al ver que el cuchillo se había oxidado, corre a liberar a su hermano y lo consigue. Después, los dos hermanos se reúnen de nuevo y viven felices para siempre.

Al yuxtaponer lo que sucede entre el hermano bueno y el malo, que era el envidioso, así como también, entre los hijos gemelos del primero, el cuento nos indicaría que, si los aspectos contradictorios de la personalidad permanecen separados, disociados, estamos abocados a la desgracia: incluso el hermano bueno fracasa en la vida. Pierde a sus hijos porque no consigue comprender las tendencias malas que hay en nuestra naturaleza –representadas por la envidia de su hermano– y, por lo tanto, es incapaz de evitar las consecuencias destructivas. En cambio, los gemelos, después de vivir separados, acuden en ayuda uno del otro, lo que simboliza la integración interna y el aspecto positivo de la agresividad, pudiendo disfrutar, a partir de entonces, de una vida feliz.

b) “Jack y las habichuelas mágicas”

En la angustia del conflicto edípico, un muchacho odia a su padre por interponerse en el camino entre él y su madre, evitando que ésta le dedique toda su atención. El chico quiere

que su madre le admire como si fuera el más grande de los héroes, lo que significa que debe eliminar al padre de alguna manera. Sin embargo, como ya vimos, este sentimiento genera ansiedad en el niño, porque ¿qué pasaría si su padre descubriera que él ha querido eliminarle? ¿Sería capaz de llevar a cabo una terrible venganza? Podemos decir al niño que algún día será como su padre pero no será suficiente. En cambio, el cuento le dice cómo puede sobrevivir con sus conflictos: le sugiere fantasías que él sólo nunca habría podido inventar.

El chico que pasa por el período edípico y que se siente amenazado por su padre porque desea sustituirlo en la atención de la madre, asigna al padre, el papel de monstruo u ogro amenazador. Esto parece demostrarle que su padre es un rival verdaderamente peligroso, porque si no fuera así ¿por qué sería tan temible esa figura paterna?

En síntesis, este cuento nos relata que la vaca “Leche Blanca” que, hasta entonces, había alimentado a Jack y a su madre, deja, de repente, de dar leche. Así comienza la expulsión de un paraíso infantil; el niño, en lugar de vender la vaca en el mercado, como le había pedido su madre –lo que expresaría un nuevo deseo de autonomía para evitar la fusión del estado anterior– se la cambia a un anciano por unas semillas mágicas, de las cuales, su madre se burla. La planta de habichuelas, de aspecto fálico, permite a Jack enzarzarse en el conflicto edípico con el ogro, a cuyos ataques sobrevive y al que, finalmente, vence sólo gracias a que la madre edípica se pone de su parte y en contra de su propio marido. Jack abandona su confianza en el poder mágico de la auto-afirmación fálica cuando corta la planta de habichuelas, lo que le abre el camino para la masculinidad madura.

La situación edípica, que es lo que nos interesa, comienza con una profunda decepción provocada por la madre y que implica una gran rivalidad y celos respecto al padre. El muchacho no confía aún –suficientemente– en el padre, como para poder relacionarse abiertamente con él. Para vencer las difi-

cultades de este periodo, el niño necesita la ayuda de una madre comprensiva: Jack llega a poseer los poderes del padre-ogro sólo porque la mujer de éste le protege y le oculta.

Mientras Jack conquista una existencia más humana, al luchar y conseguir tres objetos del ogro, de los cuales, el último es un arpa que representa los valores superiores de la vida, se ve obligado a reconocer que las soluciones mágicas no son las mejores. En el instante en que el ogro baja tras él por la planta, Jack llama a su madre para que corte el tallo pero ésta queda paralizada por el terror. Eso, entre otras cosas, significaría que, aunque la madre pueda proteger a su hijo de los peligros implicados en su lucha por convertirse en hombre, no puede hacerlo todo por él; sólo el niño es capaz de conseguirlo por sí mismo. Jack arrebató el hacha al ogro y corta la planta, con lo que el ogro cae al suelo y queda muerto en el acto. Con esta acción, Jack se libera del padre experimentado como un ogro celoso que quiere devorarlo.

c) “Blancanieves”

Este cuento de hadas es, sin duda, el más conocido existiendo numerosas versiones sobre él. En la mayoría de ellas, el conde y la condesa o el rey y la reina no son más que los padres hábilmente disfrazados; y la niña, tan admirada por la figura paterna y hallada por casualidad, es una hija sustituta. Los sentimientos edípicos entre una niña y su padre y los celos que éstos provocan en la madre, que llega incluso a desear la desaparición de su hija, quedan más patentes en algunas versiones que en otras. Por ejemplo, en un Romance recogido por la tradición, la envidia de la Reina por la hija que consigue enamorar al conde Olinos, arrastra a la madre a ordenar la muerte inmediata del conde en lugar de desear la muerte de la hija: “Si es la voz del Conde Olinos yo le mandaré matar que para casar contigo le falta sangre real” (Díaz, J., 1999: 27) En la actualidad, la forma más comúnmente aceptada del cuento de “Blancanieves” relega los conflictos edípicos a la imaginación, en lugar de hacerlos surgir en nuestra mente consciente.

Por ejemplo, en “La joven esclava” de Basile, se pone en evidencia que la persecución de la heroína se debe a los celos de una madre (madrastra); y su causa no es, solamente, la belleza de la joven muchacha, sino el real o supuesto amor que el esposo de la madre (madrastra) profesa a la niña.

Por el contrario, en la versión más conocida actualmente, el personaje femenino que siente celos no es la madre, sino la madrastra; y no se menciona más que de forma desplazada, en la figura del príncipe, a la persona por cuyo amor ambas son rivales. De este modo, los problemas de la rivalidad edípica quedan limitados al poder de nuestra imaginación.

El cuento de hadas no percibe el mundo de modo objetivo, sino desde el punto de vista del héroe, que es, siempre, una persona en pleno desarrollo. El niño, al identificarse con Blancanieves, ve las cosas desde su punto de vista, no como las ve la reina. La niña pequeña cree que el amor por su padre es lo más natural del mundo y espera su reciprocidad, sin imaginar que eso suponga un problema, a menos que el padre no la quiera como ella espera, es decir, por encima de todo. Además, aunque la niña desea del padre más cariño para ella que para la madre, no concibe que, por eso, sienta la madre celos, aunque a nivel pre-consciente, sabe perfectamente lo celosa que ella se pone cuando sus padres se prodigan atenciones que desearía que fueran para ella.

A todo lo anterior se une el sentimiento, demasiado amenazador para el niño, de imaginar que el amor de uno de sus progenitores pueda originar los celos del otro, pues lo que realmente desea es ser amado por los dos. Ante la pregunta de si existen las brujas, el niño se tranquiliza contestándose a sí mismo que, por lo menos, su madre no lo es; que es “por ahí fuera” donde existen las madrastas, las hadas malas y las reinas malas que piden el corazón de la Blancanieves. Su madre, por definición, es buenísima y le quiere mucho. Normalmente, esta amenaza de provocar los celos del otro progenitor no se da, a menos que las relaciones conyugales sean nefastas o que los progenitores sean muy narcisistas.

En una relación “feliz” los celos de un niño, favorecidos por uno de los padres, estarán mitigados y controlados por el otro. Es aquí donde radica el mayor problema, que lo refleja –claramente- el cuento de la “Blancanieves”. Si este personaje fuera real, la Blancanieves no podría evitar sentirse profundamente celosa de su madre y de todos los privilegios que ésta posee, pues una madre (madrastra) narcisista no es un personaje apropiado para relacionarse e identificarse con él.

B. Bettelheim lo expresa así: “Si los cariñosos y tiernos cuidados de un progenitor del mismo sexo no son lo suficientemente fuertes como para crear vínculos cada vez más positivos e importantes en el niño, celoso por naturaleza mientras atraviesa la fase edípica –con lo que le ayudaría a iniciar el proceso de identificación, luchando contra esos celos–, dichos celos pueden llegar a dominar la vida emocional del niño”. (El subrayado es mío). (Bettelheim, B., 1995: 211).

Además sucede que si un niño no puede permitirse experimentar celos de un progenitor, porque queda amenazada su seguridad, proyectará sus propios sentimientos en ese mismo progenitor. Entonces el sentimiento de “estoy celoso de mi madre”, se transforma en “mi madre siente celos de mí”. El sentimiento de inferioridad se transforma, por reacción defensiva, en un sentimiento de superioridad.

El adolescente vivencia: “yo no compito con mis padres porque soy mucho mejor que ellos, son ellos quienes rivalizan conmigo”. Pero, desgraciadamente, existen padres que se empeñan en demostrar a los hijos que ellos son superiores en todo. La historia de “Blancanieves” demuestra que es un problema que ya existía hace mucho tiempo. Pero la competencia entre un progenitor y su hijo hace que la vida de ambos sea insoportable. Por ello, el niño desea deshacerse de un padre que le fuerza –constantemente– a competir o a resignarse. Este sentimiento provoca mucha culpabilidad y, por eso, el niño invierte los términos y proyecta ese mismo deseo en el progenitor, para eliminar los sentimientos de culpa. Por esta

razón, en “Blancanieves” y en otros muchos cuentos, aparecen padres que desean eliminar a sus hijos.

En “Blancanieves”, el conflicto edípico de la niña en el período de la pubertad, no aparece reprimido, sino dramatizado en torno a la madre como figura rival. El padre, representado en la figura del sirviente-cazador de la reina, no mantiene una posición firme y definida, porque no cumple su obligación moral de procurar a Blancanieves la seguridad y el consuelo necesarios. No la mata directamente pero la abandona en medio del bosque, dejándola a merced de los animales salvajes que acabarán con la pequeña. El cazador intenta aplacar, tanto a la madre, fingiendo cumplir sus órdenes, como a la hija, perdonándole la vida. La ambivalencia del padre provoca en la madre celos y odio constantes que, en Blancanieves, se proyectan en la malvada reina, quien, por esta razón, vuelve a intervenir en la vida de la niña, encontrando su escondite en la casa de los enanos.

En este cuento y en otros muchos, aparece la figura del padre como inútil y la de la madre como despreciable y perversa. Ello hace referencia a lo que los niños esperan de sus padres. Tan sólo el cuidado amoroso, combinado con una conducta responsable por parte de ambos progenitores, facilitaría la integración de la rivalidad edípica en el niño.

La reina, celosa de la belleza de la Blancanieves, pide al cazador que una vez que le dé muerte, le arranque el corazón como prueba. Después se lo comerá y adquirirá así, según una antigua creencia, los atractivos de la protagonista, simbolizados por sus órganos internos.

El espejo mágico simbolizaría lo que una niña va diciendo sobre su madre a lo largo de su maduración personal. Al principio, el espejo declara que la reina es la más hermosa, como una niña diría de su madre. Sin embargo, a medida que va creciendo, piensa que ella es mucho más bella que su madre, como más adelante declara el espejo.

La huida de Blancanieves, expresaría el deseo de un hogar ideal con unos padres más bondadosos, donde la turbulencia de sus conflictos edípicos y de su envidia desaparecieran. Sin embargo, el cuento demuestra que este nuevo hogar no es "ideal": los enanitos no pueden protegerla lo suficiente y su madre continúa ejerciendo sobre ella un poder al que Blancanieves no puede escapar, puesto que permite, hasta tres veces, que la reina entre en la casa, a pesar de las advertencias de los enanitos sobre los trucos de la reina y de que no deje entrar a nadie. Este episodio demuestra que sólo se pueden resolver los conflictos internos - que los niños suelen proyectar en los padres - enfrentándose a ellos y no negándolos o reprimiéndolos.

Las relaciones entre Blancanieves y la reina simbolizan los graves problemas que pueden darse entre una madre y una hija. Pero, al mismo tiempo, son también proyecciones, en dos personajes distintos, de las tendencias contradictorias de una misma persona. La facilidad con que Blancanieves se deja tentar por la madrastra, haciendo caso omiso de las advertencias de los enanitos, muestra lo próximas que están las tentaciones de la madrastra a los deseos internos de Blancanieves. En ese preciso momento, la madrastra representa los elementos -conscientemente negados en el conflicto interno de Blancanieves- que son sus deseos sexuales, propios de la adolescencia.

Madre e hija comparten la manzana y, lo que dicha fruta simboliza, es algo que ambas tienen en común y que se encuentra a nivel más profundo, incluso, que los celos que sienten la una de la otra: sus maduros deseos sexuales.

El final del cuento relata cómo la vanidosa, celosa y destructiva reina es castigada, obligándosele a calzar unos zapatos de hierro calentados al rojo vivo, con los que tiene que bailar incesantemente hasta morir. Es decir, los celos que intentan destruir a los demás, acaban por arruinar a quien los sufre y que las pasiones incontroladas hay que elaborarlas o se con-

vertirán en la propia perdición. Sólo la muerte de la celosa reina posibilita la existencia de un mundo feliz, es decir, la eliminación de los conflictos envidiosos, donde la muerte representaría por una parte la represión de la envidia de la reina y, por otra, la satisfacción directa de la envidia de Blancanieves hacia su madrastra. Además nos indica que aquellos que quedan fijados en el estadio de desarrollo pre-edípico, como los enanitos, no conocerán nunca el amor y que aquellos padres que se dejen dominar por los celos edípicos, llegarán casi a destruir a sus hijos y, sin duda, se destruirán a sí mismos. Finalmente, también se habla de la sublimación de la envidia cuando Blancanieves emprende una nueva vida con el príncipe que la rescata del profundo sueño-muerte en que la sumió la envidia.

d) “Ricitos de Oro y los tres Ositos”

La fuente original de este relato es un cuento escocés de una zorra que se introduce sin permiso en casa de tres osos y éstos terminan por devorar a la intrusa. A pesar de las vicisitudes históricas que transformaron a la intrusa, de una zorra en una hermosa niña, lo que se mantuvo estable es que esta última, sigue siendo una extraña que nunca pertenecerá a la familia.

Se trata de una historia muy ambigua, por lo que yo me referiré –exclusivamente– al contenido simbólico respecto de la rivalidad fraterna. El episodio central, en este tema, es cuando Ricitos trata de sentarse en la sillita del Bebé Osito y ésta se viene abajo, lo cual simbolizaría cómo la llegada de un “hermanito” supone un “venirse abajo” en el equilibrio emocional del niño. Este cuento representa la sensación molesta que nos procura el odio de tener que aceptar a otro hermano, algo parecido a lo que un niño exclamó en la realidad cuando se enfrentó a la llegada del “intruso”: ¿“Quieres decir que se va a quedar? ¿Cuándo devolvéis a este chico nuevo al hospital? Ponedlo en una cesta y cerrad la tapa”. (Viorst, J., 1990: 89)

Si la historia se narra desde el punto de vista del Bebé

Osito, Ricitos de Oro aparece como una intrusa que viene no se sabe de dónde, como ocurre con los “hermanitos” recién nacidos e intenta usurpar un puesto en la familia que, para Osito, ya estaba completa sin ella. Esta odiosa “intrusa”, roba su comida, le rompe la sillita e, incluso, intenta echarlo de su cama; y, por extensión, trata de ocupar su lugar en el corazón de sus padres. Por estos motivos, es comprensible que Bebe Osito quiera deshacerse de la recién llegada y no volver a saber nada de ella. Encarna esta historia, los temores, reales o imaginarios, que experimenta el niño respecto a la llegada de un hermano.

Si consideramos el cuento desde el punto de vista de Ricitos de Oro, entonces Bebé Osito representará al hermano y podemos empatizar con la niña por destruir el juguete de éste (la sillita) y ocupar su cama, a fin de que el pequeño no disponga ya de ningún lugar en la familia. Esto simbolizaría las consecuencias de ceder a la rivalidad fraterna hasta el extremo de actuar –deestructivamente– contra los objetos del hermano. Si uno lo hace, se puede encontrar abandonado, “sin tener a donde ir”, como le sucedió a Ricitos de Oro.

e) “La Bella Durmiente”

“La Bella Durmiente” se conoce, hoy en día, bajo dos versiones distintas: la de Perrault y la de los Hermanos Grimm. El antecedente más antiguo de este cuento, se encuentra en el “Pentamerone” de Basile, cuyo título es “Sol, Luna y Talía”. Comenzaré por esta versión ya que el tema de los celos está presente de una manera más clara que en la versión actual.

La historia relata que, al nacer su hija Talía, un rey unió a todos los sabios y adivinos del reino para que profetizaran el porvenir de ésta. Todos estuvieron de acuerdo en que la niña correría un grave peligro por culpa de una brizna de lino. Para evitar este desgraciado accidente, el rey ordenó que, a partir de entonces, no entrara en el castillo, ni el lino ni el cáñamo. Pero un día, cuando Talía era ya una muchacha, vio a una anciana que estaba hilando junto a su ventana. La niña, que no

había visto en su vida nada semejante, se quedó maravillada por el modo en que bailaba el huso. Llena de curiosidad, tomó la rueca en sus manos y comenzó a sacar el hilo. Pero entonces, una diminuta astilla de cáñamo se le clavó en una uña e, inmediatamente, cayó muerta al suelo. Después de lo sucedido, el rey sentó a su hija sin vida en una silla de terciopelo, cerró la puerta del palacio y se fue para siempre intentando borrar, así, el recuerdo de su infortunio.

Algún tiempo después, pasó por allí un rey que iba de cacería. Su halcón voló hacia el castillo, penetró por una ventana y no volvió a salir. Este rey, persiguiendo al halcón, se acercó y recorrió el palacio desierto. Allí, encontró a Talía como sumida en un profundo sopor, sin que nada pudiera despertarla. Su belleza le cautivó, de tal manera, que no pudo evitar acostarse con ella; tiempo después, se fue y olvidó su aventura. Nueve meses más tarde, Talía, todavía aletargada en un sueño, dio a luz dos niños, que se alimentaron de su pecho. Un día, cuando uno de los bebés intentaba mamar, al no poder encontrar el pecho, se puso en la boca el dedo en el que Talía se había herido. Chupó con tanta fuerza que, extrajo la astilla que estaba clavada en él y Talía despertó de su profundo sueño.

Un tiempo después, el rey volvió a acordarse de la aventura y se encaminó al castillo para ver a Talía. Al encontrar a la muchacha despierta y con dos niños, se sintió tan feliz que ya no pudo olvidarlos nunca más. Pero su propia mujer, descubrió el secreto y, a escondidas, envió a buscar a los dos niños en nombre del rey. Ordenó que los guisaran y que se los sirvieran a su marido. El cocinero se compadeció y escondió a los niños en su propia casa preparando, en su lugar, unos cabritillos que la reina ofreció a su marido. Más tarde, mandó a buscar a Talía y planeó arrojarla al fuego, porque ella era la culpable de la infidelidad de su esposo. En el último momento, apareció el rey, quien empujó a su mujer a las llamas, se casó con Talía y se reunió, de nuevo, con sus dos hijos quienes, gracias al cocinero, se habían salvado.

Perrault, al añadir en su cuento la historia del hada despreciable que pronuncia la maldición, explica por qué la heroína cae en ese profundo sopor y, enriquece considerablemente la historia, ya que en “Sol, Luna y Talía” no se menciona el motivo por el que la muchacha tiene que sufrir semejante destino. También los Hermanos Grimm, mantienen esta explicación del hada perversa que, enfurecida de rabia y de celos, profetiza el terrible destino de Bella Durmiente. Además, en la versión de Perrault, los dos reyes se transforman en rey y príncipe, siendo éste último, soltero y sin hijos. En un determinado momento, el rey manda quemar todos los husos del reino: el padre ama tanto a la hija que no permite que le pase nada malo en el cuerpo, el padre envidia de alguna manera a otros hombres. Quiere guardar para sí a la hija que crece, casta y de su propiedad. El sueño dura cien años, como queriendo indicar que rey y príncipe no tienen nada que ver. También el exilio de las niñas simbolizaría separarlas del padre y es una organización a favor de la envidia de la madre: la rival es alejada. Basile presenta la historia de tal manera, que podría tratarse de un único rey –rey padre y rey amante– tal y como lo viviría una niña en distintos períodos de su vida. Encontraríamos así, a la “inocente” niña de la fase edípica que no se siente, en absoluto, responsable de los sentimientos que despierta –o quiere despertar– en su padre.

Sin embargo, Perrault no logra desembarazarse, por completo, de las connotaciones edípicas: en su historia, la reina, no se siente desesperadamente celosa de la traición de su marido, sino que aparece como la madre edípica que tiene celos de la muchacha que su hijo, el príncipe, ha elegido por esposa e intenta destruirla. En cambio, en la versión de Basile, los celos de la reina son hacia el marido porque el pensamiento y el amor de éste están continuamente al lado de Talía y de los niños. Eso provoca que intente empujar a Talía a las llamas, ya que el “ardiente” amor del rey por la muchacha desata la “ardiente” envidia que la reina siente por ella.

En la historia de Basile, la reina desea alimentar a su marido, cocinando a los hijos de éste, lo que constituye el peor castigo que le puede infligir, por haber preferido a la Bella Durmiente. Sin embargo, en el cuento de Perrault, se los quiere comer la propia reina. Ambas versiones significarían la expresión proyectiva de las fantasías inconscientes envidiosas de ataques a los bebés y demás contenidos del vientre de la madre y a las relaciones sexuales entre los padres.

Me gustaría aludir ahora a lo que me parece ser uno de los aspectos centrales de la historia de la “Bella Durmiente” que conecta, directamente, con la envidia al pene que Freud describió en 1908 y el complejo de castración, íntimamente relacionados. El pasaje del pinchazo y la sangre podríamos pensar que hace referencia tanto a la menstruación como a la desfloración, cuestiones que, en el inconsciente, se interrelacionan. La viejecita perversa de la rueca es en este momento de la historia acusada –como se acusa a la madre– para castigarla porque la castró con el pinchazo decisivo. Podríamos ver aquí simbolizado el resentimiento hacia la madre que no ha dotado a la niña de un pene al cual se envidia e, incluso, el menosprecio hacia ésta que aparece como castrada. Si lo vemos desde el ángulo de la desfloración como expresión de la castración, hay también un castigo sádico de la madre llevada por la envidia hacia la hija: yo te hago esto para que me temas y para que renuncies al hombre. ¿Tú quieres ser una mujer adulta para competir conmigo? Mira entonces lo que sufre una mujer adulta, ahora sangrarás cuando el pene te penetre. Se observa de este modo cómo la proyección de la propia envidia convierte a la madre en un monstruo perverso. Todo esto forma parte de fantasías universales y lo probaría el hecho de que existen estudios etnológicos donde se subraya la existencia de rituales, en ciertas tribus del África portuguesa, donde se pega a las mujeres que aspiran a la madurez mientras la madre dice: “Peguen a mi niña por que ella no escucha lo que yo le digo, a fin de que recuerde que lo que yo hice es malo”.

Otro aspecto que podría indicar el funcionamiento de la niña “Bella durmiente” como expresión de su envidia al pene, es el párrafo donde después de quedar dormida, crece alrededor del palacio todo un cerco de espinas que supondría el aislamiento de los hombres y su castigo al dejarlos perecer en la maraña de su cerco de espinas. Esto recuerda la descripción del envidioso de Nietzsche: “como yo no puedo obtener una cosa, el mundo entero no debe de tener nada, ¡el mundo entero debe perecer!” (Nietzsche, 1932: 195) Así la protagonista expresa su división interna: permanecer dormida, ignorante de las tormentas de la envidia o despertar y vivir su sádica venganza por la envidia sentida. Finalmente, su rechazo sexual llega a su terminación, cuando supera sus vivencias de castración y deja por fin acercarse, sin angustia, al hombre transformándose el cerco de espinas en flores que se separan por sí mismas y vuelven a cerrarse tras él. El que la leyenda ponga un periodo de cien años, es porque se cuenta a la manera de los niños, para los cuales cien es mucho. Transcurridos estos, la Bella durmiente puede amar a un hombre, cuando la madre se lo permite, cuando ya no necesita temer a la madre como rival.

f) “La Cenicienta”.

“En la lengua alemana existen numerosos ejemplos que nos demuestran que el hecho de verse obligado a vivir entre las cenizas, no sólo era símbolo de degradación sino también de rivalidad fraterna. (...) Martin Lutero, en sus Sermones, cita a Caín como el poderoso malvado, alejado de Dios, mientras el piadoso Abel se ve forzado a ser el hermano “ceniciento” (Aschenbrödel). (...) Nos recuerda que Esaú fue obligado a ocupar el puesto del hermano “ceniciento” de Jacob. Caín y Abel, Jacob y Esaú, son ejemplos bíblicos de la destrucción de un hermano a manos de otro”. (Bettelheim, B., 1995: 246).

Los cuentos de hadas poseen la característica de sustituir las relaciones fraternas por las relaciones entre hermanastros, mecanismo mediante el cual, se pretende encontrar una expli-

cación a las rencillas entre hermanos que se desearía que no existieran. La rivalidad fraterna es universal y es la consecuencia natural de ser hermanos pero no es el único sentimiento. También existen sentimientos positivos entre los hermanos, que estimulan y ayudan al desarrollo de cada uno de ellos.

“La Cenicienta” expresa, de modo singular, las experiencias internas del niño pequeño que sufre la angustia de la rivalidad fraterna cuando se siente, desesperadamente, excluido por sus hermanos y hermanas.

Cenicienta, es –supuestamente- menospreciada y degradada por sus hermanastras; su madre (madrastra) la obliga a sacrificar sus propios intereses en beneficio de los de aquellas; tiene que realizar los trabajos más duros de toda la casa sin recibir gratificación alguna. Cada vez se le exige, más y más. Esta es la exacta descripción de cómo se siente un niño cuando le acosan los efectos de la rivalidad fraterna.

La rivalidad fraterna hace referencia, sólo de forma accidental, a los hermanos y hermanas verdaderas de un niño, ya que el origen del sentimiento del pequeño es respecto a sus padres. El que un hermano o hermana mayor sea más competente provoca, en el niño, un sentimiento de celos que desaparecerá después de algún tiempo. Pero, el hecho de que otro niño reciba especial atención por parte de los padres, sólo se convierte en un insulto, si el pequeño teme sentirse despreciado o rechazado por aquellos. Debido a esta ansiedad, uno o todos los hermanos de un niño, pueden llegar a convertirse en el aguijón que se clava en sus entrañas. Lo que provoca la rivalidad fraterna es el temor de que, al ser comparado con sus hermanos, el niño no logre ganar el amor y la estima de sus padres. Un niño no posee plena confianza en sí mismo ni capacidad para mirar con optimismo el futuro. Por eso, sólo encontrará alivio a través de las fantasías de grandeza –llegar a dominar a sus hermanos- que confía que puedan convertirse en realidad, si se da alguna maravillosa coincidencia, como sucede en el relato de “La Cenicienta”.

“Cenicienta” trata de los sufrimientos que la rivalidad fraterna origina, de la realización de deseos, del triunfo del humilde, del reconocimiento del mérito, aún cuando se halle oculto bajo unos harapos, de la virtud recompensada con el éxito y del castigo del culpable; es, pues, una historia íntegra. Pero bajo su contenido manifiesto, se esconde todo un extenso material inconsciente, al que aluden los detalles de la historia para poner en marcha nuestras asociaciones inconscientes.

Una primera cuestión la constituye el hecho de que muchos niños consideren el destino de Cenicienta como el destino que merece. Esto es así, por que todo niño, en algún momento de su vida, cree que, debido a sus secretas acciones clandestinas, merece ser degradado, apartado de otros y relegado a una existencia inferior, rodeado de cenizas y suciedades. Tiene miedo de que sus angustias se cumplan; odia y teme a todos aquellos que –como sus hermanos– “se ven libres de esta maldad”; tiene miedo de que ellos o sus padres descubran lo que él es –en realidad– y le traten como a Cenicienta.

Por otra parte, el comportamiento de las hermanastras para con Cenicienta, justifica los sentimientos –por muy bajos que sean– que el niño experimenta hacia sus hermanos: “éstos son tan ruines que merecen que deseemos que les ocurra cualquier cosa”.

La rivalidad fraterna, que es uno de los elementos constantes en todas las versiones de Cenicienta actuales, apenas sí tiene importancia en las antiguas historias, por lo que sólo me centraré en la de los Hermanos Grimm, haciendo una comparación con la versión china de “Shun, el emperador sabio”. En este último cuento, la originalidad descansa en que el protagonista es un hombre y no una cándida niña como la Cenicienta. El relato de la muerte de la madre es idéntico y de las nuevas nupcias del padre con una mujer “mezquina y avara”; tan sólo cambia el que las hermanastras son ahora hijo e hija

de su verdadero padre y la madrastra. Narra el cuento que ésta le odiaba y el hermano, desfigurado por una gigantesca nariz, también.

En la versión de la Cenicienta, los deseos edípicos en cuanto al padre aparecen reprimidos, si exceptuamos el hecho de que la niña espera algún regalo mágico de éste. El presente permitirá a Cenicienta sustituir al padre por el príncipe.

El deseo de Cenicienta de eliminar a la madre está totalmente reprimido en las versiones modernas y sustituido, por desplazamiento y proyección: no es la madre la que desempeña el papel importante en la historia, sino la madrastra; la madre ha sido sustituida porque la niña no quiere rebajar a la verdadera madre para ocupar su lugar en la vida del padre, sino que proyectando ese deseo, es la “madrastra” la que anhela la desaparición de la niña. En el cuento de “Shun” sucede igual ya que, si bien se protege a la madre, disociada en “buena y mala” manteniendo a la primera fuera del escenario, ya que está muerta, además se produce un verdadero despliegue de la rivalidad edípica frente al padre puesto que se le describe como alguien que “no sólo tenía ciegos los ojos, sino también el corazón y la cabeza”. Además como el personaje central es hombre, éste proyecta su deseo de eliminar al padre siendo éste, junto con el hermano envidioso, quienes buscan cómo acabar con él. Otra señal de que hay un desplazamiento de los verdaderos sentimientos: en la Cenicienta son las hermanas quienes tratan de arrebatarle el lugar que, por derecho, corresponde a la heroína y, en la versión china, el hermano, de quien se dice que “la envidia se apoderó de su corazón”.

En las versiones actuales de la Cenicienta, el conflicto edípico ha sido suplantado por la rivalidad fraterna, que ocupa un lugar central en el argumento. Esto, también sucede en la realidad, en muchas ocasiones: las relaciones edípicas, positivas y negativas y la culpabilidad que de ellas se desprende, permanecen, a menudo, ocultas tras la rivalidad fraterna. Dicha culpabilidad se manifiesta en forma de ansiedad y la podemos

ver muy claramente también en el cuento de “Shun” puesto que se trata de salvar un buena imago paterna en la figura del emperador Yao quien, impresionado por la bondad de Shun, le nombra heredero y le da a sus dos hijas en matrimonio.

El argumento de las versiones modernas se basa en la rivalidad fraterna; el hecho de que la madrastra degrade a Cenicienta no tiene otra causa que el deseo de favorecer a sus propias hijas, mientras que la hostilidad de las hermanastras se debe a los celos que sienten por la muchacha. En cambio, la versión oriental ha sabido conjugar, en cierta medida, estos dos argumentos latentes: la rivalidad edípica y la rivalidad fraterna.

“Cenicienta” no deja de despertar en nosotros aquellas emociones e ideas inconscientes que, en nuestra experiencia interna, están relacionadas con nuestros sentimientos de rivalidad fraterna. Debido a lo que la niña siente, sus deseos reprimidos de desembarazarse de la madre para poseer al padre de modo exclusivo y el sentirse culpable por esos “sucios” deseos, puede hacernos comprender por qué una madrastra es capaz de querer perderla de vista y de obligarla a vivir entre las cenizas, prefiriendo a las otras hermanas. Lo mismo podríamos ver en la actitud del padre de Shun quien convirtió la vida de éste en insoportable y, junto con el hermano Shiang, tramará la muerte del protagonista, por lo cual Shun decide abandonar el hogar.

La degradación de Cenicienta y de Shun, debida a la rivalidad fraterna, causa un impacto inmediato en el lector y provoca su empatía, por identificación con los héroes de ambas historias. Las razones, en el caso de Cenicienta, entre otras, pueden ser el significado inconsciente que representan las cenizas. Antiguamente, el lugar más cálido del hogar era la cocina y los niños pasaban allí, ratos felices con su madre. También, “el ir sucios de pies a cabeza” tiene un indudable atractivo para un niño. Por otra parte, se dice que “la Cenicienta llora la muerte de su madre” y el ir cubierta de cenizas

es un símbolo de dolor y tristeza. Luego “las cenizas”, pueden tener ese doble mensaje de alegría de la primera infancia, en la cual, nos sentimos en el paraíso materno; y el dolor de la muerte ante la pérdida de esta intimidad con ella.

Mientras el niño es pequeño, los padres lo protegen contra los sentimientos ambivalentes de sus hermanos y las exigencias del mundo externo. Pero, de pronto, los hermanos mayores se vuelven tiránicos con el niño, ahora indefenso. Le imponen exigencias y, tanto éstos como la madre, adoptan una postura crítica ante él. Mientras, los hermanos parecen poseer todas las cualidades de las que él carece. No obstante, el niño, en su interior, vivencia que su “buena” conducta es una farsa, un engaño. Ésta es la imagen que corresponde a las “hermanastras” de Cenicienta. El niño pequeño, oscila entre sentimientos extremos: en un momento se siente lleno de odio y de crueldad; al instante siguiente, él es quién encarna la “inocencia”, siendo las demás criaturas malvadas. Y todo ello, al margen de las condiciones externas. Esto es lo que quiere reflejar el relato oriental cuando narra cómo la madrastra, el padre y el hermanastro ignoraban por completo al primogénito.

En una parte del cuento, Cenicienta pide a su padre una rama de avellano como regalo a la vuelta de su viaje y la planta en la tumba de su madre regándola con sus propias lágrimas. Esto sugiere que el recuerdo de una madre idealizada de la infancia puede ayudarnos en las circunstancias más adversas si se mantiene vivo, como parte fundamental, de la experiencia interna.

La “Cenicienta” de los Hermanos Grimm, transmite al niño, el siguiente mensaje: por muy miserable que pueda sentirse en ese momento –a causa de la rivalidad fraterna o por cualquier otro motivo– si es capaz de sublimar la tristeza y el dolor, al igual que Cenicienta hace al plantar y cultivar el árbol, el niño podrá solucionar los problemas de manera que todo resulte más agradable.

En la versión china, será el pasaje donde se relata, sucesivamente, cómo gracias a los regalos de un vestido con un enorme pájaro bordado sobre el, una túnica con un dragón pintado en ella y los polvos milagrosos que le entregan sus esposas, consigue salvarse en tres ocasiones de las trampas mortales preparadas por su hermano, el cual acosado por la envidia de verle casado con las dos hijas del emperador a quienes él deseaba, intenta por todos los medios destruirle.

Un aspecto que también puede analizarse en estos cuentos es, si sólo trata de la rivalidad entre personas del mismo sexo –como parece a nivel manifiesto– o, realmente, habría algunas alusiones indirectas a otras emociones más reprimidas, como la “envidia del pene” o la “angustia de castración”, como expresión profunda de una rivalidad entre distintos sexos. Para llegar a estos contenidos, primero hemos de aceptar las diversas asociaciones con el símbolo de la “zapatilla” y, en el cuento oriental, el pasaje referido a la prueba que tiene que superar Shun para obtener definitivamente el trono como emperador.

Un incidente que se repite en las versiones de “Cenicienta” es la mutilación de sus pies, que llevan a cabo las hermanastras, para poder calzarse la zapatilla. El príncipe, después de descubrir el engaño, encuentra a Cenicienta.

El rasgo de los pies grandes de las hermanastras, hace referencia a la masculinidad que éstas poseían, frente al pequeño pie de Cenicienta como símbolo de su feminidad. La auto-mutilación que realizan las hermanastras, significaría el deseo de castración para deshacerse de un pene imaginario y tratar de ser así más femeninas. La sangre que fluye y que descubre el príncipe, podría significar la menstruación.

Cenicienta, por el contrario, es la novia virgen; y la muchacha que permite que un hombre la vea sangrar no sólo es vulgar sino menos pura. A nivel inconsciente, lo que se trataría de contrastar, quizá, sería la virginidad de Cenicienta con la falta de pureza de las hermanastras.

La zapatilla simbolizaría la vagina o las fantasías inconscientes relacionadas con ella. Recordemos que los cuentos mencionan objetos adecuados a nivel consciente pero capaces de producir asociaciones totalmente distintas de su significado manifiesto.

En “la Cenicienta”, la imagen del diminuto pie ejerce un atractivo sexual inconsciente, unida a la hermosa zapatilla a la que el pie se ajusta perfectamente. Sin embargo, el hombre y la mujer reaccionan inconscientemente ante este símbolo, de manera distinta. El príncipe no pudo observar, en el caso de las hermanastras, que la sangre manaba de sus pies mutilados en la zapatilla - vagina, hecho que podría indicar, la angustia que tal hemorragia - menstruación le producía. Esto tendría que ver con la angustia de castración por la que todo individuo ha de pasar en la niñez. Cenicienta, en cambio, es la verdadera novia que libera al príncipe de su angustia, puesto que su pie se desliza suavemente por la zapatilla, sin necesidad de mutilarse o sangrar, imagen que evocaría una sexualidad no agresiva, por oposición a la de las hermanastras. El que el príncipe valore tanto la zapatilla, expresaría el valor que el hombre da a la femineidad; y el aspecto de Cenicienta, entre harapos le permite asegurarse de que la elige, a pesar de su aspecto.

En “Shun, el emperador sabio” la prueba de atravesar un bosque montañoso, oscuro y siniestro, poblado además de monstruos esperando atacar a toda criatura viva que se atreviera a entrar en sus dominios, simbolizaría la superación de la angustia de castración para poder enfrentar la salida del Edipo y la adquisición de la sexualidad adulta: “abriéndose paso entre la tupida maleza con gran calma” (El subrayado es mío) Es notable observar cómo en las otras pruebas a las que se ve abocado, por la envidia del hermano, recurre a los procedimientos “milagrosos” y a la protección materna desplazada en la figura de esas esposas con recursos propios de “las hadas”, que nos estaría hablando del pensamiento mágico de la infancia y de la inmadurez sexual de nuestro protagonista.

En la Cenicienta, el príncipe, al entregarle la zapatilla, le entrega también su reino. Pero nadie, excepto ella, puede encontrar su feminidad, a pesar de la ayuda del príncipe. Éste parece el significado más profundo de la historia, cuando se nos dice que “se sacó el pesado zueco de madera y se calzó la zapatilla que se ajustaba a la perfección”. En “Shun, el emperador sabio” se expresa así: “Había superado la prueba final y fue nombrado emperador”.

Al introducir el pie en la zapatilla, la novia sabe que, de ahora en adelante, su marido será dueño de su vagina y ella será la dueña del pene; y ya no se sentirá privada de ese órgano, hecho que simbolizaría el final de la angustia de castración.

“Cenicienta” y su versión oriental: “Shun, el emperador sabio” son cuentos en los que se habla de la rivalidad fraterna y de los celos y de cómo se puede conseguir una victoria total sobre ambos. Las características sexuales que uno posee despiertan los celos y la envidia más intensos en quienes carecen de ellas. El final de estos relatos, supondría la integración y superación de la rivalidad fraterna, así como de la rivalidad de tipo sexual. En el cuento oriental aparece claramente este deseo de reparación cuando se nos explica el destino final del hermano envidioso: “ Aunque su familia se había portado tan mal con él, él no la olvidó, dando una pensión a su padre y enviando lejos a su hermano, donde no pudieran tentarle los sentimientos de envidia. A ambos les perdonó pues estaban arrepentidos. Algunos meses después del solemne entierro de Shun, un hombre de piel oscura empezó a hacer sacrificios en su tumba. Era Shiang (...) los dioses habían decidido que debía expiar su perversidad en vida y, a causa de su gran nariz, lo habían transformado en elefante”.

SÍNTESIS

En mi opinión, el modo en que resolvamos o dejemos de resolver, nuestros conflictos de rivalidad entre hermanos, a

menudo, se proyecta en nuestra vida adulta. Y mucho tiempo después del final de la infancia, en otros lugares y con otras relaciones –laborales, de pareja, etc.– podemos repetir nuestros primeros patrones de rivalidad fraterna.

Al hablar de la rivalidad entre hermanos que no ha podido solucionarse durante la infancia, muchos psicoanalistas consideran que los hermanos, cuando son adultos, compiten por el reconocimiento de los padres, aun cuando éstos pueden ser ya viejos, padecer de demencia senil o haber muerto; y, en ocasiones, esta herencia de la competición familiar se extiende a las relaciones profesionales y sociales, de tal manera que respondemos, ante los compañeros de trabajo, los amigos, los cónyuges y hasta con nuestros propios hijos, como si se tratara de nuestro hermano o hermana.

Freud en su obra “Sobre la Psicología del colegial” (1914), nos dice: “La naturaleza y la calidad de las relaciones de un niño con los de su propio sexo y con los del sexo opuesto, ya han quedado definidas en los primeros seis años de vida. Después, podrá desarrollarlas y transformarlas en cierto sentido pero ya no puede deshacerse de ellas. Las personas en las cuales se fijan sus relaciones son sus padres, hermanos y hermanas. Todos los que conoce más tarde llegan a ser figuras sustitutas de estos primeros Objetos de sus sentimientos... y están, por lo tanto, obligados a aceptar una especie de herencia emocional”. (Freud, S., 1973: 1893).

Deberíamos poder compartir el amor de la madre con los hermanos. Nuestros padres pueden ayudarnos a soportar la pérdida de nuestro sueño de amor absoluto porque es una pérdida necesaria, pero no pueden hacernos creer que no lo hemos perdido. Sin embargo, si todo va bien, podemos descubrir que hay amor suficiente para todos, que las hermanas y los hermanos nos dan la posibilidad de otro tipo de lazos familiares enriquecedores.

Aunque la rivalidad puede ocasionar mucho sufrimiento, también es cierto que puede subordinarse a lazos de afecto

más duraderos entre esos mismos hermanos. Durante los últimos años, ha habido un número creciente de estudios sobre las relaciones entre hermanos a lo largo de sus vidas centradas no únicamente en su rivalidad sino también como personas que ofrecen consuelo y cuidado, que constituyen modelos y estímulos para triunfar, que pueden ser aliados fuertes y excelentes amigos. Es importante señalar que tales investigaciones subrayan que, para el desarrollo de tales lealtades, ha de darse previamente la presencia de una figura amorosa en los primeros momentos de la vida.

Yo sería más optimista que Freud y pienso que, incluso cuando las rivalidades se proyectan en la vida adulta, el cambio y la reconciliación son posibles. Los viejos modelos subsisten pero no me parecen grabados en piedra. A cualquier edad, el individuo puede mirar sus dolorosas repeticiones y, basándose en el reconocimiento de la realidad interna, en la vivencia que esta realidad causa y en la adopción de una acción adecuada para remediarla, al fin, podría liberarse y actuar de otra manera. Puesto que la mayoría de los datos revelan que la rivalidad disminuye con la edad, quizás una de las tareas más significativas del final de nuestras vidas sea la reparación y la renovación de las relaciones fraternas.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRANZ FREIJO, E.: 1989: *Psicología de las relaciones fraternas*, Barcelona, Herder, 1.ª edición.
- BALINT, M.: 1963: "The youngest sister and prince charming", *International Journal*, num 2.
- BANK, E.: 1988: *El vínculo fraterno*, Madrid, Alianza, 1.ª edición.
- BETTELHEIM, B.: 1995: *Psicoanálisis de los Cuentos de Hadas*, Barcelona, Crítica, 2.ª edición.
- COHEN, B.: 1988: *El síndrome de Blancanieves*, Buenos Aires, Planeta, 1.ª edición.
- CORMAN, L.: 1980: *Psicopatología de la rivalidad fraterna*, Barcelona, Herder, 1.ª edición.
- DUNN, J.: 1986: *Hermanos, hermanas; amor, envidia y comprensión*, Madrid, Alianza, 1.ª edición.
- FREUD, S.: 1973: *Obras Completas: Sobre la Psicología del colegial*, Madrid, Biblioteca Nueva, 3.ª edición, 2 vol.
- GRASSO, Jean: 1999: *Cuentos para leer en familia*, Barcelona, Paidós, 1.ª edición.
- KLEIN, M.: 1994: *Envidia y gratitud*, Barcelona, Paidós, 2.ª edición.
- MAURE, M.; y BULLICH, L.: 1994: *Mil años de cuentos*, Madrid, Edelvives, 1ª edición.
- MERTON, T.: 1996: *El camino de Chuang Tzu*, Madrid, Debate, 1.ª edición.
- MUÑOZ, F.; y VALCARCE, M.: 1994: "Enseñanza y aprendizaje en grupos operativos: ocho años de experiencia con alumnos de psicología evolutiva de la Fac. de Psicología". *Clínica y análisis grupal*, núm. 66, vol 16.
- NIETZSCHE: 1932: *Aurora*, Madrid, M. Aguilar, 1ª edición.
- ROSENFELD, D.: 1976: *Clínica psicoanalítica: estudios sobre drogadicción, Psicosis y Narcisismo*, Madrid, Galerna, 1ª edición. Capítulo: "Trastornos de la piel y el esquema corporal. Identificación proyectiva y el cuento infantil "Piel de asno".
- SAMANIEGO, F.M.ª.: 1970: *Fábulas*, Barcelona, Verón ed., 1.ª edición.
- SANDER'S TOO TAO LIU / PAU JOHNNY: 1984: *Dragones, Dioses y Espíritus en la Mitología China*, Madrid, Anaya, 1.ª edición.
- STRICH, C.: 2000: *El Libro de los 101 Cuentos*, Madrid, Anaya, 4.ª edición.
- VIORST, J.: 1990: *Pérdidas necesarias: desarrollo social de la personalidad*, Barcelona, Plaza y Janés, 1.ª edición.

Normas de publicación. Instrucciones para el envío de originales

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en los Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas.

1. Los trabajos no podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y salvo condiciones especiales deberán ser originales. En casos puntuales el Comité de Redacción podrá valorar la reedición de artículos de interés.
2. Para la publicación tanto de originales como de Notas clínicas y Comunicaciones, el Consejo de Redacción tendrá en cuenta su valor científico y se reserva el derecho de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación.
3. La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerán exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.
4. Los artículos serán revisados por el Comité de redacción y por los evaluadores externos, quienes emitirán un informe sobre la conveniencia de su publicación.

5. Los originales se presentarán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel tamaño DIN A 4, sin correcciones a mano y con las páginas numeradas.
6. Se deberá de enviar además el fichero que contenga el original con texto, gráficas y tablas en formato word o rft, bien vía e-mail o en disquette.
7. Al original han de acompañarle: Una carátula en la que conste: A) El título, el nombre del autor/es, entidad (centro de trabajo), dirección de correspondencia (postal y/o e-mail) para ser publicada a pie de página. B) Número de teléfono, fax o e-mail para facilitar una comunicación fluida entre los autores y la revista. C) Título del artículo en castellano y en inglés y un resumen del artículo en castellano e inglés de no más de 150 palabras. D) Entre 3 y 5 Palabras Clave en castellano y en inglés que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo.
8. Las figuras, dibujos, gráficos y tablas se presentarán una en cada hoja respetando las siguientes reglas: A) En el reverso indicar el nombre del autor/es, título del trabajo y fecha. B) Tamaño de 7 ó 14 centímetros de base. C) Altura máxima de 20 centímetros. D) Pie de gráfico, dibujo, figura o tabla en castellano e inglés.
9. El uso de notas será a pie de página y se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.
10. Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association) entre las que recordamos:
 - Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación (Ej. Freud, 1900a, 1900b)
 - Las citas bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una “y”); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos; y editorial. Para señalar los libros traducidos, se añade al final la referencia “Orig.” y el año entre paréntesis.

Ej.: Lebovici, S. y Soulé M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig. 1970).

- Capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con "En" las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed., o comp. Añadiendo una "s" en caso de plural; el título del libro en cursiva y entre paréntesis la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

Ej.: Boulanger, J.J. (1981). *Aspecto metapsicológico*. En J. Bergeret (dir.) *Manual de psicología patológica* (pp. 43-81). Barcelona: Toray-Masson (Org. 1975).

- Revistas: Autor; año –entre paréntesis–; título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n.º –entre paréntesis– sin estar separados del vol. Cuando la paginación sea por número, y página inicial y final.

Ej.: Henny, R. (1995). *Metapsicología de la violencia*. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19/20, 5-24.

11. Envío de trabajos y disquettes: Los trabajos deberán remitirse a: Manuel Hernanz Ruiz - c/. Heros, 19-6.º D - 48009 Bilbao, o mhernanz@correo.cop.es, enviándose a vuelta de correo confirmación de la recepción.
12. Los autores recibirán un ejemplar de la revista cuando sea publicada su aportación.

