

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:

Secretaría Técnica
C/. Monte Esquinza, 24-4^º izqda.
Madrid 28010
Telf./Fax: 91 319 24 61

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

MARGARITA ALCAMÍ PERTEJO	El tratamiento de la psicosis en hospitales de día	5
CHARO CARRASCO GUERRERO JOSEP CHECA PEÑA MONTSERRAT PALAU I PUJOL	Psicosis infantil: una mirada actual: trabajo con TGD en la escuela pública	31
FRANCISCO MARTÍ FELIPO	Chaplin, de niño, y su madre.....	37
MÓNICA AVELLÓN CALVO	Se ha encendido una luz: un caso de prepsicosis	47
MARÍA ESTHER DÍAZ RODRÍGUEZ	Tratamiento psiquiátrico y psicopedagógico: tratamiento psiquiátrico.....	59
CHARLES EDWARD BAEKELAND	Las grietas estructurales	71
EDITH BOKLER OBARZANEK	Evaluación del niño grave: dos o más en la consulta.....	79
MARÍA ESTHER DÍAZ RODRÍGUEZ	La madre que quería un bebé y el hijo que no podía serlo	97
JUAN MANZANO GARRIDO	La evaluación psicopatológica estructural. El estatus clínico psicodinámico.....	107
JUAN LARBÁN VERA	Interacciones precoces padres-hijos; reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé.....	117
RUTH ALEJANDRA TABORDA GLORIA HEBE SOSA	La institución, el equipo de trabajo y la psicoterapia de grupos	131

N.º 39/40 2005

1.º y 2.º semestres

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.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

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)
Lucía Álvarez Buylla (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS EN HOSPITALES DE DÍA*

Margarita Alcamí Pertejo**

Resumen: Los Hospitales de Día Psiquiátricos son una forma de tratamiento institucional a tiempo parcial diseñadas para pacientes que requieren un tratamiento intensivo e integral. Vamos a describir un hospital de día para niños menores de 6 años. El objetivo del tratamiento es permitir una experiencia emocional correctora: crear una relación de apego que favorezca el desarrollo de una estructura psicológica que permita la adecuada resolución del proceso de separación-individuación. Intentaremos transmitir una experiencia: la realización de actividades terapéuticas con los niños en un horario de mañana y la participación de los padres en una terapia grupal semanal.

Palabras claves: Hospital de día psiquiátrico, niños, autismo y psicosis.

Abstract: PSYCHOSIS TREATMENT IN DAY HOSPITALS.

Day psychiatric hospitals are partial time institutional treatments designed for patients who require intensive and comprehensive treatment. We are going to describe a children day hospital for children under 6 years. The objective of treatment is to allow an emotional corrective experience: to create an attachment relation that facilitates the development of psychological structure for the resolution of the separation-individuation process. We will try to tell an experience: therapeutic activities with children during morning hours and weekly parents' group therapy.

Keywords: psychiatric day hospital, children, autism and psychosis.

* Ponencia presentada en el XVIII Congreso Nacional de Sepypna que, bajo el título "Psicosis infantil: una visión actual", se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre de 2005.

** Hospital de Día Infantil. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Infantil Niño-Jesús. Madrid Dirección: Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid. E-mail: malcami.hnjs@salud.madrid.org. Teléfono 91 503 59 00 ext. 351.

INTRODUCCIÓN:

La realización de este trabajo surgió de la propuesta de participar como ponente en el XIII Congreso Nacional de SEYPNA. El tema del congreso: “Psicosis Infantil” y el enfoque: “Una mirada actual” resultaron ser tan atractivos como difíciles. Mi mirada debía centrarse en el abordaje de la psicosis infantil en el recurso terapéutico de Hospital de Día. La tarea sin embargo era, y es, difícil ¿por qué? Porque difícil es hablar del tratamiento de la psicosis como difícil es explicar el porque y el cómo una relación vincular puede ayudar a que las capacidades innatas del niño se potencien para permitir un encuentro con el mundo que resulte amable y estimulante. La primera relación vincular debe dar contención a las angustias básicas propiciando así el adecuado desarrollo de las capacidades yoicas. Igualmente el tratamiento de la psicosis debe facilitar la diferenciación, la separación, la individuación y la estructuración yoica, permitiendo el acceso al mundo simbólico.

El tema en sí además es difícil porque la mirada del marco psiquiátrico actual parece haber negado la existencia de la Psicosis Infantil; ¿Cómo pretendemos entonces hablar de su tratamiento?

M. Mahler (1965) planteaba en relación a los diagnósticos algo que sigue siendo real en nuestros días, decía que cuando a principios de la década de 1940 el concepto de Kanner de “autismo infantil precoz” hizo que la idea de una perturbación psicótica grave en niños pequeños resultara algo más aceptable, existiendo una diferenciación con los trastornos del adulto, “esa aceptación de un “autismo infantil precoz” tuvo la perdurable consecuencia de que cualquier cuadro clínico de psicosis infantil en el que se detectaba algo que se pareciera a mecanismos autísticos y en el que se comprobaba una ruptura psicótica con la realidad era automáticamente designado como “autismo””.

Nuestra posición teórica (Peral, 1986) nos hace entender que la retracción autista surge como una forma de defensa

ante un mundo que se vive como hostil, difícil de comprender. A esa situación se puede llegar por varios caminos: desde impedimentos del niño en lo relativo a su desarrollo (perceptual, motriz, cognitivo...) que le dificultan su interacción; desde una incapacidad innata para el establecimiento del contacto afectivo, como planteaba Kanner (1943) ; desde una falta de respuesta del entorno que determinan al niño a replegarse al encontrarse solo frente al mundo (en el trastorno de la organización del vínculo); desde un trastorno afectivo que lleva al niño a desinvertir el mundo cuando ya había iniciado un encuentro con él (en la depresión psicótica). El hecho de que diferentes caminos lleven al mismo trastorno ¿no debiera hacernos plantear la duda de que dentro del Autismo englobamos a diferentes trastornos psicóticos?

A su vez, no todos los trastornos psicóticos infantiles quedan abarcados bajo la sombra de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (DSM IV). Hay niños que tienen capacidad de interacción y comunicación por lo que clínicamente su sintomatología suele ser interpretada como neurótica. Sin embargo, caminan por las sendas de la psicosis y, de no abordarse terapéuticamente, evolucionarán a descompensaciones graves durante etapas claves del desarrollo.

Muchos de estos niños se caracterizan por su comportamiento motor de impulsividad, inquietud... Muchos de estos niños son frecuentemente diagnosticados como Trastornos por Déficit de Atención, trastorno que no da cuenta del mundo de aislamiento en el que habitualmente viven, ni de la desorganización de su pensamiento, ni de la utilización que hacen del mundo de la fantasía.

Más desapercibidos pasan aún aquellos niños inhibidos, cuya ansiedad es poco movilizable y parecen cerrados a la actividad cognitiva que pretende el aprendizaje. Las pautas de interacción existen en ellos, pero no son saludables.

Intentaré a través de esta presentación transmitir una experiencia. No pretendo realmente explicar el tratamiento de la psicosis, sino mostraros el camino por el que nuestros pacien-

tes, niños psicóticos, nos han hecho acompañarles estos años. Sirva esta ponencia para todos, y en especial para nosotros, el equipo del Hospital de Día, como una reflexión.

La lectura de numerosos autores ha dado respuesta a muchos de nuestros interrogantes. De algunos sus planteamientos han sido tan imprescindibles para caminar que ya no sabemos diferenciar qué paso nos hizo dar cada uno. Las disculpas a todos aquellos, cuyas ideas, pensamientos, planteamientos iremos mencionando... sin referirles como autores.

Dividiré la exposición en varios puntos:

1. Definir lo que es el **Hospital de Día** y describir las características institucionales del nuestro.
2. Hablar de **“Un día en el Hospital de Día”** en el que intentaré mostrar cómo transcurre una jornada e iré intercalando algunos de nuestros planteamientos teóricos que dan forma a nuestros objetivos.
3. Imprescindible es hablar del **abordaje específico con los padres**
4. Y, por último, dejar abierta la puerta sobre ciertas **reflexiones** en torno a la patología psicótica de la primera infancia y los abordajes terapéuticos.

1. EL RECURSO TERAPÉUTICO DEL HOSPITAL DE DÍA

Por definición un Hospital de Día Psiquiátrico es una forma de tratamiento institucional a tiempo parcial que durante varias horas al día ofrece técnicas terapéuticas integrales, permitiendo el mantenimiento del paciente en su medio habitual de convivencia. Este tipo de tratamientos ambulatorios son diseñados para pacientes que tienen trastornos mentales severos que requieren un abordaje intensivo, integral y multidisciplinar.

Entendemos que la especificidad de cada Hospital de Día será el modo particular en que su equipo crea, articula sus elementos terapéuticos y cómo los ofrece a sus pacientes y familias.

Si el objetivo del Hospital de Día es permitir una experiencia emocional correctora, en el que vamos a describir, por la edad y patología de nuestros pacientes, ello va a implicar la creación de una relación vincular (en aquellos casos en que el niño está inmerso en la retracción autista), o la modificación de los patrones relacionales previos. Descubrirán así que hay otra forma de relación: una relación que permite la separación y la individuación; una relación que conduce al surgimiento del mundo simbólico.

Quisiera ubicar, espacial y temporalmente, la Unidad a la que nos vamos a ir asomando a lo largo de la exposición. El Hospital de Día Psiquiátrico Infantil del Hospital del Niño Jesús de Madrid se ubica en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Pediátrico Público.

Nuestro Hospital de Día fue creado en el año 1991. En relación a las edades de tratamiento (menores de 6 años), el enfoque teórico, el funcionamiento y la psiquiatra coordinadora (Dra. Marta Peral), fue una continuidad del Hospital de Día de Cruz Roja, también en Madrid, que había sido cerrado un tiempo antes. El Hospital de Día del Hospital del Niño Jesús partía pues, en el momento de su creación, con los 10 años de experiencia en el tratamiento de la patología psiquiátrica grave de su antecesor.

Fue creado como recurso específico de Salud Mental para el tratamiento de los Trastornos Emocionales Severos de la Primera Infancia. Estos trastornos se caracterizan porque su clínica sobrepasa con mucha frecuencia la capacidad de contención (terapéutica) de las Unidades de Salud Mental ambulatorias.

Por su actividad no sólo terapéutica, sino diagnóstica el Hospital de Día se ha ido convirtiendo a lo largo de estos años en una Unidad de referencia para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos graves de la interacción, patología que es recogida desde las Clasificaciones Internacionales de enfermedad (CIE, DSM) bajo el término de Trastornos Generalizados del Desarrollo.

En nuestro Hospital de Día contamos con 12-15 plazas para niños hasta 6 años. La jornada es de martes a viernes de 10 a 14.00 horas, incluyendo la comida. Se realiza un trabajo grupal, dividiendo a los niños en 3 grupos, grupos determinados por su nivel de desarrollo. Algunos niños reciben tratamiento individual de psicoterapia. Nos coordinamos con sus colegios e intentamos mantener parte del marco de escolarización previo. Inicialmente, sin embargo reclamamos que acudan a tiempo completo a nuestra Unidad, restringiéndose la asistencia a sus centros escolares a los lunes y las tardes.

El trabajo directo es con los niños. El abordaje de los padres está centrado entorno al encuadre grupal que se realiza con ellos durante hora y media un día en semana. Es imprescindible que los padres se comprometan a acudir al tratamiento grupal para que aceptemos al niño en tratamiento.

Misés (1992) comentaba que “si en los centros terapéuticos los autistas eran mezclados con sujetos que presentaban psicosis menos severas u otros estados patológicos, éstos en razón a su menor aislamiento, en razón a sus capacidades de expresión y simbolización, pueden ofrecer a los niños autistas posibilidades interesantes de comunicación en el interior de grupos pequeños de vida”.

En cuanto a los trastornos que presentan los niños que reciben tratamiento en nuestra Unidad la mayoría arrastran el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo. Sin embargo, al entrar en el Hospital de Día, se encontrarán en ese espacio con otros niños, también graves, pero cuyo mecanismo de funcionamiento central no son la retracción, el aislamiento, la falta de comunicación, los intereses estereotipados. En muchos de nuestros niños psicóticos no autistas el lenguaje tiene ese “estar pegado al propio objeto que representa”, impidiendo su dimensión simbólica, ésto crea un habla con una función comunicativa muy limitada y que habitualmente refleja una gran desorganización del pensamiento. Algunos de nuestros pacientes, los menos numerosos, pueden presentar tras-

tornos propiamente neuróticos pero el hecho de encontrarse en una situación de crisis, ha hecho imprescindible la iniciación de un abordaje terapéutico intensivo.

En todos nuestros pacientes, sea cual sea el diagnóstico que cumplen para las Clasificaciones Internacionales, es necesario crear y enfrentarles a patrones nuevos y diferentes de relación. Es preciso que entre el niño y el mundo exterior haya una zona intermedia, con todo el valor de un espacio transicional de Winnicott (1951): una zona de experiencia entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, zona a la que contribuyen la realidad interior y la vida exterior, zona de descanso, zona neutral de experiencia que no será atacada; zona de ilusión, en la que transitarán los objetos y fenómenos transicionales y que permitirá el surgimiento del juego y del lenguaje.

2. “UN DÍA EN EL HOSPITAL DE DÍA”

Se acerca la hora de las 10 y la mayoría de los niños ha llegado a la puerta de la Unidad unos minutos antes. A los pocos días de incorporarse comprenden que la puerta está cerrada antes de esa hora y que son sus terapéutas las que la abren para que pasen.

En una gran sala de espera del hospital, mezclados entre niños muy variados, cada día diferentes, que acuden a revisión a distintas consultas irán aprendiendo: Jaime... a alejarse de su madre; Andrés... a frenar su inquietud y a esperar tranquilo; Juan... a reaccionar a algún ruido y parar su balanceo unos segundos...; todos... a buscarse un poco entre sí. Las madres, abuelas, abuelos, cuidadoras... algún padre, ese mundo de adultos, aprenden también a esperar y a hablar entre ellos: se cuentan cosas cotidianas, aunque habitualmente comparten la observación y vigilancia de sus hijos. Poco a poco son capaces de ver más en ellos; les miran de otra forma porque el comportamiento se ha convertido en una forma de lenguaje: observan cómo corren varios por la rampa; vigilan que Andrés no se

escape corriendo como ayer; se dicen que Pedro ya no contestó al señor sentado a su lado que su nombre era Hércules, el héroe; se fijan en que Carlos ya no llama continuamente al ascensor sino que está atento a Oliver y Pepe que intercambian sus coches; ... y sonríen cuando el abuelo de Julio ha sacado un cuento y todos los niños le han rodeado para escucharle cómo lo cuenta... todos menos Julio, que está en la esquina de siempre, mirando la máquina de bebidas y repitiendo sus palabras incomprensibles.

A la sala de la Unidad se accede por una escalera. Los más pequeños al principio pueden necesitar ser cogidos en brazos para hacer el recorrido, pero pronto aceptan subir de la mano; al salir parece más sencillo agarrarse a la barandilla como hacen los más mayores. La mamá de Jorge conseguirá siempre llegar ese minuto tarde que ella necesita para subir acalorada con él en brazos y dejarlo en la sala, para ella no hay espera... ni tiempo ni espacios entre ella y su hijo al que se aferra simbióticamente.

En ese primer momento de desorden hasta que todos se reúnen en la Unidad la sala se llena de ellos: Carmen, Pepe y Alfonso aprovechan a perseguirse riendo; Jorge sacará del estante el tren giratorio y lo golpeará una y otra vez; a Juan le bastan sus manos, se las mira y las mueve cerca de su mesa; Alicia se queda como petrificada frente a la percha con su foto, incapaz de colgar su abrigo; Jaime buscará un adulto para provocar su saludo... Hoy se incorpora un niño nuevo y la mayoría parará su actividad unos segundos para mirarle, está llorando pero deben entender que Mati, que le tiene abrazado está intentando tranquilizarle; saben que ella es muy firme cuando tienen que trabajar, pero también que consigue siempre que los nuevos dejen de llorar. Abajo, en la puerta, alguna madre se habrá acercado a la madre nueva a repetirle las palabras que ya escuchó de la terapeuta mientras le cogía el niño de sus brazos, “no te preocupes, va a estar bien” y añadirá “a mí al principio también me costaba, es difícil, pero luego lo entiendes”.

A diferencia de otros modelos de Hospital de Día en el nuestro la estructuración del tiempo no viene marcada por actividades con diferentes profesionales que asumen tareas propias de su formación (grupo de expresión corporal, grupo de habilidades sociales, asamblea, apoyo escolar...). La edad y el momento evolutivo de nuestros pacientes, que fracasaron en las primeras etapas de su desarrollo emocional, hacen necesario que experimenten una relación con características vinculadas. Necesitan que un miembro del equipo realice las funciones de contención, protección y maternaje. Que alguien asuma directamente las tareas de holding, handing y presentación del objeto de Winnicott.

Cada niño pues tiene un terapeuta de referencia, que compartirá con otros niños de su grupo. El terapeuta asume todas las actividades de cuidado (incluyendo alimentación, higiene...) además de la dirección del grupo en tareas pedagógicas y lúdicas. El pequeño tamaño de la Unidad favorece que los otros terapeutas se conviertan con facilidad en punto de referencia adulto para los niños.

En el Hospital de Día las jornadas transcurren con una dinámica muy similar de un día a otro. Trabajo en las mesas, juego en la terraza, trabajo en las mesas, comida, rato de juego, despedida.

La mayoría de los niños psicóticos se muestran demasiado asustados para mirar y ver, para oír y escuchar. Confrontados a una angustia desintegrativa o persecutoria, a una amenaza incontenible, rechazarán todo aquello que organiza de ordinario el movimiento de individuación y autonomía a través del cual el niño normal accede al dominio de su vida mental y delimita el espacio entre sí mismo y el otro. El autista busca ignorar el distanciamiento entre el entorno y sí mismo, desmantela las experiencias vividas, las reduce a series de percepciones sensoriales inconexas entre sí, se encierra en las estereotipias, en el manejo de objetos que no son concebidos como distintos, que representan prolongaciones de su propio cuerpo. Con

el fin de negar el cambio y la previa separación que comporta, el niño puede desarrollar una identificación adhesiva, fundamentada en la fusión con el objeto en donde el adentro y el afuera se juntan sin solución de continuidad,... mientras que todas las actividades tienden a la reproducción repetitiva de lo idéntico (Misés 1992).

En el Hospital de Día y en relación a los psicóticos de rasgos autistas intentaremos romper esa barrera. De alguna manera tenemos que forzarle a mirar y ver, luchar contra su oposicionismo para que al enfrentar la distancia entre sí mismo y el otro nos encuentre, junto a él, pero no fusionados a él como pretende. La angustia a compartir en ese momento es muy intensa y el terapeuta precisará del apoyo del equipo para poder tolerarla, para no dejarse invadir por las angustias y movimientos destructores que vehiculiza la psicosis, para no quedar paralizado por ella.

“Daniel tiene 2 años. La preocupación de sus padres empezó a los 18 meses en que desapareció el balbuceo previo que tenía y empezó a aislarse. No sabe jugar y apenas interactúa con su hermana de 4 años. No mira ni atiende a sus llamadas. Se entretiene con objetos que coloca a su alrededor y que roza continuamente con el dorso de la mano; está obsesionado con los juguetes que dan vueltas y le gusta girar cosas redondas. Tiene rabietas muy intensas y tolera muy mal cualquier cambio de rutina. Con la madre tiene un apego muy intenso la sigue continuamente y le reclama contacto físico, pero ella refiere que no le entiende y no puede comunicarse con él.

Al iniciar el tratamiento era muy difícil de manejar, lloraba constantemente, no con ello reclamando un intercambio afectivo, sino que se le permitiera su excitación motriz estereotipada, la cual acababa aumentando su nivel de angustia y dificultaba aún más que mostrara interés por su entorno.

Al poco tiempo realizó un vínculo claro de apego a su terapeuta, lloraba intensamente cuando ella no estaba cerca,

reclamaba continuamente su presencia, sin servirle los otros terapeutas como sustitutos.

Progresivamente se apreciaban cambios en su patrón de relación: era más fácil sacarle de sus conductas de aislamiento, empezaba a utilizar los objetos como se le proponía y disfrutaba de ello. El trabajo en el Hospital de Día fue especialmente difícil cuando empezó a abandonar sus conductas estereotipadas y autoestimulatorias. Su nivel de angustia era muy intenso. Ni los giros sobre sí mismo ni el de los objetos le servían ya para calmarse ... pero la atención que reclamaba del adulto era difícil de sostener y uno llegaba a sentir que la contención que le podía ofrecer nunca iba a ser suficiente para él.

En el entorno familiar paralelamente a lo que estaba ocurriendo en nuestra Unidad, Daniel se mostraba inconsolable. Numerosísimas cosas cotidianas le provocaban rabietas muy intensas y los padres no comprendían por qué surgían. Aunque su capacidad de intercambio con el mundo había aumentado claramente, la madre lloraba desesperada en el grupo de padres porque no podía manejarlo. La satisfacción que le podía producir descubrir las nuevas señales de interacción y relación con su hijo parecían desaparecer cuando tenía que enfrentar sus rabietas. Ella contaba cómo en esas circunstancias llegaba a incitar al niño a que utilizara de nuevo los objetos de forma estereotipada, le ponía el triciclo boca abajo y le giraba los pedales como tantas veces había hecho él anteriormente... pero él ya no mostraba interés por ello y todavía se enrabietaba más. Hubo que sostener mucho a la familia para que pudieran aceptar que estábamos en una etapa difícil pero que era imprescindible atravesarla para que se diera un cambio real en el niño”.

La cura no tiende sólo a modificar la sintomatología superficial; los efectos se valoran principalmente a partir de la aparición de nuevas formas de funcionamiento mental y de los intercambios con el otro, de la aparición de capacidades de contención y de representación, del dominio de la diferencia-

ción entre sí mismo y el otro, en un proceso en el que niño accede poco a poco a modalidades defensivas menos limitantes.

En la tarea diaria en el Hospital de Día utilizamos medios educativos para presentar el mundo al niño. No realizamos una propuesta curricular educativa como en la escuela. Empleamos el acercamiento al aprendizaje como un camino lúdico y formativo. El niño debe ser capaz de echar mano de sus representaciones mentales sensorio-motrices previas para enfrentarse más eficazmente a nuevas situaciones, inventará así nuevos métodos de actividad y resolverá meter una pieza en la caja, hacer una torre...; además el objeto tiene que permanecer más allá que como elemento que le permite ejecutar acciones y ello le llevará a buscarlo con entusiasmo. El desarrollo cognitivo y el desarrollo emocional caminan necesariamente de la mano. Así el conocimiento de colores, formas, el nombrar, la realización de encajes y collares se unirán a las canciones, los juegos... el reconocimiento de las partes del cuerpo, el ordenar temporalmente una historia.

En el grupo de pequeños se cantan muchas canciones y el contacto corporal está muy presente. Se aplaude y celebra que Juan fue capaz de poner la ficha azul con las otras azules... lloraba mientras lo hacía, probablemente porque esa acción exige que deje de balancearse en la silla, luego él también se aplaude y sonríe y mira a su terapeuta, con la cara tan llena de mocos uno no sabe si quiere seguir riendo o volver a llorar; a Jorge hay que quitarle la pieza que gira una y otra vez para que nos mire y ponga la ficha roja con las rojas, comprende y realiza rápidamente lo que se le propone, pero no parece importarle nuestra reacción; Ignacio esperaba con ansia su turno.

Que mire cuando se le llama, que se fije con interés en lo que el otro niño hace y aplauda con los terapeutas..., que sea capaz de designar por el gesto un objeto, son logros que indican que empieza a organizarse.

En el grupo mediano se ríen, han hecho una torre alta juntos y al son del 1, 2, 3 la han tirado y todos corren a coger del

suelo algún cubilete. En su mesa se conocen los colores, las formas; los animales se pueden nombrar, así como sus características: grande, pequeño; conocen los ruidos y sonidos y lo que representan: un timbre, una campana, un ladrido...; para qué sirven las cosas: la llave para abrir la puerta, la cuchara para comer... A Alicia le acaban de quitar los pañales y hay que salir corriendo con ella al baño cuando nerviosa dice pis. Todavía no saben dibujar, pero intentan poner ojos, y orejas y sonrisa al círculo que les dibujó Mati, alguno incluso piernas y brazos... Las palabras irán surgiendo poco a poco, con ese sentido real que abre a la vez lo representacional, arrastrando un mundo tras ellas. Jaime siempre ha hablado con ecolalias, con ese soniquete especial que acompaña a la palabra que en realidad no lo es. Sigue muy metido en su mundo pero ahora alguna palabra parece tener sentido cuando la utiliza; no dejará de sorprendernos, quiere continuar dibujando, se le pide una casa y hace una cama... se le pide de nuevo una casa y la hace: la cama y la casa (Figura 1). Como los demás sabe nombrar las partes del cuerpo y con ellos y tras la careta juegan a sacar la lengua o a ver los ojos azules de Jaime.

En el grupo de mayores la palabra, el vehículo máspreciado para nosotros, transita en la actividad grupal. Mientras se hacen collares se elige color, se habla de quién lleva collar y pulseras en casa... se manejan conceptos simbólicos; el material pedagógico permite hacer una historia, en los juegos crear las reglas. Los dos extremos de la pulsión se sientan alrededor de la mesa: una excitación motriz y una agresividad intensas o una anulación del mundo pulsional que de tan controlado origina apatía, inhibición y obstaculiza la flexibilidad y movilidad de los procesos mentales. En ambos casos se dificulta la elaboración de una actividad simbólica propia que asegure el control adecuado de la angustia. En el grupo las frustraciones, las dificultades para seguir las normas hay que manejarlas... y Pedro tuvo que estar sentado alejado de la mesa unos minutos como castigo por tirar las cosas; Carmen se puso a llorar cuando se le castigó. Ana, su terapeuta, sabe que a ella hay

que tranquilizarla hablando; pero con Oliver, cuando está absorto mirando sus manos, es más efectivo acariciarle el brazo. Las tijeras, el pegamento, el lápiz... se usan con más frecuencia y hoy todos quisieron venir con sus dibujos a este relato y han dibujado una cara... es curioso que el dibujo de Oliver se parece a Pepe con su pelo rizado y que Pepe puso a su dibujo el pelo tieso que tiene Oliver (Figura 2). Carlos, desde que volvió de vacaciones está más triste y regresó a su lenguaje ecolálico y a su aislamiento... pero cada vez dibuja áas, ha dejado los rayajos que hacía hace unos meses.... dibujó también una casa, soles muchos soles y coches.

La comida es el momento menos deseado para la mayoría. La sala común se hace más grande, la puerta corredera que cierra el espacio de los pequeños se abre y pasa a pertenecer a la grande; los mayores salen de su cuarto, divertidos arrastran dos de las mesas y llevan las sillas para que haya sitio para todos. Hay que lavarse las manos y hacen fila en la puerta del baño, alguno se cuele en la cocina... Es también el momento de buscar su foto y coger los babys de las perchas, sólo algunos mayores saben abrocharse. Cada uno se sienta en su silla, la mayoría elige un cuento que mirará tranquilo, o se cuenta algo entre todos...; los pequeños hacen ruido con las piezas para torres. Las terapeutas tienen que hacer una cadena para subir las bandejas de comida por la escalera y Jorge aprovechará siempre ese momento en el que los adultos están ocupados para intentar coger el tren giratorio. Una vez que las bandejas están, los mayores quitan la tapa y empiezan a comer; a los pequeños hay que cortarles la comida y ponerles el plato en la mesa: alguno puré, pero la mayoría esos sólidos que tanto les cuesta masticar. Los pocos que comen bien, miran con extrañeza que haya que insistirle a Alicia para que se lleve la cuchara a la boca y que se aplauda tanto porque traga sin vomitar; ahora es ella la que parece desconcertada: antes comer le era claramente desagradable, ahora no sabe... En la mesa de los más pequeños hay que vigilar que Ignacio intenta comer con las manos; Juan está tan feliz con el menú de hoy

que aletea sin parar sus brazos; Jorge mira el techo sin responder a las llamadas para abrir la boca, en casa su madre sólo puede darle biberones...

El salir de nuevo a jugar un rato a la terraza es el premio por acabar pronto de comer. Salen contentos, saben que a esta hora hay más triciclos libres; los tacos (grandes con los que se construyen muros, suelos para hacer equilibrios) se habían convertido hoy en un barco donde la mayoría estuvieron sentados haciendo que se movía; dos niños se sientan igual que hicieron en el rato del recreo... pero parece que ahora faltan pasajeros y no es posible repetir el juego, rápidamente cambian de actividad y cogen los balones para saltar. Pedro intenta abrir el grifo, ahora que parece que no le ven...; Juan, con sus balanceos, mira contento cómo juegan los demás.

Para los más lentos comiendo sólo queda tiempo para lavarles la cara y las manos antes de bajar las escaleras. Los padres esperan junto a la puerta, preguntan por cómo ha transcurrido la mañana, alguno tiene un poco de tiempo para hablar con los terapeutas por algo que le preocupa, pero la mayoría tienen prisa,... les queda un largo recorrido por la ciudad antes de llegar al colegio.

3. EL TRABAJO CON LOS PADRES

El trabajo con los padres es una parte fundamental en el abordaje terapéutico de los pacientes niños. Cuanto más pequeño es el niño, más inmerso se encuentra en el modelo relacional con sus padres. Si además estamos hablando de psicosis los padres no pueden quedar excluidos del proceso terapéutico.

Es muy frecuente que la existencia de un niño con trastorno psicótico desestructure las dinámicas familiares. No es simplemente que el nacimiento del nuevo hijo reorganice, como toda llegada de un nuevo miembro, la dinámica familiar, una cierta modificación de roles previos para hacerle un lugar,

lugar físico y simbólico. Este tipo de patologías va a herir en lo más básico la relación familiar. El padre, la madre, los hermanos... y la familia más amplia empezarán a vivir un pequeño seísmo, que exigirá que los edificios se apuntalen.

Sabemos que las experiencias de vínculo previo con sus propios padres es el modelo que el padre y la madre poseen para establecer las relaciones con sus hijos. Es difícil que cualquier estructuración psíquica existente previamente que hubiera permitido ser “padres suficientemente buenos” en un niño sin dificultades, no se vea amenazada y desestabilizada por la patología del hijo. Frecuentemente encontramos respuestas patológicas a la conducta del niño, que todavía cristalizan más el patrón interaccional psicótico con el que el niño funciona.

La comprensión de la clínica por parte del psicoanálisis constituye una aproximación particularmente enriquecedora, de la que no se debe prescindir. Partiendo de la hipótesis del origen multifactorial y de una progresiva construcción de la psicosis, nuestra orientación no se limita a la simple recogida de síntomas y trastornos del comportamiento, sino a enlazar el estudio semiológico con una comprensión del funcionamiento mental del niño y de sus modalidades de interacción con el entorno a lo largo de toda su historia.

Inicialmente debemos conocer, y diferenciar, el niño de la constelación que le acompaña. Muchas veces tenemos que retirar las proyecciones parentales para que no nos oculten al niño y podamos evaluar realmente su potencial, sus capacidades yojicas (su nivel de desarrollo cognitivo, motriz, de lenguaje, simbólico). Para evaluar necesitamos diferenciar, separar... pero para la eficacia del tratamiento sabemos que debemos trabajar sobre el entrecruzamiento de esos elementos.

Existen enfoques terapéuticos en los que las representaciones parentales van a ser la puerta de entrada y el objetivo en el tratamiento. Lieberman y Pawl (1993) consideran que “el paciente” es la relación entre padres e hijo, siendo la “expe-

riencia de vínculo afectivo correctiva de la relación terapéutica” el proceso que se supone tiene que cambiar las representaciones de los padres. Para Cramer y Palacio-Espasa (1993) en su modelo de psicoterapia breve el hilo conductor que se busca es la conexión temática entre los conflictos de la infancia de la madre (recuerdos y representaciones), sus temas conflictivos actuales y la interacción actual con el niño. El punto cardinal de cambio será la interpretación que une el pasado al presente y las representaciones de la madre a sus interacciones; el paso del inconsciente a la conciencia.

En otros enfoques la conducta del niño es la puerta de entrada. Para Brazelton (1989) el foco clínico es demostrar las capacidades y las limitaciones interactivas actuales del bebé y enseñar a la madre la mejor manera de ayudarlo durante esa época. El objetivo velado es que se modifiquen las representaciones de la madre sobre quién es su bebé y quién es ella.

Reconocemos que durante el proceso terapéutico en el Hospital de Día vamos a favorecer que los padres establezcan una relación transferencial (con el terapeuta y con la institución) que permita el trabajo terapéutico. Los trastornos que presentan nuestros pacientes son muy graves, y la herida y fragilidad de sus padres enorme. Siempre está presente el ¿por qué?, el ¿qué hicimos mal?; siempre se busca un culpable y colocados en esa posición es difícil motivar un cambio. Partimos siempre de la existencia de una fragilidad en el niño; no negamos que ciertos factores externos hayan sido precipitantes, pero animamos a los padres a emocionarnos con los elementos positivos que vamos descubriendo.

Como terapeutas adoptamos pues una mirada positiva hacia la familia. La mayoría de los padres que tienen problemas de relación graves con los hijos saben demasiado bien, y les duele, conocer lo que hacen mal o lo que son incapaces de hacer. Lo que muchas veces no saben es lo que hacen bien, de qué aspectos positivos disponen sobre los que poder construir y recuperar partes inutilizadas de su repertorio parental

más positivo. Lo que más hace peligrar los inicios de un tipo de tratamiento como el que planteamos es una vivencia excesivamente persecutoria.

El abordaje con las familias en nuestro modelo de Hospital de Día se realiza entorno a una terapia grupal. Es un encuentro semanal. Los años de experiencia nos han mostrado que ese compartir entre los padres ayuda a disminuir las vivencias persecutorias y favorece el cambio. ¿Qué comparten?: su desconcierto, su herida, su ansiedad, su frustración, su desesperación... y también las pequeñas mejorías, ver recorrido parte del camino, la alegría y el temor del alta de la unidad, las dificultades para controlar sus conductas... ¿Qué descubren?: que cada vez comprenden mejor las reacciones de sus hijos, que la angustia que presentaba el niño va disminuyendo, que sus propias dificultades entrechocan con las características de sus hijos y parecen magnificar su patología...

Compartir ese trabajo en grupo es mucho más terapéutico que trabajar de forma individual con los padres. En el despacho, siempre hay una mesa por medio y, frente a la patología de rasgos autistas, una tendencia de los padres a reclamar un manual de actuaciones, un depositar en el profesional un saber ante el que se sientan como alumnos aplicados, no como padres. Entre otros padres es más difícil perder el rol de padres, dejar de pensar.

Sabemos que el que las dificultades y patología de los hijos sea el núcleo del trabajo, no permite crear una dinámica grupal para el trabajo de muchas de las dificultades psíquicas de los propios padres. En nuestra experiencia con el modelo que trabajamos el verdadero trabajo sobre las representaciones parentales sólo lo esbozarán los padres con mayor capacidad de introspección. Pero la mayoría sí aprenden a ver aquellas características de ellos mismos que tienen que modificar para que sus hijos mejoren.

Previamente a la incorporación del niño al Hospital de Día, tanto en la primera consulta como durante el proceso de estu-

dio psicológico buscamos el encuentro con los padres y que compartan el recorrido que estamos realizando. Cuidamos especialmente la entrevista para la entrega del informe escrito sobre la evaluación y el diagnóstico del trastorno que presenta el niño. Es el momento en que podemos no sólo plantear nuestras indicaciones terapéuticas sino compartirlas con ellos, y hacerles partícipes del proceso terapéutico.

Desde el primer momento en que explicamos la forma de trabajo en el Hospital de Día planteamos que el trabajo con ellos será grupal, y que tan importante es que los niños acudan a la Unidad como que ellos participen en el grupo. Dejamos abierto que en ciertos momentos tanto ellos como el equipo podamos requerir un encuentro fuera de ese espacio.

El grupo de padres resulta un grupo abierto. La entrada o salida del niño al tratamiento se da en función de la evolución, y aunque al comienzo o finalización del curso escolar, tras las vacaciones, coinciden los movimientos de alta e incorporación más numerosos, nunca cambian todos los niños a la vez. Cuando los nuevos padres se incorporan al grupo hay un núcleo de cohesión al que se van uniendo, y al cabo de unas semanas vemos surgir un nuevo grupo, muy marcado por las características de los padres que durante esa temporada participan en él (Figura 3: Familias).

Aunque está muy influido por el estilo de los padres y por los temas que preferentemente aparecen en cada encuentro, muy frecuentemente los grupos resultan muy entretenidos, nos reímos con frecuencia con las anécdotas que cuentan de los hijos y aprenden a “meterse” unos padres con los otros, con gran cariño. Es llamativo lo buenos observadores que se vuelven de los comportamientos de sus hijos. Los señalamientos que ellos mismos se hacen son mucho más fructíferos que los que hacemos los terapeutas. Las despedidas resultan muy emocionantes.

La reunión grupal con los padres se realiza en una sala de grupos del Servicio fuera de lo que es propiamente el espacio

de la Unidad. El grupo se inicia con una ronda de hablar de cada niño en particular. Saben el orden en el que se suele empezar, y sobre todo los que buscan la excusa de tener prisa, una cita que cumplir se sentarán cerca de la puerta para hablar los primeros e irse antes de finalizar el grupo. Como hay que hablar de cada niño, (cómo ha transcurrido la semana, cómo ha estado en casa, qué hablamos con la tutora y el equipo educativo que acudieron a una reunión...) las primeras intervenciones parecen muy personales, los demás padres escuchan. Intentamos siempre guiar el grupo para unir lo que un padre dijo con el discurso del otro, con lo que se habló en días anteriores.

Cuando en el grupo las palabras se acompañan de mucha emoción es cuando los demás padres intervienen con mayor espontaneidad: el diálogo se establece entre ellos, "hoy no dejamos hablar a la doctora" dirán. Habitualmente cuando esto ocurre están compartiendo el sentimiento que hay tras una situación: la vergüenza en la calle por el comportamiento del niño (se tiró en el autobús porque el asiento que a él le gusta estaba ocupado; todo el mundo la miraba y murmuraban ¡qué maleducado!); las críticas de la familia (al niño no le pasa nada, eres tú que no sabes manejarlo); la desesperación por las rabietas o por el aumento del aislamiento; las dudas de cómo responder a las agresiones del niño; el dolor de aceptar que el niño está mal y ha iniciado el tratamiento...

En ocasiones el silencio invade la sala: la insistencia de una madre en hacer un relato de normalidad de su hijo cuando yo le repito las grandes dificultades que tiene y que falta muchos días al Hospital de Día, que así no podemos avanzar... con su gesto y su relato sigue marcando una diferencia entre su hijo y ella y los demás niños, algo difícil y doloroso de escuchar para los otros padres ; o esa madre, aparentemente muy colaboradora durante los 6 meses que lleva el niño en tratamiento que cuando planteamos que al alta sería conveniente (tanto por su nivel cognitivo como por los problemas conductuales) buscar una escolarización más específica que la que le ofrece el sis-

tema público de enseñanza nos argumenta que “no piensa empeñarse por su hijo”; o ese padre que amenaza con retirar a su hija del tratamiento como vuelva a recibir un empujón de ese niño de quien todos sabemos que empuja, y pega (las miradas se entrecruzan y alguna mano acariciará el brazo de la madre cuyos ojos empiezan a llenarse de lágrimas).

En esos silencios es cuando nuestra labor como terapeutas nos es exigida: reconvertir lo personal en grupal; convertir la negación en un punto de partida para el trabajo; no responder a la agresión con más agresión; que las heridas nos lleven a pensar con ellos qué está ocurriendo...

De todos los silencios ¿el más difícil de manejar como terapeutas?... el provocado por “no piensa empeñarse por su hijo”. Escuchamos ahí cómo Alfonso no va a tener salida a su trastorno. Él, precisamente, no tiene un funcionamiento psicótico, hoy por hoy, pero de pronto comprendemos lo que quizás no queríamos ver durante estos meses: que esos padres necesitan a Alfonso enfermo, un Alfonso que tiene unos descontroles impulsivos demasiado similares a los de su padre, una madre que en los encuadres más individuales nunca nos pudo hablar de su propia historia. En algunos casos los elementos proyectivos y la propia patología de los padres son tan determinantes en el trastorno que aunque abordemos con el niño sus dificultades e intentemos potenciar sus propios recursos, él no puede salir solo y el tratamiento en el Hospital de Día se convierte en un “como sí”.

Ese tipo de silencio nos muestra que en nuestro Hospital de Día hace falta además un espacio diferente. Un encuadre para ese trabajo más largo, más continuo que sabemos que en nuestros casos precisaría el trabajo directo sobre las propias estructuras patológicas de los padres y sus representaciones parentales. Sabemos que institucionalmente, hoy por hoy, no lo podemos ofrecer.

A ese silencio no le podemos dar sentido en el grupo, porque no les podemos ofrecer la respuesta. Será el Equipo el que

tiene que escuchar esa angustia, contenerla, y elaborarla para que no interfiera en la labor terapéutica. Ningún miembro del equipo nos veremos libres de las sacudidas que la patología grave de la infancia da a su entorno. Tanto el psiquiatra, como las auxiliares terapeutas, como los psicólogos y psiquiatras en formación... necesitarán en algún momento que el Equipo como tal les cuide, les guíe en el encuentro con la psicosis.

Sin embargo, una característica muy peculiar en los abordajes terapéuticos con niños pequeños es que la fuerza del desarrollo y su rapidez impone a todos los participantes del proceso terapéutico (padres, equipo de Hospital de Día) el cambio continuo. Quizás ese cambio es el que nos hace seguir adelante a pesar de las dificultades. A Alfonso y su familia les pudimos sacar muy poco de la red en la que estaban atrapados;... pero Alejandro fue capaz de dibujar el barco pirata del que tanto habla (Figura 4); y Jaime ya no está inhibido, está hablando, transmite esa felicidad de descubrir el mundo, aprende con tanto interés y facilidad que pasó del grupo mediano al de mayores, su madre le mira con una satisfacción que no habíamos visto antes, ya no habla de su hermana melliza cuando viene a recogerle...; y a Pedro aunque le cuesta jugar con los niños ya no habla de héroes, habla de lo que le pasó ayer en su colegio y si algo cambia o no ocurre como él esperaba ya no tiene rabietas inexplicables... llora y sabe mostrarnos qué es lo que le preocupa, a sus padres les da mucha pena ver su tristeza, su miedo ante tantísimas cosas cotidianas... pero saben cómo ayudarle.

Un año es la estancia media que los niños pasan en nuestra Unidad. Mucho si pensamos que la mayoría tienen 3 ó 4 años cuando entran a tratamiento, muy poco si pensamos en los muchos cambios que esperamos de ellos y de sus familias: que abandonen sus mecanismos de defensa más patológicos, que reconduzcan su desarrollo, que adquieran una conciencia de sí mismos separados, que la angustia sea tolerable y el mundo apetecible.

4. REFLEXIONES

Como todo recurso terapéutico tenemos obligación de reflexionar sobre el trabajo que realizamos. Una de las tareas que nos corresponde es determinar en qué pacientes está indicado un tratamiento intensivo como el que hemos descrito. En nuestro trabajo clínico y especialmente para las decisiones entorno a los diferentes abordajes terapéuticos recomendables en cada caso consideramos imprescindible diferenciar los cuadros clínicos en función de su psicogénesis.

Como planteé al comienzo de mi presentación, a la retracción del autismo se puede llegar por diferentes caminos. En nuestro caso, para la comprensión de los trastornos psicóticos infantiles, nos sustentamos en la Clasificación de Trastornos Emocionales Severos desarrollada por la Dra. Marta Peral. Otros lo harán sobre la Clasificación Francesa de los trastornos mentales en el niño y el adolescente (C.F.T.M.N.A.), otros sobre el Sistema Clasificador 0-3 (National Center for Clinical Infant Programs)... sistemas de clasificación más enriquecedores que los Internacionales. No es éste el momento para hablar de los planteamientos teóricos de la clasificación que utilizamos, pero sí insistir que las indicaciones de tratamiento (una de las cuales es la opción de tratamiento en Hospital de Día) dependerán de la comprensión que, a la luz de esa clasificación, tenemos de cada niño y del surgimiento de su trastorno.

Comentaré sólo un ejemplo de no indicación de tratamiento en Hospital de Día. En nuestra conceptualización hablamos de cuadros que tienen un claro componente orgánico. Nos referimos a aquellos trastornos médicos, habitualmente neurológicos, cuya presentación clínica incluye sintomatología autista, e incluso ciertas enfermedades que, por la limitación cognitiva que determinan el primer año de vida, dificultan enormemente el desarrollo emocional e interaccional, cursando con rasgos del espectro autista. En esos casos faltarían los instrumentos a través de los cuales se establece el vínculo y la indicación terapéutica principal es el trabajo específico sobre el

desarrollo (motriz, sensorial,...). En nuestra estructura de Hospital de Día no podemos potenciar ese desarrollo en la intensidad que se precisa, por lo tanto no consideramos que se trate de pacientes candidatos a ese tratamiento. Ello no quiere decir que no sea fundamental abordar también en esos casos los aspectos emocionales.

El Hospital de Día es un entorno privilegiado que permite una convivencia estrecha con el niño y un acompañamiento muy particular a la familia. Ellos nos han hecho aprender mucho sobre los distintos trastornos psicóticos de la infancia, por ejemplo: que algunos niños, pocos, pero sí algunos, sí tienen esa incapacidad innata para establecimiento del contacto afectivo que planteaba Kanner en su artículo de 1943 y que su evolución será siempre “muy peculiar” a pesar de los tratamientos;... y también hemos aprendido que muchos niños tienen una fragilidad que les hizo caer en la retracción... y que es posible sacarles de ella.

Nuestros pacientes nos han enseñado a lo largo del tiempo que sabemos mucho menos de lo que creemos;... que necesitarán tratamientos prácticamente... siempre; ... que nosotros les podemos acompañar en una etapa, que nuestra ayuda es crucial pero, de nuestro modelo de Hospital de Día también se tienen que separar porque nuestra estructura resulta insuficiente cuando alcanzan cierto nivel de desarrollo. Siguen necesitando cuidados, muchos, pero tendrán que recibirlos en otras estructuras.

El proceso de diferenciación y de individuación-separación les fue especialmente costoso y necesitaron nuestra ayuda. Esperamos haber creado ese espacio transicional que es imprescindible poseer para enfrentar la latencia, la adolescencia y la vida adulta... y esperamos que nuestro tratamiento se haya convertido, como tantas otras cosas de su vida, en esa presencia psíquica contenedora que transita por el espacio transicional y arrastra al encuentro con el mundo.

BIBLIOGRAFÍA

- BOWLBY, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires. Paidós. "Orig" (1969).
- BOWLBY, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona. Paidós. "Orig" (1969).
- BRAZELTON, T.B. (1989). *Escuchemos al niño*. Barcelona: Ed. Plaza & Janés. "Orig" (1984).
- CRAMER, B. y PALACIO-ESPASA, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés : Etudes clinique et technique*. París : Ed. Presses Universitaires de France.
- KANNER, L. (1943). Autistic Disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2: 217-250.
- LIEBERMAN, A.F. y PAWL, J.H. (1993) Infant-parent psychotherapy. En Zeanah (comp.). *Handbook of infant mental health*. (427-442) Nueva York. Guilford Press.
- MAHLER, M. (1965). Psicosis infantil temprana: los síndromes simbiótico y autístico. En *Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos*. (133-142). Buenos Aires: Ed. Paidós.
- MAHLER, M. (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International Journal of Psycho-Analysis.*, Vol. 53, part. 3: 333-338.
- MAHLER, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Ed. Marymar.
- MAHLER, M. (1984). *Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- MAHLER, M. (1984). *Estudios 2. Separación-individuación*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- MANZANO, J. y PALACIO-ESPASA, F. (1984). *Estudio sobre la psicosis infantil*. Ed. Científico Médica.
- MANZANO, J., PALACIO-ESPASA, F. y ZHILKA, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*, Bilbao, Ed. Adtxa.
- MISÉS, R. (1985). Aproximación dinámica a las deficiencias intelectuales del niño. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 0: 53-75.
- MISÉS, R. (1992). Pautas orientadoras en el tratamiento de la psicosis autísticas. En PARQUET PH. J., BURSZTEJN, C. y GOLSE, B. (dirs) *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*. (pp. 17-31) Barcelona, Masson, S.A.

- MISÉS, R. (2000). Actualidad de las patologías límites del niño. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30:5-19.
- NATIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAMS (1998). *Clasificación diagnóstica: 0-3*. Buenos Aires, Paidós.
- PARQUET, PH. J., BURSZTEJN, C. y GOLSE, B. (1992). *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*. Barcelona, Masson, S.A.
- PERAL, M. (1986). *Hacia una clasificación de los trastornos emocionales severos de la primera infancia*. Jornadas Internacionales de Avances en Psicología y Psiquiatría Infantil. Madrid.
- STERN, D. (1997). *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós. "Orig" (1995).
- TOWBIN, K.E., PEARSON, G.S. y COHEN, D.J. (1993). Conceptualizing "borderline syndrome of childhood" and "childhood schizophrenia" as a developmental disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32 (4): 775-82.
- WINNICOTT, D. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión "no yo". En Winnicott (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 313-330). Barcelona. Ed. Laia.
- WINNICOTT, D. (1992). *Realidad y juego*. Ed. Gedisa.

PSICOSIS INFANTIL: UNA MIRADA ACTUAL: TRABAJO CON TGD EN LA ESCUELA PUBLICA*

Charo Carrasco Guerrero Josep Checa Peña***,
Montserrat Palau i Pujol******

Programa de intervención del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de la red sanitaria pública del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, en los Colegios de Educación Especial Públicos (CEE) para el abordaje de niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD).

El objetivo de este programa es la creación de un marco global e integrador de las necesidades educativas y terapéuticas de los niños con TGD dentro del ámbito escolar de la educación especial pública.

El trabajo en equipo posibilita que el centro escolar se convierta además de un espacio educativo, en uno terapéutico, generador de salud, con capacidad de contención y con la posibilidad de dar contenido emocional, cuando se puede, a las actuaciones y comportamientos de los niños y adolescentes enfermos.

* Comunicación libre presentada en el XVIII Congreso Nacional de Sepypna que, bajo el título "Psicosis infantil: una visión actual", se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre de 2005.

** CSMIJ Fundació Orienta-Barcelona csmij hospitalet@fundacioorienta.com
Teléfono: 932 600 810.

*** CEE L'Estel-Can Bori de l'Hospitalet de Llobregat-Barcelona.

**** CEE Can Rigol de El Prat de Llobregat-Barcelona.

Decimos que ésta es la base de construcción del programa, porque el niño-alumno pasa muchas horas en el centro escolar y es la relación y la vinculación que el alumno establece con su tutor y educador la que es realmente generadora de salud, evolución y tratamiento. Es por ello también que creemos que el equipo docente del CEE, necesita de un soporte constante por parte del resto de profesionales, en especial por el del CSMIJ, para poder “pensar” a posteriori todas aquellas acciones que, cuando se producen, invaden, y dejan poco lugar para la reflexión.

La intervención tiene tres focos de actuación:

1. Intervención conjunta de los profesionales de la educación y de la sanidad.
2. Intervención psicoterapéutica directa con el paciente-alumno.
3. Intervención psicoterapéutica familiar.

El **PRIMERO** contempla la intervención conjunta de los profesionales que participan en el proceso terapéutico y educativo del niño y del adolescente y es el foco prioritario y destacado dentro del programa.

Estos profesionales son: el equipo de psicólogos clínicos y psiquiatras infantiles del CSMIJ; el claustro de profesores del CEE y el equipo de asesoramiento psicopedagógico (EAP).

Un profesional de cada uno de los sectores. Son los encargados de la elaboración del PAI (programa de atención individualizada) que cada alumno tiene y que recoge las estrategias educativas y terapéuticas que se van a llevar a cabo y que más adelante explicaremos con detalle.

Esta orientación se basa en las corrientes teóricas que sustentan que el trastorno autista y psicótico fragmenta, disgrega y separa la estructura de personalidad de los pacientes y de sus familias y, por tanto, las actuaciones y consultas que reali-

zan se extienden a través de la red asistencial, sin la posibilidad que algún profesional las coordine.

El psicólogo del CSMIJ se desplaza al CEE para realizar tanto el trabajo clínico como el soporte a tutores y educadores. El psicólogo del CSMIJ trabaja en el CEE, pero no forma parte de su claustro de profesionales, particularidad importantísima para evitar la confusión dentro de los propios profesionales. El programa atiende a los alumnos con diagnóstico de TGD y no a todos los alumnos del CEE.

El CSMIJ realiza diferentes tipos de asesoramiento y formación, desde el punto de vista clínico, a los tutores y educadores del CEE. Semanalmente hay sesiones de trabajo conjunto entre profesores que tienen alumnos del programa en sus aulas y la/el psicólogo clínico. Es un espacio dirigido a la formación específica sobre la patología de los alumnos autistas y psicóticos; abordamos caso por caso la situación escolar, clínica y comportamental que presentan los alumnos; es un espacio de reflexión, de contención de las emociones propias (de los maestros) y de los alumnos. Es importante pensar que estos alumnos provocan estados y situaciones emocionales muy intensas, que frecuentemente los maestros están enfrentados a una frustración continua y en muchas ocasiones a la falta de respuesta del otro; hay que tenerlo muy presente, en unos profesionales en los que el trabajo educativo siempre va unido a la evolución y el progreso; trabajar con este tipo de alumnos a menudo nos cuestiona –qué hacemos, por qué lo hacemos y de qué sirve–.

Otro tipo de formación que realiza el CSMIJ es el que va dirigido a la formación específica sobre la psicopatología autista y psicótica desde una perspectiva más teórica. Estas sesiones se realizan de forma diferenciada para cada una de las etapas del CEE (infantil, primaria y secundaria).

Y finalmente el equipo de profesionales del CSMIJ también ofrece sesiones a todo el claustro de profesores, una al trimestre, sobre el desarrollo normal y psicopatológico de la personalidad en el niño y en el adolescente.

SEGUNDO. Intervención directa con el paciente-alumno mediante las técnicas psicoterapéuticas prescritas:

- Psicoterapia de grupo.
- Psicoterapia individual.
- Intervención en el aula ofreciendo soporte al maestro y educador.

En las intervenciones psicoterapéuticas de grupo, hemos iniciado una experiencia incluyendo en ellas a los tutores y educadores, de la que esperamos poder reflexionar en el futuro. De momento está resultando de gran interés para todos y también va en la línea de aglutinar, unir, agrupar, en definitiva, integrar, en contra del curso propio de la enfermedad, la des-integración.

TERCERO. Intervención clínica en la familia a través de las diferentes técnicas de psicoterapia familiar.

Es importante resaltar que esta intervención nos resultó difícil en el inicio del programa; hay que tener en cuenta que no había demanda explícita de intervención psicoterapéutica por parte de las familias; eran familias que se habían recorrido muchos servicios con opiniones y criterios diversos y con muy pocas posibilidades de coordinación entre los profesionales que atendían a sus hijos; eran familias con hijos mayores, muy cronificados y con muy pocas posibilidades de tratamiento. A medida que se han incorporado alumnos-pacientes más pequeños en la escuela y también en el programa, esta intervención ha crecido esperanzadamente.

Estos dos focos de intervención clínica directa, tanto con el paciente como con su familia, se realiza mayoritariamente en el CEE, aunque hay ocasiones que el tratamiento psicoterapéutico se realiza en el CSMIJ. Las dos modalidades requieren que la responsable del Programa, coordine e informe a los diferentes profesionales de los tratamientos realizados. Especial cuidado requiere el tratamiento de esta información con las familias, un cuidado que pasa por pensar cómo usar, al tiempo que cómo conservar la privacidad de la información.

Esta intervención multifocal se concretiza, como decíamos antes, en la elaboración y revisión continuada (cada 6 meses) del PAI-Programa de Atención Individualizada. El PAI es un documento que pretende cumplir una función integradora de las visiones clínicas y educativas de la psicopatología del niño, unificando y enriqueciendo la actuación continuada de todos los profesionales: tutores, educadores, logopedas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicopedagogos, psicólogos clínicos. No es una simple recopilación de pautas pedagógicas y clínicas disociadas.

En el esquema del PAI figuran los datos del alumno, una descripción de su perfil, de personalidad y forma de relación, diagnóstico actual en cuanto al momento evolutivo presente y con qué ansiedades y defensas se maneja, los criterios organizativos en cuanto a su ubicación en el CEE, los contenidos y objetivos curriculares que se pueden trabajar, la atención psicoterapéutica que recibe y la intervención o no de servicios externos al CEE.

La filosofía básica del PAI es, sobre todo, la elaboración conjunta del documento, recogiendo objetivos y estrategias de intervención globales, consensuadas por todo el equipo pedagógico-terapéutico. En su elaboración participan la/el tutora/or del alumno, la jefe de estudios del centro escolar, la/el psicopedagogo del EAP y el/la psicóloga clínica del CSMIJ. Esta integración de visiones evita intervenciones disociadas y/o paralelas y permite la creación de un marco de contención global de las ansiedades del paciente-alumno y su familia, marco que es tan imprescindible y necesario para el abordaje de la psicopatología que nos ocupa.

CONCLUSIONES:

Este programa, basado en la coordinación constante, facilita el tratamiento global de los pacientes-alumnos con Trastorno Generalizado del Desarrollo, que debido a su complejidad

y gravedad, frecuentemente desbordan los recursos públicos de la asistencia primaria en Salud Mental (CSMIJ) o bien no son atendidos con la especificidad que requieren y de los recursos educativos públicos de los colegios de educación especial (CEE).

Contempla el trabajo en red entre los diferentes dispositivos de la Salud Mental y de la Educación.

Crea unos vínculos de CONTENCIÓN extensa y continuada entre los pacientes-alumnos y sus familias, que posibilitan que el tratamiento traspase las barreras del CEE, y la familia sea también generadora de salud y contención.

CHAPLIN DE NIÑO, Y SU MADRE*

Francisco Martí Felipo**

Resumen del artículo: Durante los años de latencia el pequeño Charles Chaplin sufre las consecuencias de diversos brotes psicóticos de su madre. Ambos son separados e ingresados en instituciones especiales. En su autobiografía, Chaplin insiste en las intensas vivencias depresivas que él sufre desde la infancia y que le acompañan a lo largo de la vida. Apenas convivió unos meses con su padre, un actor alcohólico, quien falleció prematuramente. Junto con su hermanastro Sydney, Charles cuidó de su madre enferma mientras ella vivió.

Palabras clave: Madre psicótica. Depresión infantil. Ausencia paterna.

“Es un caso excepcionalmente simple y claro. Siempre se interpreta sólo a sí mismo en su deprimente juventud. No puede deshacerse de esas humillaciones sufridas en anteriores periodos de su vida” (Freud, 1931).

Charles Chaplin inicia su autobiografía, publicada en 1964 a los 75 años, con un preludio, fundamental a mi entender, al que podemos considerar algo así como un recuerdo pantalla.

Él tiene doce años cuando su madre, de treinta y siete, le pide, en un tono entre la indiferencia y el reproche, que se vaya a casa de unos vecinos. No hay comida, en su hogar no hay

* Comunicación libre presentada en el XVIII Congreso Nacional de Sepypna que, bajo el título “Psicosis infantil: una visión actual”, se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre de 2005.

** Psiquiatra Infantil. Centro de Salud Mental de Villaverde (Madrid) Analista de niños. Asociación Psicoanalítica de Madrid. c/ Ocaña, 21, 8.º, D. 28047, Madrid Tfno. 917 173 872. E-mail: pacomarisa@hotmail.com

nada para él. Charles escribe: “Se leía el sufrimiento en su mirada. Una inefable tristeza me invadió y dentro de mí se trabó una lucha terrible entre el impulso a quedarme en casa a hacerle compañía y el deseo de alejarme de toda aquella miseria” (Autobiografía, pg. 9). Nuestro protagonista se va con culpa, “dejándola sola... sin darme cuenta de que pocos días después le esperaba una suerte terrible” (Autobiografía, pg. 10). Lo que siguió fue un reingreso de la madre en el manicomio, en un momento en que el muchacho comenzaba las tournées teatrales por su país.

El conflicto, entre el impulso a permanecer en casa con la madre y el deseo de huir de la pobreza y enfermedad que le rodeaban, significa un leitmotiv en su vida. El proceso normal de separación e individuación, es vivido con mucha culpa y falta la figura del padre para ayudarle a crecer con una mayor independencia. Hay además un conflicto incestuoso entre las pulsiones de vida que le empujan a buscar unos mejores investimentos e intereses vitales, y las pulsiones de muerte, ligadas a la fusión simbiótica con la madre, a la depresión culpógena que le retiene en casa. Las partes infantiles le mantienen junto a su madre y pugnan con las partes adultas que le empujan a partir para trabajar en aquello que le empieza a gustar.

Charles nació en 1889. Su madre fue actriz cómica en un teatro de variedades, como lo era su padre, cuya existencia apenas conocía. Hay pues una ausencia de realidad edípica cotidiana. Sus padres se habían separado al año de vida de su hijo. Desconocemos detalles sobre los cinco primeros años pero, a pesar de las mudanzas degradantes, Chaplin siente que su madre le transmitió valores como el amor, la compasión y la humanidad.

Únicamente a los cuatro años se recoge otro recuerdo encubridor que pudiera tener que ver con el papel de actor cómico. Durante una actuación la voz de la madre se quebró y el director de escena sacó a Charles solo al escenario. Cantó una canción conocida, pero se paró y dijo que primero recogería la

lluvia de monedas que le echaban al escenario. La carcajada general se repitió cuando el niño siguió, lleno de ansiedad, al director de escena que salía con el dinero recogido. Después imitó la voz de su madre quebrándose y hubo más risas con dinero. “Aquella noche fue mi primera aparición en un escenario y la última de mi madre” (Autobiografía, pg. 17). Podemos imaginarnos el efecto cómico y humorístico de la situación.

Dada la pobreza extrema a la que llegaron, él y su hermanastro Sydney tuvieron que separarse de su madre para ingresar en un asilo y luego en unas escuelas para niños pobres. “Los primeros días me sentí solo y desgraciado... me sentía completamente deprimido” (Autobiografía, pgs. 26-27). Estos momentos de depresión infantil son los primeros de tal cariz que manifiesta en el relato de su vida, momentos que se irán repitiendo, negando, discutiendo y elaborando.

Un día se enteran de que su madre “se había vuelto loca y que la habían llevado al manicomio... ¿Por qué había hecho mi madre aquello?... Tuve una vaga sensación de que se había evadido de su propia mente de un modo deliberado y desertaba de nosotros. En mi desesperación, se me apareció como en una visión mirándome patéticamente, luego desaparecía en el vacío” (Autobiografía, pgs. 32-33). Esa dolorosa alucinación evidencia el amor por la madre y la lucha contra la vivencia depresiva de pérdida.

Quedan bajo la custodia del padre, quien apenas si iba a dormir a su casa. Los niños están a cargo de la segunda mujer: “No tenía yo todavía ocho años, pero aquellos días fueron los más largos y tristes de mi vida... sintiéndome profundamente deprimido” (Autobiografía, pg. 35).

Enmarcado en ese estado de ánimo describe un suceso significativo. Al llegar de la escuela no encuentra a nadie en casa: “Quizás me habían abandonado... empecé a echarles de menos... La habitación parecía triste y poco acogedora, y aquel vacío me asustaba... No había nada de comida... me marché, desolado, pasándome la tarde recorriendo los mercados

vecinos... durante un rato me olvidé del hambre y de mi situación: Cuando regresé era de noche; llamé a la puerta, pero no contestó nadie... me sentía rendido y desgraciado... deprimido del todo". Olvidó su desesperación oyendo a unos músicos. "Pronto acabó todo, y su marcha hizo que la noche fuera todavía más triste". Llegó su madrastra borracha y echándole en cara que "ésta no es tu casa". Charles ve entonces que llega su padre tambaleándose y le cuenta sollozando que ella no le quiere dejar entrar. El padre arroja violentamente un cepillo de ropa a su mujer, golpe que la deja inconsciente. A la vista de lo que podríamos entender como una escena primaria sado-masoquista, Charles reacciona pensando que "aquel gesto violento hizo que perdiera todo respeto por él" (Autobiografía, pgs. 36-39).

Poco después la madre sale del manicomio y, defensivamente, Chaplin niega lo ocurrido: "Estábamos juntos de nuevo. La salud de mi madre era excelente y nunca pasó por nuestra mente el pensamiento de que había estado enferma. No tengo ni la más remota idea de cómo vivimos con aquella temporada" (Autobiografía, pg. 40).

Charles frecuentó poco la escuela, le resultaba aburrida y sin interés. Pasados los años, reflexiona sobre la necesaria combinación de investimientos e identificaciones en el aprendizaje y agradece a su madre la labor de estímulo y confianza en sus capacidades. "Si alguien hubiera tenido habilidad, si me hubiera trazado un prólogo estimulante para cada materia de estudio que hubiese iluminado mi pensamiento, si me hubiera nutrido de fantasía y no de hechos. Si me hubiese divertido e intrigado con el cubileteo de los números, si hubiera poetizado los mapas, si me hubiese dado una visión histórica y enseñado la música de la poesía, acaso yo hubiera sido un hombre culto y estudioso".

"Desde que mi madre había vuelto empezó a estimular de nuevo mi interés por el teatro. Me imbuyó el conocimiento de que tenía yo talento". (Autobiografía, pg. 41).

Un monólogo recitado en el colegio le hizo disfrutar del éxito: “Ésta fue realmente la primera vez que gocé de un modo consciente el hechizo del teatro. La escuela se convirtió en algo emocionante. De un niño oscuro y tímido, había llegado a ser el centro de interés tanto de los maestros como de los niños” (Autobiografía, pg. 42)

Un conocido del padre convence a la madre para que Charles inicie su carrera en las tablas a los ocho años. Una de sus actuaciones fue a beneficio de su padre, “que había estado muy enfermo..., mi padre apareció en el escenario respirando con dificultad, y haciendo grandes esfuerzos pronunció un discurso. Yo estaba entre bastidores mirándolo, sin darme cuenta de que mi padre era ya un moribundo”. (Autobiografía, pg. 50).

Los fines de semana que estaban en Londres visitaban a su madre. Movida por temores de salud, le decía a Charles “que el baile dañaba sus pulmones”. Dejó el trabajo y “unas semanas más tarde tuve un ataque de asma. Durante varios meses paseé una verdadera agonía, al no poder respirar. A veces quería tirarme por la ventana... Mis recuerdos de aquel periodo son borrosos. La impresión más sobresaliente era la de una pesadilla de circunstancias miserables... Parecía que vagábamos de una vivienda a otra... Me daba muy bien cuenta del estigma que significaba nuestra pobreza” (Autobiografía, pg. 51). Me pregunto si en este asma no hay un componente psicossomático: acabo de transcribir la disnea del padre y la hipocondría respiratoria de la madre, sendas fuentes de identificación inconsciente; además, la fusión con la madre, al regresar con ella, parece actuar de desencadenante.

Su padre murió, por abusar del alcohol, a los 37 años de edad. Era en 1898 y Charles tenía nueve años. Cabe destacar aquí lo conflictiva que resultaría para Chaplin la figura interna de su padre, como testimonian los personajes masculinos a lo largo de sus películas. Unas veces autoridades y otras rivales amorosos. En todo caso, el entierro le resultó “macabro y horri-

pilante y empecé a llorar... Cuando regresamos no había ni mota de comida en el armario... Mi madre no tenía ni un penique... Al regreso del funeral estábamos hambrientos... Yo llevaba dentro una fuerte vocación de comerciante. Siempre estaba dando vueltas en la cabeza a proyectos mercantiles... De cosas relacionadas con la comida... Llegué a ser veterano en desempeñar diversos oficios" (Autobiografía, pgs. 61-63).

Para colmo se avecinaba un nuevo brote psicótico de la madre. "De haber sido yo un poco mayor y más capaz de advertir la ansiedad de mi madre, me habría dado cuenta de lo que nos esperaba. Hubiera observado que llevaba varios días sentada, distraída junto a la ventana, que descuidaba la limpieza de la habitación y que se había vuelto extrañamente silenciosa". Dejaron de darle trabajo, y "mi madre permanecía extrañamente apática e indiferente". Una niña le dijo que "ha estado llamando a todas las puertas de nuestras casas repartiendo trozos de carbón y diciendo que eran regalos de cumpleaños para los niños" (Autobiografía, pgs. 70-71).

Indicado el ingreso, Chaplin miente y afirma que irá a vivir con su tía. "No olvidaré nunca aquella mirada desgarradora que me dirigió cuando se la llevaban. Recordé su trato cariñoso, su alegría y su cariño" (Autobiografía, pg. 73). "Cuando volví a la buhardilla, parecía como si me reprochara el estar vacía... no había nada de comida... en una esquina de la mesa estaba el caramelo que me había ofrecido. No pude resistir más y volví a echarme a llorar" (Autobiografía, pg. 74).

"Durante estas ocupaciones profesionales no había perdido nunca de vista mi objetivo último, que era llegar a ser actor" (Autobiografía, pg. 79). Un papel en una comedia le hizo sentir que "de repente abandonaba una vida de pobreza y entraba en el sueño deseado durante largo tiempo, un sueño del que mi madre hablaba a menudo, un sueño que ella había acariciado. ¡lba a ser actor!" (Autobiografía, pg. 81).

En las giras teatrales, "como yo era demasiado joven para estar con los demás actores, viví solo... Empecé a sentirme

melancólico... No aliviaba en modo alguno mi soledad”. Su hermano le escribía regularmente, “pero yo rara vez contestaba a sus cartas, por una razón, porque no sabía escribir bien... Cimentó un cariño fraternal que ha durado toda mi vida. Me acostumbré a vivir solo” (Autobiografía, pgs. 85-86).

Más de un año después reciben la noticia de que su madre ha recuperado la salud. “No pude menos de sentir ansiedad por la forma en que se acomodaría de nuevo a nuestras vidas, sabiendo que los estrechos lazos de otros días no volverían ya a existir entre nosotros”. La segunda individuación adolescente es ya un hecho doloroso. “Ahora su silencio resultaba desagradable, y a pesar de mi deseo de ser feliz, tuve que luchar contra la depresión. Mi pobre madre, que exigía tan poco de la vida para sentirse alegre y jovial, me recordó mi infeliz pasado”. ¿Por un juego de identificaciones proyectivas? “Muy pronto nos adaptamos uno a otro y desapareció mi depresión”. Chaplin elabora el duelo por el self y por las partes perdidas de él, con la independencia que otorga la pubertad. “Había pasado para nosotros la edad de la intimidad, pues ya no éramos niños, y esto hacía que la quisiéramos todavía más... De cuando en cuando se mostraba silenciosa y reservada y su alejamiento me entristecía. Aunque estábamos contentos de vivir con nuestra madre, también nos sentíamos satisfechos, en secreto, de salir otra vez de tournée”. En definitiva, de construir su propia vida.

Sin embargo, la madre vuelve a ser ingresada: “La noticia de la recaída de nuestra madre fue una puñalada en el corazón... La habían encontrado por las calles diciendo cosas incoherentes... Nunca recuperó la razón por completo. Durante varios años vegetó en el manicomio” (Autobiografía, pgs. 89-92).

Chaplin es consciente de que “había llegado a esa edad difícil y poco atractiva de la adolescencia” (Autobiografía, pg. 99). A finales de 1906, con 17 años, es contratado por Fred Karno y comienza a ser él, construyendo un personaje que “podía haber permanecido en el escenario cinco minutos haciendo

reír al público sin pronunciar una sola palabra” (Autobiografía, pg. 107).

Un año después conoce a Hetty Kelly y se enamora de ella. Pero ella no le quería de igual modo y Charles se angustia, adelantándose al decirle a ella que era mejor que se despidieran y no se volvieran a ver. “Cuando desapareció en el metro sentí un vacío insoportable. ¿Qué había hecho? ¿Había yo sido demasiado impetuoso? No debí plantearle la cuestión. Había sido un solemne idiota y hecho imposible el verla de nuevo, a menos que me pusiera en ridículo. ¿Qué iba a hacer? Sólo sufrir. Si al menos pudiera sumir en el sueño aquella agonía mental hasta que la volviera a ver. A toda costa tenía que alejarme de ella, en espera de que deseara verme. Acaso era yo demasiado serio, demasiado profundo. La próxima vez que nos viéramos me mostraría frío y despreocupado. ¿Pero quería ella volver a verme? ¡Claro que tenía que verme! No me podía despedir tan fácilmente” (Autobiografía, pg. 114).

Estos pensamientos reflejan la confusión y los sentimientos de muchos adolescentes ante su primer amor. “Aunque sólo la había visto cinco veces y cada entrevista apenas duró más de veinte minutos, aquel breve encuentro me afectó largo tiempo” (Autobiografía, pg. 115).

Una pregunta pertinente es la de si le defiende la creatividad de la psicosis. No parece que sea así puesto que hay dos líneas de relación entre la madre y el niño. Por un lado está la locura de la madre y la depresión infantil del hijo. Por otro el estímulo teatral materno sobre el que asientan las identificaciones de Charles. Habría que pensar esto en términos de Bion sobre la coexistencia de partes neuróticas y de partes psicóticas.

Por eso a través de la obra creativa de Chaplin se advierten los progresos en la elaboración de la relación con la mujer. Charlot suele quedar excluido en sus cortos y ha de ceder lugar a la pareja que elige la figura femenina o materna. En sus películas posteriores intenta restaurar la relación con la madre y la familia, o la elabora incluyendo los aspectos negativos.

Una imagen muy difundida de Chaplin es la de que maltrataba y rompía las sucesivas relaciones de pareja. En sus escritos los últimos veinte años de su vida con Oona O'Neill fueron felices y le permitieron rehacer la fantasía de una relación positiva con la figura materna interna. De esta forma integraba la relación de pareja no sólo a través de su obra creativa sino también en su vida cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

CHARLES CHAPLIN: My Autobiography, Bodley Head, 1964. Trad. Esp. Taurus, Madrid, 1989.

Han sido eliminadas las páginas
comprendidas entre la 47 y la 57 de su acceso
abierto

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y PSICOPEDAGÓGICO: TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO*

María Esther Díaz Rodríguez**

Resumen: El tratamiento de la psicosis infantil no puede reducirse nunca a una sola intervención. Es necesario habitualmente un conjunto de intervenciones de naturaleza diferente: diagnóstico precoz; exámenes complementarios: analítica de sangre y orina, estudio cromosómico; neurológico; exploraciones ocular y otológica completas; trabajo psicoterapéutico y psicopedagógico con el niño; trabajo con la familia: psicológico y de ayuda práctica. Estos elementos deberían constituir el eje de todo tratamiento de la psicosis infantil. Voy a plantear el tratamiento psiquiátrico posible desde una Unidad de Salud Mental, en un área sanitaria en la que no hay servicios intermedios.

Palabras Claves: Psicosis, tratamiento, padres, pedagogo.

Abstract: The treatment of infantile psychosis can never be reduced in one sole intervention. It usually needs a series of interventions of a different nature: early diagnosis; complementary examinations: blood and urine analysis, chromosomic study; neurological study, complete exploration of sight and hearing; psychotherapeutic and psychopedagogical work with the child; work with the family: psychological and practical help. These elements should constitute the axis of all treatment of infantile psychosis. I am going to highlight a possible infantile psychiatric treatment from a unit of mental health, in a sanitary zone without any intermediate healthcare services.

Key words: Infantile psychosis, treatment, parents, pedagogue.

* Ponencia presentada en el XVIII Congreso Nacional de Sepypna que, bajo el título "Psicosis infantil: una visión actual", se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre de 2005.

** Psiquiatra. Psicoterapeuta - Jefa de Sección del Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña / SERGAS (Servicio Galego de Saúde). Correspondencia: medara@eresmas.com

Estamos ante un conjunto de trastornos cuya presentación clínica puede diferir ampliamente según la edad, la concurrencia de patología orgánica, la estructura y el funcionamiento familiar.

Considerando los diversos programas terapéuticos, existe un consenso aparente alrededor de la necesidad de una aproximación pluridimensional: todo el mundo está de acuerdo en reservar un lugar para las acciones pedagógicas, así como para ciertas formas de psicoterapia individual y familiar, al menos desde la perspectiva de un apoyo a las familias.

La decisión de primar un tipo u otro de tratamiento está en función sobre todo del grado de evolución del niño y por tanto de su funcionamiento psíquico. En general, se admite que la psicoterapia individual está indicada a partir de un funcionamiento simbiótico.

El abordaje psicofarmacológico sigue estando limitado por la imposibilidad de incidir directamente sobre las posibles bases fisiopatológicas.

Sin embargo, en la actualidad disponemos de medicamentos que son útiles para mejorar determinados síntomas (manifestaciones de agresividad, hiperactividad motora, insomnio, crisis epilépticas) que, según su intensidad y consecuencias, se sabe que, cuanto antes se actúe sobre ellos, en mejores condiciones estará el niño para participar y beneficiarse de las terapias psicosociales y de los programas educativos.

Cuando se prescriben, debe de haber una aceptación de los padres y del niño. La información se dirigirá a este en términos apropiados a su nivel de comprensión; no se perderá el tiempo si se precisa el objetivo del tratamiento, su probable duración, las condiciones requeridas, sus posibles efectos secundarios y si se conoce su papel en el marco de la terapia. Se aplazarán los temores y los riesgos de un abandono del mismo por parte de los padres. Y se evitará, además, que éste no sea el objeto de proyecciones muy negativas o demasiado idealistas, es decir, poco realistas.

Por todo esto, parece importante que la prescripción emane del médico especialista.

El *pediatra* o el médico de familia, además de su contribución al diagnóstico inicial, puede ser de gran ayuda contribuyendo a evitar los malos entendidos. Encuentros regulares y una buena coordinación entre el pediatra y el psiquiatra, permiten establecer relaciones de confianza que repercuten favorablemente sobre la familia, evitan la multiplicidad de consejos y la dispersión, fuentes de confusión para los padres.

Respecto al *trabajo psicopedagógico* con el niño, lo que es común a nosotros y al profesor de pedagogía terapéutica, es el deseo de proponer al niño medios que le permitan conseguir una mejor inserción social y el mayor nivel de desarrollo posible; estos medios pueden buscarse en común a partir de las competencias específicas de cada uno.

Paso entonces, como decía al principio, a plantear el tratamiento posible desde una *Unidad de Salud Mental*:

- Asistencia en un marco integrado: terapeuta principal y colaboradores que estimulen distintas áreas.
- Trabajo psicoterapéutico con el niño.
- Tratamiento familiar.
- La búsqueda en común con el pedagogo de los medios que permitan la mejor inserción social, y el mayor nivel de desarrollo en el niño.

Me voy a centrar en el *tratamiento familiar*:

Se va a tratar de ofrecer a los padres y al niño una relación estable, que ofrezca garantías suficientes de estimulación y continuidad, libre de ansiedad, en la que la comunicación positiva y cálida posibilite el abandono de defensas primitivas, permitiendo la reestructuración, el crecimiento y una apertura al mundo exterior.

En las primeras entrevistas es importante saber cómo aprecian los padres la deficiencia de su hijo, sus expectativas; lo habitual es que estén sobrevaloradas. Además de cómo se sienten los padres al serlo de ese hijo que tienen.

Interesa preguntarse también en qué lugar nos están colocando, si nos ven como una consulta más, como un rival que lo sabe todo y frente al cual hay que someterse o rebelarse, etcétera.

Será importante detectar los vínculos de ese grupo familiar y hasta que punto la estructura de esos padres y de su vínculo con el niño, podrá aceptar los cambios posibles en el niño y en ellos mismos, o se convertirá en un obstáculo para que estos cambios se consoliden.

Hacernos cargo del problema desde el primer momento es aliviar la angustia y la culpa de los padres por el sufrimiento del hijo.

Contener la situación o sus dificultades nos exige pensar respuestas posibles para no terminar actuando identificados con las resistencias de los padres.

La tarea fundamental a la que los padres se tienen que enfrentar, consiste en superar el sentimiento de pérdida de la imagen del "niño perfecto" y en hacer un trabajo de duelo, es decir, desinvertir progresivamente esa imagen e invertir al niño real, lo que significa dejar de lado la idealización y admitir la ambivalencia de los sentimientos.

Como en cualquier situación crítica, las distintas formas de enfrentarse a esta tarea van a depender de numerosos factores del pasado, sobre todo de la personalidad previa y de la historia individual y familiar, pero también de las circunstancias actuales en torno a lo que les ocurre.

Partiendo *de cómo reaccionan los padres* ante un diagnóstico de este tipo, abordaré la acción terapéutica hacia los mismos.

Creo importante describir escuetamente el enmarque de la actividad asistencial como un elemento a tener en cuenta. Psiquiatra en una USMIJ, ubicada fuera del marco sanitario, la población asistencial es de 260.000 habitantes (rural 80.000 y urbana 180.000), de edades entre 0 y 16 años.

Cualquier tipo de intervención complementaria que se precise, es siempre en otra dependencia física en distintas zonas de la ciudad, con una media de desplazamiento entre estas de 30-45 minutos.

Cómo reaccionan los padres, en los distintos significados de la palabra:

1. *Obrando en sentido contrario*, negando la situación, actuando continuamente sin reflexión.

Lo aparente es que son remitidos para evaluar algo que el pediatra detecta referido al contacto y aspectos psicomotrices. Surgen demoras en la petición de consulta, anulaciones y nuevas peticiones de citas, subyace el temor de que se diga que al hijo le pasa algo grave, a las madres sobre todo las remite a sí mismas.

Los padres que acuden sin demanda propia, vienen con una coraza sobre su función parental, a la defensiva sobre cómo ejercerla.

Por delante ponen que el niño está bien, o que ha habido cambios, pero encuentran posible explicación en situaciones ambientales, familiares, ocurridas en los últimos tiempos previos a la consulta, incluso en conocidos o familiares cuyos hijos presentaban algún síntoma similar.

Las madres hacen más hincapié en el intercambio con el hijo, llegando a verbalizar alguna: “no me puedo comunicar con mi hijo”.

La ubicación de los profesionales que intervienen en la aproximación diagnóstica, en distintas zonas de la ciudad, facilita que se parcialice al niño y el pensamiento de los padres. Se abunda en lo que ya constituye patología en el niño.

A veces el apoyarse en algo orgánico en la patología psíquica libra de culpa. Mi experiencia con la psicosis precoz no es esa, porque se acaba requiriendo a los padres para hacerles pruebas a ellos también. Si ya tenían pensar en una transmisión hereditaria, estos hechos les refuerza la idea, sumando resistencias al tratamiento.

Si los padres pueden depositar su angustia en el profesional que los ha recibido para la primera evaluación, si los escucha, y canaliza las posibles rivalidades entre profesionales, se consigue frenar la actuación sin reflexión y se considera nuevamente qué hacer.

2. *Comportándose de forma ambivalente, racionalizadora y subdepresiva, el padre; entre la omnipotencia y la depresión enmascarada, la madre.*

Los padres se bandean desde el primer momento y a lo largo del tiempo entre: “no hay nada que hacer” o “se va a curar”, sin más.

El padre suele inhibirse más en su actuación, deposita en la madre. Es quien suele encontrar los argumentos en apoyo de que no es para tanto.

El padre se cree ilusionadamente poseedor del “poder” y niega con angustia sus sentimientos de fragilidad y dependencia. Por tanto, exento de responsabilidad, lo está también de culpas. Lo que le permite, de forma habitual, defensivamente, mantenerse en un ánimo subdepresivo.

La madre suele ser la que pregunta reiteradamente cómo puede ayudar a su hijo, qué tiene que hacer para que se ponga bien. Es una pregunta/afirmación. Dependiendo de una patología previa severa en su estructura, se llega a verbalizar que la solución estaría en marcharse con su hijo a un lugar apartado, solos, así se curaría. Es la omnipotencia (el que todo lo puede). Suelen aparecer síntomas somáticos funcionales, dificultades en la relación de pareja..., no suele pedir ayuda porque lo vive como falta de energía, no como una desvitalización que produzca queja, tristeza y un sufrimiento que lleve a consultar. Si ocurre, lo más habitual es que desde los servicios se den pautas pedagógicas de “buena” y “mala” madre, lo cual acaba angustiándola más.

Suele tener que ver con la identificación que hace madre-mujer, y con las identificaciones con sus propios padres, que desarrollaré más adelante.

En ambos padres, ansiedad y culpa. La intensidad según el grado de elaboración del conflicto y por tanto de lo ineficaces que resulten los mecanismos de defensa empleados habitualmente.

Siendo origen (raíz, nacimiento, causa de una cosa) y principio (cualquier cosa que entra con otra en la composición de un cuerpo), se consideran causantes de la enfermedad.

3. *Transformándose a través del tratamiento*, dando origen a otras nuevas formas de relación con su hijo y entorno.

En un primer momento tienden a mimetizar los síntomas de los hijos: desviación importante en la relación con las personas, disarmonía emocional y, en la utilización de las distintas funciones del Yo, hipervigilancia e hiperactividad, o lo contrario.

El aislamiento y la ocultación suelen ser previos incluso a la evaluación, tienden a quedar en casa y cada vez salir menos con el niño, preferentemente a lugares públicos o contactos personales. Perciben que no es igual a otros niños y aparece una actitud referencial: ¿por qué?, ¿qué van a pensar de los padres? Si son habituales en el niño la irritación, cólera, hipersensibilidad a algunos sonidos, se acaba racionalizando “no lo podemos llevar a ningún sitio, en casa está más tranquilo”. Están en la preocupación y la culpa, no en lo que la origina; está presente la muerte, por eso se sienten mejor estando todos juntos.

Emocionalmente, como se ha dicho antes, son estados de ánimo extremos: euforia y tristeza, todo menos la conveniente proporción de la armonía.

La actividad del Yo, tanto en la percepción exterior o interior, procesos intelectuales y los mecanismos de defensa, están alterados. Hay una variabilidad, según qué momento, en los mecanismos de defensa, predominando los más primarios: control omnipotente de objeto, identificación proyectiva, negación de la realidad psíquica, anulación, fantasía...; se distorsiona la percepción y los procesos intelectuales, hay una

situación similar al pensamiento impuesto, el hijo ocupa el pensamiento reiteradamente. Esto remite al narcisismo, a la relación con uno mismo y no con el objeto, a la completud.

Muy pendientes de todo lo que hace, dice, cómo se mueve, gestos, ánimo de su hijo, corre el riesgo de convertirse en un objeto de observación y en esto se pierde la perspectiva de lo evolutivo y madurativo. Lo que en otro niño pasaría desapercibido, o disfrutado y celebrado, aquí se transforma en preocupación y pregunta/afirmación temerosa de si es normal. Y la posición contraria, de verlo desde un esquema de comportamiento adulto, con lo que la pregunta los padres mismos se la contestan.

La angustia de partida, si no se canaliza, lleva a ir de un profesional a otro y cualquier comentario, noticia de medios de comunicación sobre el tema, los invita a acudir buscando la cura mágica. O bien no moverse de casa idealizando la cura en familia.

Aparecen duelos de identificación con sus propios padres y son frecuentes las dificultades, biológicas y/o fantaseadas, para tener estos hijos.

Sea por embarazos frustrados por diferentes motivos, aunque ya haya otro u otros hijos, o por la búsqueda de un sexo concreto.

Lo que se observa de forma común en las madres, es que han tenido a su vez madres poco contenedoras, culpabilizadoras; esto es un obstáculo añadido, por la vivencia o bien de censura o de desinterés por lo que ocurre con el hijo /nieto. Lo que dichas madres han dado probablemente de menos en términos de amor, ternura... y de más en términos de simbiosis paralizante, hipercontrol, restricciones, bloqueo de impulsos de autonomía..., las hace acreedoras a una importante agresividad por parte de sus hijas. La opción que suelen fantasear para liberarse de la madre es la propia maternidad. Se resalta una cara de la moneda en la idealización de esa maternidad: la de la omnipotencia, posesión, afectividad, la prolongación nar-

cisista. Se puede transformar en una exigencia hipertrófica de ser la Gran Madre, en oposición a la deficitaria madre habida. Es un ideal persecutorio, generador de ansiedad ante los temores a no cumplir y que las lleva a culpabilizarse y castigarse cada vez que fracasan (dolor físico, psíquico o ambos).

La conclusión de una evaluación diagnóstica de psicosis en su hijo para estas madres, es una vivencia muy dolorosa y perturbadora.

Se pretende contener, elaborar, establecer la reorganización para que la función parental se pueda desarrollar, que sean autónomos para ir resolviendo algunos problemas de su hijo y lleguen a pedir o querer lo que necesitan.

Tiene que haber una asistencia en un marco integrado: terapeuta principal y colaboradores que estimulen distintas áreas. No tiempos aislados de cada profesional.

Contener significa reprimir o moderar una pasión. Es necesaria la empatía, hacerse cargo de la ansiedad de los padres. Poder a través de un trabajo adecuado establecer o reformar la reacción, para lograr hacer desaparecer o aminorar la confusión y el desconcierto que padecen.

Es un trabajo de maternaje con los padres. Ellos proyectan sobre el terapeuta lo que no pueden tolerar y él se lo devuelve desintoxicado sin que les dañe. Lo mismo que el bebé tiene la sensación corporal de muerte por desintegración y va introyectando, no sólo lo que echó fuera sino lo que recibe de la madre con un sentido y así va diferenciando las sensaciones, se entiende que se puede trasponer esto a la relación padre-terapeuta. No hay interpretación. Tienen que captar que se está con ellos, ponerse en su lugar, pero no darlo todo por entendido, que haya una comunicación y un lenguaje con un significado a nivel habitual.

Desarrollar la elaboración, con momentos de dependencia regresiva en los que se ejercen funciones yoicas para los padres y, de forma simultánea, ayudarles a salir y renunciar a la completud, pasar del “yo ideal” al “ideal del yo”.

Es importante que los padres vayan significando los avances para que ellos mismos sigan para adelante en el tratamiento. Plantear/preguntar cómo lo ven, expectativas... No crear falsas esperanzas pero tampoco rebajarlas. Hay que empujar a los padres, pero no asumir funciones de ellos. Que vayan aprendiendo a manejarse en los distintos ámbitos con esos avances. Todo progreso, por pequeño que sea, es bienvenido y muy valioso.

Si fuera posible, un terapeuta trabajaría con los padres y otro con el hijo, se evitan rivalidades y es más efectivo. Si los padres tienen algún conflicto en torno a un tema, por mucho que se hable, van a tender a actuar según lo impreso en ellos. Muchas veces, lo habitual, no queda otra opción más que repartir el tiempo entre padres e hijo.

Hay que tener en cuenta, en la transmisión de mensajes, que siempre hay unas transferencias (ideales, fantasías de funciones que quieren que realice el terapeuta: padre, madre, amigo, un ideal...). Es decir, en las entrevistas, se reproducen conflictos y pautas de su pasado que adquieren vigencia actual, e invisten al terapeuta de un papel que no le corresponde.

No hay que olvidar patologías orgánicas, ej. hamartomas cerebrales, que producen síntomas psicóticos, y ponen un límite al tratamiento psicológico. Pero hay que tener presente que en el tratamiento psicoterapéutico tenemos en cuenta la realidad y trabajamos con fantasías y emociones.

Se trata, en definitiva, de potenciar los aspectos sanos de los padres, rescatar los recursos válidos, aprovechar las capacidades y modificar círculos viciosos y estancamientos. Un progreso facilita otro y un fracaso, igual.

Si se va aceptando la frustración se va dando paso al pensamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

- BION, W.R. (1980): *Experiencias en Grupos*. Barcelona. Paidós Ibérica.
- BLEGER, J. (1997): *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- CANTIS, S. (1996): El lugar de los padres en psicoanálisis de niños. Una reflexión teórico-clínica. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, nº 24.
- CYRULNIK, B. (2004): *Del gesto a la palabra. La etología de la comunicación en los seres vivos*. Barcelona. Gedisa Editorial, S.A.
- DÁZ RODRÍGUEZ, M.E. (2002): *Infante psicótico, padres perdidos*. *Revista de Psicoterapia y Psicósomática*, nº 49.
- DORADO, M. (2004): *Otra forma de mirar. Memorias de un joven con Síndrome de Asperger*. Madrid. Minor Network Editorial.
- GOLDBETER-MERINFELD, E. (2003): *El duelo imposible*. Barcelona. Herder Editorial, S.L.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, A. (1985): La relación madre-hija en la problemática de la depresión. I Jornadas Mujer y Salud Mental. Madrid 22/24 mayo-1985.
- LAPLANCHE, J. / PONTALIS, J-B. (1981): *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona. Editorial Labor.
- MANNONI, M. y otros (1980): *Psicosis infantil*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
- MANZANO, J. / PALACIO-ESPASA, F. (1987): *Estudio sobre las psicosis infantiles*. París. Editorial Científica Médica.
- MANZANO, J. / PALACIO-ESPASA, F. (1993): *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- MANZANO, J. y otros (2001): *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid. Necodisne.
- MANZANO, J. / PALACIO-ESPASA, F. (2002): *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao. Altxa.
- PARQUET, PH. J. / BURSZTEJN, C. / GOLSE, B. (1992): *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*. Barcelona. Masson, S.A.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1994): *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid. Editorial Espasa Calpe.
- SIGMAN, M. / CAPPS, L. (1999): *Niños y niñas autistas*. Madrid. Ediciones Morata.

TORRES DE BEA, E. (2000): Intervenciones Psicoterapéuticas en Instituciones Públicas. Cursos de Formación Continuada SEPYPNA. Madrid 1 diciembre-2000.

VALDEZ y otros (2005). Evaluar e intervenir en autismo. Madrid. A. Machado Libros, S.A.

LAS GRIETAS ESTRUCTURALES*

Charles Edward Baekeland**

Summary: This is a condensed clinical case study concerning the structural lability of a latent-aged patient who shows unusually clear differentiation between neurotic, perverse and psychotic functioning. We attempt to understand how his non-structure and its relation to fractures in his symbolic capacity are shifted towards different functionings according to his uneven tolerance of anxiety, frustration and mental pain.

Key Words: Mental Structure, Mental Pain, Symbolism.

INTRODUCCIÓN

Con esta comunicación quisiera tratar sobre la labilidad estructural de un paciente que presenta un inusitado abanico de modos de funcionamiento mental, entre los cuales él pasa a medida que su capacidad simbólica se ve fracturada y derrumbada por montos de angustia y dolor excesivos. Mi hipótesis básica será que las formas neuróticas, perversas y psicóticas de tramitar los afectos y la vida mental son, por un lado, soluciones de compromiso para manejar el conflicto; y, a la vez, los niveles de estructuración posibles en función de la mayor o menor presencia de déficit de investidura en la primera infancia.

* Comunicación libre presentada en el XVIII Congreso Nacional de Sepypna que, bajo el título "Psicosis infantil: una visión actual", se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre de 2005.

** Psicólogo.

MATERIAL CLÍNICO

Jaime es un niño de ocho años, pequeño y delicado, que me es enviado por una compañera psiquiatra. Sufre de terrores nocturnos recurrentes, enuresis diurna y nocturna primaria, encopresis leve, muy bajo rendimiento escolar y un desánimo generalizado. Jaime ha dicho varias veces a sus padres que quiere morirse. Se relaciona mal con los compañeros de clase y es susceptible y suspicaz ante ellos. Es posible que también sufra de alucinaciones ya que ve a Gollum por todas partes; y, como resultado de esto último está desarrollando fobias cada vez más extensas. Desde que tiene cinco años ha declarado que quiere ser una niña.

Jaime es el primero de tres hermanos: la segunda es una hermana que nació sólo catorce meses después de él, y la tercera es otra hermana, tres años más joven que él. Cuando pregunto por la procedencia del nombre "Jaime" descubro lo siguiente: el abuelo paterno, que murió cuando el padre tenía 11 años, se llamaba Jaime. El abuelo materno, alcohólico y depresivo, con el que la madre ha tenido una relación conflictiva, también se llama Jaime. Y dos tíos, hermanos de la madre y del padre también se llaman Jaime.

La madre parece inteligente, intuitiva y fría y el padre hace todo lo posible por minimizar los problemas de su hijo; es un hombre bonachón, grande y carente de insight. La madre me pide una entrevista para que pueda hablar con libertad de cosas que son difíciles de comentar con él. Me dice que la familia de su marido tiene problemas con los niños varones dado que suelen ser desvalorizados frente a las niñas y que su marido repitió lo mismo con sus hijos. Cuando Jaime nació su padre se volcó en él y hacía todo cuanto pudiera por compartir el máximo de tiempo juntos hasta llegar a convertirse en la figura de cuidados principal. Sin embargo, en cuanto nació la primera hermana se desinteresó bruscamente por Jaime y trasladó su afecto a su hija. Esta retirada de afecto e interés se agravó cuando nació la segunda hermana.

No existen datos particularmente llamativos respecto a su desarrollo temprano aparte de que Jaime fue a la guardería a los cinco meses desde las 09:00 hasta las 17:00.

Finalmente observo en las entrevistas que Jaime posee un lenguaje y una inteligencia considerablemente superiores a lo que le correspondería por edad, lo cual establece un contrapunto evolucionado interesante para pensar en contraste con sus síntomas regresivos.

A efectos de claridad expositiva y espacio me ceñiré casi exclusivamente a cómo Jaime pasa entre registros sorprendentemente diferenciados de funcionamiento psicótico, perverso y neurótico. Ha habido un lento pero progresivo predominio del registro neurótico a medida que ha avanzando su tratamiento, pero no quiero dejar pasar por alto que Jaime ha funcionado de las tres formas intermitentemente, desde el principio –incluso en la misma sesión– y eso sigue activo hoy en día.

Jaime empieza su tratamiento con una franca y masiva regresión. Después de tantear el terreno y familiarizarse conmigo y la consulta se niega a entrar y se tira, día tras día, en una pataleta feroz al suelo en la sala de espera. Le digo que nos podremos quedar allí mientras no lleguen otros pacientes, pero entonces tendremos que ir al despacho. Esto me presenta un evidente problema técnico ya que me veo obligado a llevarle en brazos. Entiendo que en ese momento no hay simbolismo que medie y Jaime necesita la gratificación directa e inmediata del contacto. Una vez en la consulta apaga todas las luces y se tumba boca abajo en el diván mientras se chupa el pulgar. Ha habido semanas enteras en las que se repetía esta secuencia sin variación alguna. En el curso de esas sesiones muy silenciosas le voy interpretando su necesidad de ver si yo –un hombre– puedo con él, si puedo sostenerlo, alimentarlo y aguantarlo a pesar de su rechazo y su odio.

A partir de ese primer tiempo empiezan las fluctuaciones claras en su funcionamiento. Veamos la erotización de la transferencia: Jaime se retuerce por el suelo de forma inequívocamente

sexual y me obliga a ser voyeur de ello, o va al baño y exige que sujete la puerta mientras él haga pipi. Me propone juegos sado-masoquistas en los que yo soy un caballito que él tiene que domesticar mientras intenta sofocarme con una manta a la vez que se frota contra mí. Me dice que de hecho él es un travestí y que cuando se baña se envuelve en toallas hasta convertirse en una princesa egipcia. Afecta una actitud feminoide que le cambia la voz y los gestos hasta parecer una niña coqueta. Y aunque ahora busca activamente el contacto físico conmigo entiendo que ha adquirido otro significado y no se lo permito ya que sólo contribuye a excitarlo más.

Le interpreto que quizá él ha sentido que se tenía que convertir en una niña para que su padre le amara, y, por lo tanto, él ahora intenta excitarse conmigo y dominarme aquí para recibir aquello que siente que le fue robado por sus hermanas. Esta interpretación despierta el ultraje narcisista entroncado en la exclusión edípica y Jaime responde atacándome violentamente, tirándome objetos a los ojos, pegándome, mordidiéndome y amenazando con matarme. Cubre las paredes de la consulta con un cuestionario para los otros niños que vienen a verme en el que tienen que votar si soy un hijo de puta, gilipollas, bárbaro, imbécil, idiota o no. Me dice con absoluta convicción megalomaniaca que, si votan que sí, él tendrá derecho a matarme.

En una misma semana en la que aparecían las declinaciones psicóticas o perversas también podía hacer repentino acto de presencia un tercer registro en el material de Jaime: el juego simbólico con los objetos de su caja. Él se identifica con un mono que tiene siete vidas, pero que se mató cayéndose seis veces de las lianas porque nadie le enseñó a escalar bien. El mono es el más fuerte de los juguetes y se dedica a luchar y a vencer a todos, especialmente al coche. Jaime cuelga la casa del mono –una maraña de lianas– justo encima de un río de lava, representado por el diván, y escenifica los accidentes del mono que siempre está cayéndose en la lava a pesar de estar protegido por una tabla de surf mágica. Creo que este juego,

en particular, representa de forma muy plástica la vida interna de Jaime: su casa/cabeza es un lío enmarañado de lianas; está colgado justo encima del puro erotismo y agresividad desligados, y, a pesar del recurso defensivo de la tabla mágica omnipotente, las fallas en la capacidad para simbolizar ese río pulsional resultan en caídas y accidentes; es decir, síntomas.

DISCUSIÓN

A nivel diagnóstico el polimorfismo funcional de Jaime se presta a las ideas de Bergeret sobre las no-estructuras borderline, y creo que esta denominación nos es útil en la medida en la que puede avisar sobre el riesgo de un derrumbe psicótico en la adolescencia, como el que describen los Laufer, en el caso de no recibir tratamiento.

Jaime, a pesar de su evolucionado manejo del lenguaje y la cognición, representa el fracaso de la latencia: los procesos de represión y sublimación no se han podido instalar adecuadamente debido a la constitución de un yo débil y fracturado que debió sufrir una desinvestidura traumática por parte del padre, por no mencionar lo confuso que deben ser las identificaciones con los abuelos paterno y materno –ellos también referentes deficitarios: muerto uno, depresivo el otro.

No está de más también preguntarnos sobre los efectos de ir a la guardería de 09:00 a 17:00 a partir de los cinco meses de edad; creo que como mínimo lo podemos considerar un factor de riesgo favorecedor de patologías del déficit. Quisiera enseñarles un dibujo de Jaime que inspiró el título de esta comunicación: Jaime me explicó que era una grieta en lo que él llamó, para mi sorpresa, “El Mundo Primitivo”.

Ahora bien, la pregunta evidente que hacerse es: ¿por qué tales funcionamientos diferenciados? Volviendo a mi hipótesis del principio y basándome en el material clínico de Jaime y cómo y cuándo ocurren las transiciones entre un modo de funcionamiento a otro, me parece que, a un nivel la regresión

masiva a la psicosis, donde casi no media simbolismo alguno y la pulsión se descarga por la satisfacción directa, está en función del más radical desentendimiento posible de la realidad psíquica; y, a otro nivel, de la perentoria necesidad de reparar, a través del acto concreto, fallas tan graves que son sentidas como insufribles, y por lo tanto impensables.

En el caso de la perversión subimos un escalón en el desarrollo mental hacia el Edipo; ahora bien, es un terreno muy resbaladizo para Jaime. Entrar de lleno en el Edipo positivo con toda la carga hostil hacia el padre sería demasiado peligroso para Jaime porque su padre no se interesa por los chicos, sino por las chicas, y sigue necesitando compensar una grave falta de investidura, de modo que el Edipo no se tramita como tal, sino como otro escenario más donde intentar reparar fallas antiguas; de allí el predominio tal del Edipo negativo y la necesidad de erotizar la relación con el padre. El orden de la castración que está en juego para Jaime cuando funciona de modo perverso no es solamente la renuncia al incesto, el parricidio y la bisexualidad psíquica que constituyen el Edipo y la castración normales, sino la pérdida de sí, de la continuidad psíquica de la que habla Winnicott, ya que el sentimiento más primitivo de existencia se funda sobre la calidad y cualidad de los cuidados paternos.

Finalmente, para que pueda funcionar a nivel neurótico y manifestar la agresión del Edipo positivo hacia el padre y atacar una y otra vez el cochecito de su caja de juguetes, es necesario que Jaime se sienta suficientemente sostenido a nivel de las investiduras parentales en su mundo interno, y pueda tolerar el dolor de la falta –sin que él sienta que eso pone en riesgo su vida– a través de una malla de simbolizaciones que permitan tramitar la pulsión a nivel mental y crear vida interna donde antes hubo acto externo.

Recordando la feliz analogía de S. Freud sobre las líneas de fractura en los cristales para describir cómo se quiebran las estructuras mentales cuando están sometidas a presión

excesiva, y, uniéndola a las ideas de W. Bion, casos como el de Jaime me hacen pensar que la solidez o fragilidad de los enlaces entre las moléculas mentales está en estrecha relación con la tolerancia a la angustia, la frustración y el dolor psíquico. Esto tiene implicaciones en nuestra técnica ya que lo insoportable para el paciente será evacuado en el terapeuta, que frecuentemente cumplirá la función del pecho toilette de D. Meltzer, y debe procurar pensar los elementos muy crudos que serán depositados en él y devolvérselos en forma simbólica –las palabras.

Esto es más fácil de escribir que realizar ya que pacientes como Jaime a menudo sumergen al terapeuta en una marea de erotismo y agresividad desligados que ponen a prueba la capacidad de contención del mismo. Contratransferencialmente el terapeuta debe contar con que estos pacientes despertarán la sexualidad y la agresividad infantil propios y tendrá que soportar la considerable desesperación que proyectan en él. Me parece esencial que el terapeuta disponga de la suficiente libertad interna para estar en contacto con los afectos que le evocan estos pacientes a la vez que tenga la contención necesaria para poder reflexionar sobre ellos sin verse obligado a actuar. Las fracturas graves en la personalidad se sueldan tendiendo puentes de símbolos que permiten elaborar mentalmente algo cuyo origen es corporal –es decir, la pulsión.

Después de haber dudado, varias veces, si yo podía tolerar la angustia que me producía Jaime –como cuando intentó cortarse el cuello con la navaja del padre– quisiera terminar con una nota esperanzadora. Tras un año de trabajo a tres sesiones semanales, lo que suelen desear los analistas ha ocurrido: Jaime ha volcado casi toda su conflictiva en una tormentosa transferencia conmigo y los padres me informan que la mayoría de los síntomas se han atenuado mucho, se está relacionando bastante bien con los compañeros y parece contento.

Nota de agradecimiento: Quisiera agradecer la paciente y calmada ayuda de mi supervisor, René Soulier.

EVALUACIÓN DEL NIÑO GRAVE: DOS O MÁS EN LA CONSULTA*

Edith Bokler Obarzanek**

¿Cómo abordar la desconcertante sensación de que cada niño psicótico o autista parece diferenciarse por completo de cualquier otro que hayamos visto antes? La variedad de manifestaciones superpuesta a la diversidad de herramientas de evaluación nos confronta a un sinnúmero de interrogantes. Añadamos las divergentes teorías, tanto en el espectro amplio que va de la clínica biologicista a la psicógena como las vertientes dinámicas (Klein, Mahler, Tustin,...) y el desconcierto y la incomunicación interprofesional y con los padres están asegurados.

Entonces, ¿cómo valorar lo diferente si todo se repite, pero en proporciones y entrelazamientos tan idiosincráticos que la singularidad de cada niño desborda la rigidez, estereotipia y perseverancia común a todos ellos? ¿Cómo arribar a una mirada integral de un ser en desintegración y fragmentación? ¿Cómo, dónde, con qué recursos resulta más fecunda la observación?

Nuestra propuesta es incorporar las tareas de observación en el espacio terapéutico del Hospital de Día. Tustin habla de una evaluación extendida en el tiempo que, a través de "*detalles microscópicos*", sólo observables en "*los pequeños detalles de la vida cotidiana*" permite arribar a una comprensión del

* Comunicación libre presentada en el XVIII Congreso Nacional de Sepypna que, bajo el título "Psicosis infantil: una visión actual", se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre de 2005.

** Psicóloga.

niño. Así, con tiempo y sensibilidad, el observador iniciará un acercamiento que más tarde será incorporado en una secuencia más amplia, para beneficio del niño en la conquista de su identidad y para nosotros, en la comprensión de la psicosis.

En la práctica bipersonal de la consulta sabemos que algunos aspectos pueden ser abordados con igual minuciosidad y extensión. Otros quedan soslayados. En el espacio grupal podemos observar al niño en interacción, con su particular modo de organizar las experiencias, su temperamento, sus patrones regulatorios y las diferencias individuales en el desarrollo. La extensión en el tiempo y variabilidad de situaciones facilita a su vez conocer el funcionamiento más genuino de los padres.

Las características que O. Kernberg propone en el tratamiento de las patologías severas: neutralidad, flexibilidad, apertura, no estructuración, calidez, tolerancia e interés, tan necesarias para influir gradualmente en los conflictos intrapsíquicos, pueden extenderse también al proceso evaluativo. Esta propuesta no deja de responder en lo esencial al **método analítico**, pero manteniendo una actitud de disponibilidad y plasticidad que nos permita ser cuestionados y modificados por la experiencia.

Consideramos central a nuestra evaluación dos aspectos: los relacionales y la comprensión de las estereotipias. Lo **relacional** tiene un escenario de observación privilegiado en el Hospital de Día ya que permite el **encuentro** con un niño singular en acción y remite nuestra tarea a un trabajo de arqueología en el que a partir de pequeños fragmentos descubrir al ser que en potencia pelea por la existencia. Todo ello posibilitado por una evaluación prolongada en el trabajo psicopedagógico grupal, recreos, comidas, actividades de autonomía, despedidas y reencuentros múltiples.

La observación durante un lapso sustancial, en un escenario sostenedor, seguro y no excesivamente estimulante, en el que interacción y juego están alentados, en la cercanía de cuidadores-progenitores, con escenarios múltiples y cantidad y calidad de acercamientos y modalidades de relación, dan

oportunidad para la aparición de los límites y potencialidades de estos niños.

Surgirá más tarde el desafío de la integración de los diversos resultados y miradas en una formulación coherente que posibilite una comprensión fecunda junto a la ineludible tarea de entregar un diagnóstico a los padres y profesionales intervinientes.

Proponemos una lectura diagnóstica de las **estereotipias** como aquellos recursos compensatorios utilizados para evitar el desasosiego y mantener la ilusión de un mundo bajo su control, desbordando la concepción de síntoma que Winnicott dio: *“la lucha en pos de la libertad instintiva en relación con los temores internos que paralizan”*. La estereotipia sería así una transacción absolutamente rudimentaria y plana, en el sentido bidimensional del que habla Tustin para estos niños.

La variedad de encuentros con estos pacientes nos remite a la concepción winnicottiana de **encuentro de:** *“dos que juegan juntos”*. Subyace a esta propuesta la idea que la técnica, el método o la palabra son el tercero que interviene. Y, si el jugar como una emergencia espontánea del niño, es a la vez que constituyente del psiquismo, su más potente aliado en la cura, ¿por qué no aplicar esta misma idea a nuestra tarea diagnóstica? Si el juego es entendido como un intercambio, como un diálogo real con el mundo interno, el niño que nosotros vemos trae un monólogo, frases y palabras sueltas. Frente a la ausencia de juego, frente a esa borradura psíquica, en el discurrir de una actividad monótona, con dos o tres palabras o actos que se repiten sólo nos resta poner “en juego” la aceptación del *“sin sentido”*. Y construir desde un atisbo de creatividad, con los fragmentos, en los límites. Entonces, bajo el signo de esa misma insistencia del sonido o gesto, debemos perseverar en la búsqueda de un significado que dé sentido a ese fragmento. Como el arqueólogo que coloca el primer trozo aún incomprensible en una posición a la espera de otros hallazgos, así nosotros buscaremos abrir el camino en la búsqueda de un self escondido.

Describiré de forma resumida el trabajo en el Hospital de Día con niños de hasta seis años, trabajo comprometido con una evaluación que intenta agotar el circuito de deambulación tan corriente en estos casos. Con la mirada puesta en los aspectos relacionales y las estereotipias ampliamos con el interjuego entre la exploración individual y grupal la mirada sobre las vivencias subjetivas y las modalidades de interacción. Junto a los déficits instrumentales siempre variables y complejos exploramos las angustias y los trastornos relacionales para hacer posible la tarea de reinscribir al niño en un modo relacional diferente.

La evaluación extendida que utilizamos consta de tres a cinco entrevistas individuales, una semana de observación grupal de cinco horas diarias, dos o tres entrevistas familiares y contactos con la escuela o centro de atención. La **consulta inicial**, realizada por la psiquiatra, es una entrevista semi-estructurada y escasamente directiva que permite construir la historia evolutiva haciendo hincapié en aquellos acontecimientos que dan cuenta de la actual situación clínica. Junto a este hilo argumental, las anotaciones al margen del modo de interactuar del niño con los padres y objetos en la consulta. Este material servirá de base al Equipo para diseñar las estrategias de evaluación más adecuadas para cada uno de los pacientes elegidos.

En el inicio de la evaluación individual la **hora de juego estructurada** permite, empleando un material lúdico lo suficientemente pautado, crear un clima de confianza ente el adulto y el niño, que será el paso previo para otros instrumentos que por su complejidad suelen incrementar la ansiedad.

Patricia es una niña menuda y vivaz. Tiene 4 años y medio y ha sido evaluada a los 3 años con hiperactividad. El S.S. M de zona sospecha la existencia de un TGD. Los padres no se pueden hacer con ella, no acepta normas, es inadecuada en el trato y tiene un fuerte control omnipotente. Con 2 años caen en la cuenta que lleva un tiempo arrancándose el cabello y comiéndolo. Diagnosticada de Tricotilomanía no consiguen seguir las pautas y cortan por la sano. Le cortan el pelo.

La primer evaluación individual. El rellano y la escalera de acceso a nuestro sector nos han enseñado muchas de las habilidades motrices de nuestros niños y nos ha hablado de sus capacidades emocionales para sostener un espacio de transición. Patricia se separa de su madre despreocupadamente y sube las escaleras con una ligera torpeza sin mirar atrás. Su excesiva familiaridad con todos nosotros nos sorprende. Iniciamos la evaluación con una hora de juego estructurado, dada su escasa capacidad de concentración. Comprende las consignas y realiza todas las actividades, pero se cansa rápidamente y pide tijeras “Soy del equipo del recorte”, dirá mientras corta trozos de papel, “trozos de Patricia”, como ella alguna vez los llama. Luego vendrá el intento infructuoso de pegarlos sobre un papel. Más tarde dirá guarrerías, pedirá agua y la arrojará al suelo para tener motivo de fregar, su actividad predilecta. El cuerpo y la cabeza de Patricia son esos trozos desmembrados que no ha podido reunir.

Las **horas de juego libre**, entre 2 y 4, resultan la tarea diagnóstica individual de mayor interés. La lectura de este material permitirá perfilar la inclusión del niño en el espacio grupal más apropiado a sus características y será la puerta de entrada a su mundo subjetivo, al conocimiento de sus vicisitudes internas que luego traduciremos con las claves de nuestro alfabeto teórico-clínico. Conoceremos su adecuación o no a la realidad, su creatividad o falta de ella, su tolerancia a la frustración y la puesta en juego de las estereotipias.

De ser factible aplicamos técnicas proyectivas que también deben darse desde premisas más abiertas que permitan sortear las características más reiteradas de nuestros niños: control omnipotente, oposicionismo y un alto nivel de angustia o ansiedad.

Patricia y el CAT. Está en el despacho pendiente de todos los ruidos, ha retenido los nombres de todos los adultos del equipo y pregunta infatigablemente las mismas cosas. Su conversación graciosa y llena de anécdotas recuerda una sucesión

de fotocopias de charlas de adulto. ¿Es ella quien nos habla o son las palabras que toma prestadas de los otros? Patricia se excita y chilla. Comenzamos y sus desvaríos y confusiones aumentan. El habla excesiva se convierte en un discurso pobre y carente de fantasía. Poco o mucho hemos conseguido según se mire. Las secuencias que plantea son ilógicas, los personajes no interactúan, las omisiones son llamativas, decir una cosa y la contraria es la regla. “Están durmiendo, están despiertos... El mono, que es conejo, que es un perro...”. El monto de ansiedad es excesivo y tenemos que abandonar la prueba.

Fuera del despacho mira los juguetes y elige un maletín de médico. Mantenemos una larga y casi coherente conversación mientras me atiende. Ella me “saca todos los pelos que me ponían enferma”, luego con las tijeras se convierte en peluquera. ¿Quién es Patricia, para el CAT?, ¿la niña sin adecuación perceptiva, llena de distorsiones, de discursos ilógicos, sin creatividad o esta otra capaz de un juego simbólico, capaz de dar estructura y secuencia a una historia y realizar discriminaciones? De algo no cabe duda. Patricia viene a curarse, Patricia hecha pedacitos, con su cabeza-pelos desarmada necesita ser arreglada y nos conmina a que usemos todos los instrumentos de nuestro maletín mental para entenderla.

En los **aspectos cognitivos** nos interesamos por los déficits en el terreno de la sensorialidad, la percepción espacial, el lenguaje, la memoria y la simbolización. Nos valemos de instrumentos psicodiagnósticos estandarizados como el Mc Carthy, WISC-R; Brunet-Lezine, escalas de inteligencia o de desarrollo que más nos permiten hacer inferencias cualitativas que cuantitativas.

Miguel, un niño excesivamente formal, realizó un WISC-R ajustado a su edad en casi todos los ítems, cuando llegó el momento de recordar el cuento que evalúa memoria y lenguaje fue incapaz de seguir la consigna. En su reemplazo hizo un relato repetitivo y complicado de una historia que requería de habilidades lingüísticas y de memoria que superaban a las del ejemplo. Sus intereses restringidos y su compulsión a repetir

una misma escena, hacían su aparición. Un instrumento diagnóstico alejado del mundo subjetivo del niño señalaba un rumbo desde un lugar insospechado. De allí en adelante el Miguel más genuino mostraba que estaba sujeto a fantasmas aterradores que conjuraba con sus compulsiones. El otro niño, el formal, era un “como sí”.

Para la valoración pedagógica establecemos contacto con el centro escolar lo que nos permite validar y focalizar aspectos ya tratados con los padres o vistos a través del niño, para entenderlos desde una perspectiva diferente y contextualizar algunas de nuestras apreciaciones.

La **observación clínica en el Hospital de Día** es el elemento esencial que nos permite valorar los modos relacionales con pares y adultos, su capacidad de adaptación, el funcionamiento en un entorno terapéutico y la conducta alimentaria.

Lidia, de 5 años y medio, comenzó a rechazar los sólidos y lleva 2 años tomando biberones. En las actividades grupales se mimetiza con los otros niños. Come poco, negociando, y vomita. Se angustia al recordar a sus abuelos fallecidos y la llevamos al despacho. Da vueltas como dando cuenta de lo que circula en su cabeza y recordando la entrevista inicial nos da su propio motivo de consulta. “¿Yo no sabía que era yo?”. Con esta pregunta comienza el largo monólogo de una niña escindida y fragmentada con una producción francamente delirante y psicótica. Pudo transmitir vívidamente su sensación escenificando un terremoto. Lidia está sufriendo y el biberón le da la ilusión de un tiempo calmo, sin terremotos. Lidia necesitó vomitar palabras para comenzar a comer con algo más de regularidad.

A veces el eje de la observación se desplaza desde el síntoma más llamativo y lleva la observación por otros derroteros que requieren nuevos contactos.

Con Lidia fue necesaria una segunda entrevista a la cual sólo acudió la madre. Tras las preocupaciones más evidentes en torno al trastorno alimentario existían acontecimientos tanto o más estridentes desde nuestra mirada que desde la de la madre. Lidia no podía separarse de ella físicamente, no podía despren-

derse de aquella mujer a la que maltrataba y trataba de bruja. Sus pensamientos giraban en torno a muertos y cementerios.

Nada de esto le parecía relevante a la mamá de Lidia. Dos cánceres de extrema gravedad estaban atravesando el cuerpo de esta mujer en los tres últimos años. Preguntada por su situación anímica decía no sufrir por ello. Desaparecía por largos períodos debido a sus ingresos sin dar ninguna explicación, el padre continuaba en la casa familiar y Lidia era llevada a casa de su abuela. La falta de contención, las ausencias parentales, una madre que se cae a pedazos y una niña que se responsabiliza e identifica con un objeto al cual teme haber destruido. Para evitar ese dolor se fragmenta, pensar duele. Por ello Lidia se pega a los otros niños y hace lo que los otros hacen y dice lo que los otros dicen. Sus alternativas eran un vacío infinito o el terremoto. Lidia sólo podía existir siendo un bebé fusionado con su madre. El trastorno alimentario ya deja de ser el eje de nuestra atención: está asomando la psicosis.

Finalizamos con la **entrevista de devolución** que conlleva la posibilidad de generar una comprensión diferente por parte de los padres. Debemos ayudarles a *“encontrar su capacidad de ilusión anticipadora frente al hijo”* e iniciar una reflexión conjunta sobre las indicaciones terapéuticas y el cómo organizarlas para lograr su eficacia.

Con Iván realizamos una delicada tarea de desmontaje de un sinfín de actividades (logopedia, psicomotricidad, ludoteca, piscina,...) que no le permitían crear vínculos estables con unas pocas personas de referencia.

Ha concluido una etapa, hemos intentado sortear desde una mirada amplia el desconcierto de esa diferenciación tan extrema de la que hablábamos al inicio. Permitiéndonos el asombro ante esos pequeños detalles, consiguiendo no acotar una evaluación que puede ser tan rica, aplicando sólo lo aprendido en libros de forma defensiva, aunque ello implique el encuentro directo con la angustia psicótica y desintegrativa. Frente al aislamiento y la estereotipia insistimos en el encuentro. *“Somos mucho más que dos”*.

EL VÍNCULO CON EL ADOLESCENTE QUE NO HABLA Y LA PSICOTERAPIA COMO ARTE DE LLEVAR LA CONVERSACIÓN

La conversación deja siempre huella en nosotros. Lo que hace que algo sea una conversación no es el hecho de haber-nos enseñado algo nuevo, sino que hayamos encontrado en el otro algo que no habíamos encontrado aún en nuestra experiencia del mundo. La conversación posee una fuerza transformadora. Cuando se logra, nos queda algo, y algo queda en nosotros que nos transforma. Sólo en la conversación (y en la risa común, que es como un consenso desbordante sin palabras) puede crearse ese género de comunidad en la que cada cual es él mismo para el otro porque ambos encuentran al otro y se encuentran a sí mismos en el otro.

H-G Gadamer (1)

Quisiera presentar el caso de José, un varón de 19 años, que llega a mi consulta a través del psiquiatra que trata a su hermana, cinco años mayor.

La narración del derivante

Ella, la hermana de mi paciente, es, por lo que me cuenta por teléfono su terapeuta, una paciente muy grave, diagnosticada de trastorno de personalidad borderline, muy problemática desde los 12 ó 13 años. Con múltiples y desconcertantes síntomas somáticos a los que finalmente se atribuye un origen psicógeno, ha sido atendida en los servicios de oftalmología y traumatología, llegando a ser intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones de una rodilla. Durante años presenta una muy preocupante alteración del comportamiento alimentario, un inquietante consumo de tóxicos... Clínicamente está estable en la actualidad, y el derivante sugiere que es este momento de tranquilidad familiar el que permite que José encuentre un espacio para hacer oír su queja.

EL RELATO TELEFÓNICO DE LA MADRE

Fijar una cita supone ya una primera conversación telefónica con la madre del paciente. Ésta, simpática, habladora, tolerablemente invasiva, aparece encantada con la posibilidad de hablar un momento conmigo, expresarme su preocupación por su hijo, dejarme clara su disponibilidad para cualquier cosa y manifestar su esperanzada confianza en mi trabajo. José es presentado ya como “un chico estupendo, pero que es incapaz de centrarse en el trabajo, que es que no le echan porque su jefe es su tío, que está muy cabreado siempre, que no se le puede decir nada porque se pone que es que no hay forma, y que además bebe una barbaridad los fines de semana, que a ella es que le preocupa mucho, que luego coge el coche...”. Propone una primera entrevista en la que ella y su marido acompañen al paciente, “y luego ya que sea él el que cuente sus cosas”, “que ella no se quiere meter”.

EL ENCUENTRO CON EL PACIENTE Y EL ESCENARIO FAMILIAR

En nuestro primer encuentro, el paciente, flanqueado por sus padres, permanece inicialmente silencioso y sumiso, mirando al suelo, y deja que sean ellos, ambos policías, quienes lleven la iniciativa de insistir en que “lo ven muy descen-trado, muy despistado”, y, como apunta su padre, “muy agresivo, aunque su fondo sea fenomenal”.

Alto, fuerte, seductor, José asiente al relato de sus padres, y despliega una sonrisa enorme para admitir que todo ello es cierto, que también es verdad que consume mucho alcohol los viernes y los sábados (por lo menos diez whiskies con coca-cola cada noche), que no se le está dando bien el trabajo en el taller de chapa a las órdenes del hermano de su madre, que se enfada mucho y muy fácilmente... Y que no sabe por qué.

Los padres dibujan un escenario familiar marcado por la enfermedad de la hermana de José que, ausente en la reunión

es sin embargo la más presente, dado que a ella se le concede el papel protagonista en la reciente historia de la familia y se coloca en ella el origen de un drama que ha marcado a todos y en especial a mi paciente. La enfermedad de esta chica ha originado lo que sus padres llaman “un resquebrajamiento del núcleo familiar”. Durante años no ha existido otro problema que el de ella y su enfermedad, dadas las situaciones que constantemente les hacía vivir. Retratan a una adolescente en constante “acting”, que arrolla a todos en su onda expansiva, que desborda por completo a unos padres que penosamente sobrellevan lo sucedido apoyándose en los psicofármacos y que deja a José entre el desamparo y la necesidad de convertirse en adulto a toda prisa.

EL PACIENTE

Sin embargo, recogiendo datos sobre la historia del paciente, lo cierto es que fue él quien primero precisó asistencia de índole psicológica, dado que llegó a acudir a un centro psicopedagógico, al parecer poco antes de que se iniciasen los problemas de su hermana. Tenía ocho años y presentaba algunas dificultades en el colegio donde se distraía con facilidad, era muy revoltoso y le costaba terminar las tareas. No era infrecuente, además, que pegase a otros niños y les quitase sus cosas. De una energía desbordante, muy inquieto, su pobre rendimiento académico no era fácilmente explicable dado su potencial y se atribuyó a dificultades de atención y concentración, enfatizándose el papel jugado por una superprotección materna, que influía negativamente en su sentimiento de autoeficacia. La lectura detenida del informe que traen permite hacerse una idea de la prolongada pegazón que caracteriza a la muy erotizada relación entre José y su madre. Se explicita que “los dos son muy mimosos y cariñosos, y que además les gusta manifestar esta conducta delante de los demás”. Se apunta dentro del apartado dedicado a las pautas familiares

que habría de aprovecharse la nueva habitación de que dispondrá el paciente en ese momento para ir “poco a poco sacándolo de la cama de su madre” aunque se aclara que “eso no significa que los dos no puedan jugar un rato antes de que José se vaya a dormir”. En cualquier caso, sí se insiste en que su padre “podrá irse a la cama cuando tenga sueño”, y que “no tendrá que esperar a que José y su madre hayan terminado sus juegos o a que José se haya quedado dormido”. El padre, “con el que el paciente se lleva muy bien y al que le gusta parecerse” está llamativamente ausente, se inhibe a la hora de participar en los juegos y las actividades de José y elude la función paterna de corte, separación, ley y orden.

Durante dos años el paciente acudió dos veces por semana a este centro psicopedagógico y sus padres recibían algunas pautas a seguir. Es por esta época cuando empiezan a despuntar los primeros problemas en su hermana y, poco después, cuando se produce el estallido psicopatológico que marca los siguientes años de la historia de la familia. A partir de ese momento, la imagen de José queda oscurecida y acallada por el ruido circundante.

EL PACIENTE EN EL MOMENTO ACTUAL

Con 19 años, el paciente aparece de un modo que coincide con la presentación que de él se hace. Simpático, bondadoso, despistado, perdido, deseoso de ser ayudado. Y con enormes dificultades para expresarse con palabras.

Nació y vive con su familia en uno de los barrios tradicionalmente considerados, quizás hoy no tanto, marginales dentro del municipio de Madrid. La ambivalencia marca la relación con sus padres y su hermana. Con esta última se siente muy comprometido y la cuida y protege como si fuese la pequeña. Parece querer mucho a todos, y también estar harto de ellos, cansado de los problemas de casa, de los que dice no querer saber ya nada, al tiempo que se implica y se preocupa enor-

memente por los problemas de su hermana, por su madre, que ha tenido una reciente mastectomía por un cáncer del que sigue en tratamiento, por su padre, que ha tenido múltiples sinsabores profesionales. Pero no quiere que le cuenten nada, dice. Ni contar él nada tampoco. Quiere que le dejen en paz, y elude muchas veces los espacios comunes, las comidas, por ejemplo, para evitar el contacto.

Trabaja como chapista en el taller de su tío y se aprovecha con frecuencia de su condición de sobrino favorito. Habla de este hermano de su madre como de una importante figura de identificación, y expresa con una mezcla de gusto y pesar lo mucho que se parecen. Ambos son explosivos hasta la violencia, con profundo y sincero arrepentimiento posterior. Se siente muy exigido tanto por él como por su madre, por las expectativas que en él se han depositado y que siente que no está pudiendo satisfacer. "No se le están dando tan bien las cosas como su tío se esperaba". "Él pensaba que le iba a poder hacer responsable del taller en poco tiempo y está viendo ahora que no". Tiene además muchos problemas relacionales allí, y son frecuentes los encontronazos y las discusiones con los compañeros y los encargados.

Es excesivo en general, en el consumo de alcohol, y de cocaína y pastillas como poco a poco me irá revelando. También en el gasto de dinero, que se le va sin darse cuenta. A este respecto, me sorprenden en la primera entrevista al revelarme que recibe una asignación semanal de sus padres a pesar de que tiene un sueldo fijo, lo que cuestiono al tiempo que propongo como un recomendable planteamiento de partida que habría de ser él quién se hiciese cargo de mis honorarios, algo que él acepta de buen grado.

Trabaja mañana y tarde durante la semana. Llega a casa, cena y se acuesta temprano. Duerme mucho. Así todos los días. Hasta el fin de semana, cuando sale y bebe a morir con sus compañeros de fatigas, amigos del barrio de siempre, en un funcionamiento que pasa por intoxicarse para desconec-

tarse y no pensar, en actuar, en experimentar corriendo riesgos muchas veces, violando la ley o mostrándose agresivo gratuitamente. O, en una vertiente más dulce, en explotar su lado caradura para acercarse a las chicas, con las que tiene bastante éxito aunque elude sin tapujos establecer una relación como tal. Me da la impresión muchas veces de anhelar un espacio de juego en el que no existan los problemas y en el que la expresión y la puesta en escena de sus pulsiones no tenga consecuencias.

EL VÍNCULO, LA NARRACIÓN, LA CONVERSACIÓN

La iniciativa personal del paciente por iniciar una psicoterapia es lo primero que me asombra. En el caso de que hubiese sido su entorno el que hubiese forzado una demanda de tratamiento, el paciente podría haberse zafado con facilidad dada su habitual firmeza para eludir lo que no quiere encarar. Antes al contrario, su motivación impresiona de propia, y en ese mismo sentido apunta su compromiso y su constancia al cumplirse el primer año de tratamiento. No deja de resultarme llamativo que un chico de sus características, con su gran dificultad para pararse, más si es a pensar, demande una terapia privada y cumpla con el encuadre con rigor. No falla casi nunca, avisa si va a faltar y paga espontáneamente las apenas dos citas a las que no ha acudido sin advertirlo con anterioridad. Acude puntual, pero, desde luego, espera que sea yo quien hable, y se molesta enormemente si mi propuesta conversacional va por donde a él no le gusta. “No quiero hablar de eso”, se enfurruña, y su enojo y su nerviosismo crecen si permanezco en silencio o si le cedo la iniciativa para que hablemos entonces de lo que quiera él. En ocasiones me asalta la fantasía de que se levantará y se irá. No recupera el sosiego si yo no cambio el tono y la dirección de mis preguntas.

El vínculo que ha establecido conmigo parece haberse construido con cierta facilidad, sin excesivos roces ni crispa-

ción, me gustaría pensar que porque ha podido percibir en mí una preocupación que es respuesta a su malestar. Y una tolerancia a la enorme dificultad que tiene para, una vez en mi consulta, hablar, poner en palabras sus sentimientos, construir un relato, conversar conmigo.

Tal y como plantea Holmes (2), la meta de la psicoterapia, tanto dinámica como cognitiva, es lograr hacer más consciente la propia vida mental, y propone como equivalente psicológico de la capacidad inmunológica a la “capacidad narrativa”. Así, la ayuda psicológica, que él considera muy relacionada con el apego seguro, dependería de una dialéctica entre construir relatos y romper relatos, entre la capacidad de construir una narrativa y descomponerla a la luz de una nueva experiencia. Habría de poder explicarse una historia coherente y, al tiempo, permitir que la historia pueda contarse de una manera diferente, quizás más curativa.

En el caso de José, el problema reside en cómo desarrollar verdaderamente este proceso dialéctico. Gadamer alude a la dialéctica como el arte de saber llevar la conversación, y resulta incuestionable en el caso de este paciente que conversar con él, acceder a su relato, construir con él una narrativa alternativa, no es en absoluto sencillo.

En el diálogo verdadero, propone Gadamer (3), dos personas, en una curiosa y estrecha unión, van tejiendo los hilos de la conversación, y tiene lugar esa apertura de una a otra que permite que los hilos de la conversación puedan ir y venir. Se precisa una disposición abierta para que pueda siquiera emprenderse, iniciarse una conversación, toda vez que tal inicio supone un tantear y un aproximarse, un entrar paso a paso en diálogo, de modo que puedan verse envueltas finalmente en él, haciendo posible el surgimiento de esa “primera comunión irrompible entre los interlocutores”. En mi pretensión de convertirme en interlocutor de José, de abrirme y abrir una conversación con él, en mi deseo de que el diálogo nos envolviese de un modo ya difícil de romper, he sentido siempre que se había

de prestar mucha atención a ese tanteo, a ese tiento espontáneo con el que yo debía de aproximarme a él y dejar que él se aproximase a mí, a ese ir tejiendo los hilos del diálogo. El verdadero diálogo precisa de unas determinadas condiciones, y su auténtico carisma sólo está presente en la espontaneidad viva de la pregunta y la respuesta, del decir y dejarse decir.

Mi paciente y yo concurrimos al encuentro terapéutico cada uno desde nuestra individualidad, cada uno desde nuestro horizonte hermenéutico, y es mi tarea la búsqueda de esa fusión de horizontes y la consecución, a través de la conversación, con sus objeciones o su aprobación, su comprensión y sus malentendidos, de esa especie de ampliación de su individualidad, de esa profundización en el nivel de conciencia de la propia vida mental, de esa construcción de una capacidad narrativa que permita al paciente cuidarse más y vivir mejor, con menos ruido, sin tanta necesidad de aturdirse para neutralizar la realidad y en un mayor y mejor contacto con su deseo. De modo que también ese “me ven mejor” en casa o en el trabajo del que habla últimamente pueda pasar a un verse él mismo mejor, y a un contarse él mismo mejor su propia historia.

BIBLIOGRAFÍA

GADAMER, H-G. *“La incapacidad para el diálogo”*, 1971. En Gadamer H-G. *Verdad y método II*. Salamanca, Ediciones Sígueme, 2004, sexta edición.

CITADO EN FONAGY P. *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona, Espaxs, 2004, pág. 157.

GADAMER H-G. *Op. Cit.*

LA MADRE QUE QUERÍA UN BEBÉ Y EL HIJO QUE NO PODÍA SERLO*

María Esther Díaz Rodríguez**

“Nadie me había dicho nunca que la pena se viviese como miedo”

C.S. Lewis

Resumen: Martín de 11 años es traído a consulta por sus padres al presentar síntomas depresivos, verbalizando últimamente ideas de muerte e inutilidad. Su aspecto físico es de menor edad que la cronológica. Es el aspecto físico de “un bebé grande”. Hace 5 años nació una hermana muerta. La madre llora amargamente al contarlo. Estuvo durante un mes sin ver a su hijo. Realizadas 8 consultas terapéuticas a lo largo de las cuales se produce una mejoría importante, se plantea como tratamiento, dado que Martín no quiere acudir, que vengan los padres. En un trabajo de ayuda a él, no por él, como ha sido su vida hasta ahora. Al cabo de 2 meses llaman aceptando la propuesta. Tras cuatro consultas el desarrollo fisiológico y psicológico de Martín se hace acorde a su edad. Es alta por tanto.

Palabras claves: hijos, padres, duelos, identificación, diferenciación, separación.

* Comunicación presentada en el 2.º Congreso AEPEA (Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente). “De la comprensión de la psicopatología al tratamiento” Sevilla, 15-17 octubre 1998.

** Psiquiatra. Jefa de Sección. Complejo Hospitalario Universitario “Juan Canalejo” - A Coruña / SERGAS (Servicio Galego de Saúde) Correspondencia: María Esther Díaz - medara@eresmas.com

Summary: Martin, who is 11 years old, is coming to the doctor's office with his parents because he presents depressive symptoms, having recently expressed lastly ideas of death and uselessness. His physical appearance is that of a child younger than his chronological age, that of "a big baby". Five years previously a sister was stillborn. The mother still cries sadly on recalling the events. At the time she spent close to a month without seeing her son. Having carried out eight therapeutic sessions during which an important improvement is observed, due to the fact that Martin does not want to come to these sessions it is considered that an alternative method would be for the parents to attend these sessions instead of him. It's a treatment to help him, not for him, as most of his life has been until now. After two months the parents call accepting the offer of the treatment. After four sessions of treatment the physiological and psychological development of Martin is in accordance with his age. He is discharged for this reason.

Key words: children, parents, mourning, identification, differentiation, overcoming.

Martín es un preadolescente de casi 12 años traído a consulta por sus padres, en julio de 1995.

Prefiere que hable la madre. Él se sienta en medio de los padres.

Hace un año que detectaron problemas, se quejaba de que no podía con el curso, que no dormía. Pensaron que se debía al curso, que ellos le exigieron demasiado al final, y a los métodos del colegio. Decidieron como solución un cambio de centro escolar.

En el campamento del verano del 94 se relacionó con chicos que no conocía y llamó a casa para que lo fueran a buscar. Acabó ingeniándose para no cumplir con lo que le disgustaba.

Sale con los padres, con los amigos poco.

Sigue sin dormir bien, se despierta de noche, se vuelve a dormir y después lo tiene que despertar la madre. Le pica el cuerpo.

En los últimos meses ha verbalizado ideas muy preocupantes para los padres:

- que es un inútil
- que sólo tiene ganas de morirse.

“Cosas que me machacan” –dice la madre.

No se ha producido el rendimiento escolar superior que esperaban en el nuevo colegio, ni cambio en sus relaciones personales. Éstas son escasas y proceden del colegio anterior.

Piensan como MOTIVO de lo que le ocurre, que el abuelo materno con el que estaba muy unido “desapareció del mapa”, (se casó en el año 1994 y se ven con frecuencia). Y que el tío materno por quien tenía pasión, fue a vivir fuera de A Coruña y se relacionan poco. Es veterinario. El padre resalta que su hijo tiene pasión por los animales.

Martín tiene un aspecto físico de edad inferior a la cronológica. “Un bebé grande”. Serio, no se muestra participativo ni espontáneo. Hay que preguntarle.

Los padres aparentan más edad de la que tienen.

Lo describen de CARÁCTER siempre reservado. Antes le gustaba compartir pero ahora se aísla. Carácter fuerte, le resulta difícil estar con varios niños a la vez, siempre hay algo que le parece mal. Dice que sí a todo. Se muestra afable con quien está alejado o no tenga nada que ver con su entorno.

Hace 5 años nació a término una hermana muerta. La madre llora amargamente al contarle. Tuvo un mes de ingreso previo por eclampsia y otro posterior por HTA, durante el que no vio a su hijo. Supone que el sufrimiento familiar que había se le transmitió a Martín.

Ambos padres consideran este hecho como un error médico. Les aconsejaron no tener más embarazos por si ocurriera lo mismo, aunque no hubo ningún diagnóstico anterior o posterior de algún tipo de organicidad. Al poco tiempo el padre se hizo una vasectomía.

Con los ADULTOS ajenos, Martín se somete. En casa, se lleva mejor con la madre, le cuenta sentimientos que no quiere comunique a su padre. Éste dice que es porque a él lo ve duro, aunque transige más que la madre y ahí está en desacuerdo la pareja. “Siempre me dejé manejar en plan amigo” dice el padre.

Con los NIÑOS, el mejor amigo que tiene es del colegio y es mayor que él. Prefiere a veces los pequeños porque los maneja con más facilidad. Con los de su edad la relación es compleja. Ambos padres opinan que le gusta mandar pero aparenta lo contrario.

En su HISTORIA EVOLUTIVA, a destacar, que es el primer y único nieto. Vino (sin esperar), se casaron y no era el mejor momento económico. La madre sitúa los primeros movimientos fetales en los 6-7 meses, el padre a los 4-5. Hubo que probar varios leches al pasar del pecho al biberón, por diarreas, que tuvo también con la dentición. Buen comedor. El padre dice que se alegran cuando deja algo en el plato.

Coincide la supresión del pecho con la muerte de la abuela materna en una operación cardiaca de recambio valvular. La madre piensa que el estado de ánimo en que estaban se transmitió a su hijo.

Control audiovisual paterno mes a mes de su *-desarrollo psicomotor-*. Tardó en hablar, según la madre. Con 3 años le costaba pronunciar palabras. No quiso chupete. Para dormir chupaba el puño.

La madre pregunta si hace falta que siga viniendo él, porque empiezan las clases y su historia ya se la contaron.

(Empiezan a producirse después de dos consultas cambios respecto a mayor actividad deportiva, contactos, menor apatía).

Controló *-esfínteres-* totalmente nocturno a los 7 años, con temporadas en que no controlaba y que cesaron desde el campamento del año pasado. Fuera de casa nunca se hacía. Fue entrenado desde los 6 meses.

La *-escolarización-* la consideran “traumática”, a los 2 años y medio. Se produjo cuando la madre empezó a trabajar. Tuvo llantos, diarreas y a los 3-4 meses decidieron dejarlo en casa al cuidado de un familiar. La madre señala que “los cambios siempre horribles”, “llantos durante días”. La información que tienen de los profesores es que pasados los primeros días, se integraba. Siempre fue arrastrando retrasos en el rendimiento, este año está empezando a ir mejor y con más ganas. (Se han realizado tres consultas).

La madre cuando habla le pide confirmación al hijo, éste adopta desde el principio una actitud de negativismo activo, estando siempre pendiente del reloj.

Respecto al *-sueño-*, le ha costado dormir solo, se iba a la cama de los padres. Al dormir en la misma habitación con el abuelo, iba a la cama de él; cuando marchó se alternaban en la habitación padre y madre con él, durante una temporada. La puerta de la habitación la deja abierta.

En su *-historia familiar-* destaca: la *madre* de 33 años es la mayor de dos hermanos. Se considera depresiva, piensa que se parece a su madre. Se entendió mejor con ella que con el padre, supone que por estar mucho tiempo juntas por la enfermedad cardíaca de la madre. Ni satisfecha, ni decepcionada con la vida, varió de cómo la esperaba. El *padre* también de 33 años, es hijo único; interno, alejado de casa, en un colegio, para que no lo contagiara su madre una enfermedad que por lo que dice pudiera ser neurológica degenerativa. Dice que sobre todo el primer año fue muy duro. No tiene recuerdos de la relación con su madre estando ésta bien. Falleció en el año 1980. Con el padre, regular, mejor desde que se casó, pero apostilla, también se ven menos. Considera que la vida ha sido positiva, son jóvenes y les queda mucho por delante.

CON MARTÍN SOLO

(Realizadas ya 6 consultas)

Llega con una pierna escayolada por un accidente deportivo. Dice que ya la madre sabe lo que le pasa.

Sonriente, parco en palabras, hay que preguntar.

De mayor le apetece ser veterinario, dice sin mucho entusiasmo; no tiene edad preferida; prefiere ser chico claramente, considera que tiene más ventajas. Piensa mucho sobre “tres deseos” y quiere ser listo, poder volar y no tener el yeso, sin más explicación. Le cuesta despertarse más que dormirse. Enfáticamente dice que no sueña. Considera que sus padres son iguales, buenos. Él juega más, ella más pendiente de los estudios. Hermanos no quiere, no le gusta compartir cosas. De lo ocurrido con la hermana recuerda que iba animado al colegio, le hacía gracia tenerla “como a todos”. Cuando le dijeron que murió, dice que no hizo caso y que no tiene recuerdos del hecho.

Se considera de carácter “muy manso”, “soy bueno y todo eso”. No cambiaría nada de él. A lo mejor algo físico. Amigos tiene pocos, “uno o dos”.

Los padres lo ven “vago” y le han planteado que pasará a un colegio público el próximo curso, que les parece que es desproporcionado el esfuerzo que hacen ellos, con los resultados que obtiene él, “y no voy a estar siempre tirando de él”, dice la madre. Que el año anterior la tenía “totalmente dominada” (se emociona).

Se realizaron, la *primera consulta*, 8 *consultas terapéuticas* y la *devolución* (que tiene que atrasarse, de nuevo, por la rodilla de Martín). De éstas, 3 con él solo, y el resto con toda la familia.

Cuentan el día de la *Devolución* que el problema de la rodilla es de *crecimiento*.

Martín serio, masca chicle, ni me mira, se sienta en dirección hacia los padres, al lado de la madre, no pronuncia palabra.

REFLEXIONES:

Hay una importante presencia de la muerte, sobre todo en la madre, y si ella no ha podido elaborarla (madre, hija, marcha del padre por segunda boda) hace años y llora, el hijo tampoco.

Hay paralización en su desarrollo porque está vinculado a los problemas con la muerte y la depresión que tiene la madre. Ocurren los hechos a edades importantes para él, 3 meses que se inicia la diferenciación, 6 años en Edipo... Con su pasividad opositora fuerza a la madre a que sea activa y está protegido.

El crecimiento probablemente vaya asociado a agresión o muerte y depresión. Pero su defensa ya no le está sirviendo porque llevada al extremo le lleva a la muerte.

La fantasía puede ser: si mi madre es activa, yo vivo; pero vive ella, él no. Está muy vacío en sus relaciones.

La madre se metió en ese vínculo de muerte, y mientras sea un bebé lo tendrá de por vida. Hay muerte cuando el niño crece. Así la separación va asociada a muerte y contribuyó a que ella se sometiera.

Necesitan un padre más presente. Trae algo de negación maníaca pero crecer no es muerte, lo verbaliza él en la vivencia de su historia pasada y futura. La madre tiene capacidad para pensar, vincular pero le falta el empuje del padre. Es necesario diferenciarse y compartir espacios comunes de otras maneras.

Tienen mucha capacidad para desarrollarse como padres y su historia personal los tiene atrapados igual que a su hijo. Hay una tendencia a llevar todo hacia el polo de la madre, hasta cómo se sientan.

Esas pérdidas estarán ahí, pero de otra manera con el tratamiento.

Necesita sentir el hijo que puede ser activo porque si no eso lo lleva, como dice, a ser inútil. Pero no de una forma pasiva o

dominante porque ésta la vive agresiva y se quiere morir. Si ve que los padres pueden querer solucionar las cosas, es un modelo bueno para él y distinto, no dominante o dominado.

Puesto que él no quiere venir a las consultas y aunque ha mejorado (en su ánimo, relaciones familiares y amistosas, realización de deportes, rendimiento escolar), no se ha solucionado totalmente el problema. Se plantea como TRATAMIENTO que vengan los padres, trabajar la relación paterno-filial, los duelos sin elaborar, no es que ellos resuelvan el problema de Martín, sino que puedan entender lo que le pasa y eso ayudará a su hijo a cicatrizar heridas y crecer. Queda abierta la incorporación de Martín en grupo familiar y/o individual.

Es un trabajo de ayuda a él no por él, como ha sido su vida hasta ahora. Que puedan estar más tranquilos con esas ideas de muerte y esto les favorecería a todos.

Cuando se hace esta propuesta a los padres, la madre se emociona abiertamente, el padre también pero lo niega, dice que hay cosas que se tienen que recordar, que tiene una rabia por dentro por la muerte de la hija que no se ha quitado, que es como la necesidad de buscar un culpable.

Lo que le dolió mucho fue tener que decírselo a su hijo, su llanto, y en ese momento decidió que la vida tenía que continuar y tenía que seguir.

Trata de trasmitirle a la mujer que la Tierra gira todos los días, pero hay veces que aún ella le quita fuerza, dice.

Tras pensarlo durante 2 meses pide cita la madre.

Se realizan *cuatro consultas con los padres*, con un progreso notable. No sólo desaparece totalmente la sintomatología que dio origen a la demanda de consulta, sino que el desarrollo fisiológico y psicológico de Martín se hace acorde a su edad, llegando a un grado de individuación importante. Y una elaboración (entendimiento, tranquilidad, actitud distinta hacia él) en los padres que permite el *alta* en marzo de 1997.

En el *tratamiento con los padres*, la madre empujó al padre a venir.

Destaco lo siguiente:

Cuando la madre habla de que antes se le indicaba algo al hijo y se echaba a llorar, no se aprecia bien quien lloraba, si la madre o el hijo.

Verbaliza ella que había un poco de que si lo mandaba o lo obligaba a algo, a ver si iba a perder a su hijo. Que le gustaría no tener a flor de piel la pérdida de la hija (se emociona), que no le afecte aunque la recuerde. Tuvieron claro, dicen, el no arriesgarse a ir a por más. La madre tiene la sensación, de ¿qué le va a quedar?, una vez que el hijo se vaya haciendo mayor y separando.

Que Martín rechazara la compañía del abuelo el primer día de instituto donde había sido profesor, el padre lo interpreta como que quiere volar solo.

A medida que transcurren las consultas ambos tienen un aspecto más jovial cada vez, la madre incluso cambia de peinado y engorda un poco.

Relatan los cambios en el hijo: sale mucho, presumido, le gusta una chica, toma decisiones con rapidez, antes callaba ahora expresa su opinión...

La madre habla de que todo lo pasado anteriormente lo tiene como en una nebulosa, ahora es capaz de expresar sentimientos y recuerdos, antes no podía sin echarse a llorar.

Se culpabiliza de haber mantenido al hijo “demasiado tiempo” en el *primer colegio*...

Dice que lo pasó muy mal porque Martín estaba como perdido y ella ya no podía más, se le juntó lo de él, con los recuerdos de la otra hija y le resultó mucho y muy duro, *llegó casi a pensar que él o ella*.

El padre dice que todo va bien, su hijo “nivelándose”, “encontrando su sitio”. “Vago”, pero sin la “apatía” de antes. Hay que ser firme pero responde.

A la madre no le gusta algún aspecto del carácter de Martín, *pero entiende que su hijo, dice, no puede ser como a ella le hubiese gustado que fuese*.

Termino con otras frases del escritor C.S. Lewis, "...la tristeza no se ha revelado como una comarca sino como un proceso. No es un mapa lo que requiere, es una historia".

P.D.

A fecha de diciembre de 2005, no han vuelto desde el alta a solicitar consulta.

LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA ESTRUCTURAL. EL ESTATUTO CLÍNICO PSICODINÁMICO

Juan Manzano Garrido*

INTRODUCCIÓN

Voy a mantener aquí la concepción relacional de la psicopatología y de su evolución. Sé que este punto de vista es conocido y compartido por muchos colegas, pero creo que es necesario precisarlo frente a una nueva/vieja ola de lo que considero una psiquiatría reduccionista y simplificadora y en última instancia tecnológica y deshumanizante.

Sin embargo, debo igualmente señalar que estos últimos años nos encontramos en presencia de una nueva consideración y cuestionamiento en el interior mismo de esta tendencia.

El título de un libro aparecido recientemente es significativo: "Relational mental health: beyond evidence-based interventions" (Guimón, 2003).

Por relacional entiendo un modelo, un punto de vista, sobre la psicopatología que se basa en el hecho de que el niño, desde el nacimiento, es un organismo; constituye un conjunto de elementos en interacción relativamente estable; es pues un sistema o una estructura viva.

En términos psicodinámicos dispone desde el nacimiento de una parte organizada de la personalidad (un yo), con una cierta representación de sí mismo y la expectativa de un objeto diferente de él (madre o equivalente) con quien interactuar: hay pues también una forma de relación de objeto.

* Psiquiatra. Psicoanalista.

En términos psicobiológicos, podemos decir que el sistema nervioso central (el cerebro) del recién nacido humano está “programado” para desarrollarse y entrar en relación con las personas que están a su alrededor y seguidamente con el mundo en general. Llega “programado” para “reprogramarse” en función de la relación. El desarrollo es concebido aquí como la modificación adaptativa del programa innato al contacto con el otro. El concepto de Freud de una evolución que va del funcionamiento regido por el principio del placer al que es dirigido por el principio de realidad, sigue manteniendo su valor.

Los trastornos psicopatológicos son consecuentemente desviaciones, o alteraciones, de este desarrollo sean cuales sean las causas: conflictos, contradicciones internas, lesiones somáticas internas o genéticas y acontecimientos externos. Los trastornos no son únicamente simples expresiones de estos factores, sino reajustes, reorganizaciones de la estructura para que los objetivos del desarrollo puedan seguir adelante, a pesar de las alteraciones. Los objetivos pueden resumirse en una palabra: vivir, lo que implica mantener la unidad del organismo, estar en relación con los otros, adaptarse y reproducirse. Los Trastornos psicopatológicos son pues la expresión del sistema que se ha reorganizado de esta manera. En mi opinión, todos estos enunciados son compatibles con los conocimientos actuales en neurobiología.

Las reorganizaciones patológicas de la personalidad siguen “patterns” (modelos), preformas de organizaciones tipo. La expresión de estos “patterns” son las estructuras psicopatológicas de base: trastornos reactivos, neurosis, trastornos de la personalidad y psicosis.

Se concibe que la psicopatología estructural, tanto en la evaluación como en la clasificación y el tratamiento, considera la persona como un todo que no es la suma de partes y plenamente individualizada, con un contexto familiar, social y una historia que son únicas. Por tanto, no es nunca exclusivamente una enfermedad, un síntoma o un conjunto de síntomas desla-

bazados. Se tratará no sólo de describirla, sino de comprenderla. En consecuencia, nuestros modos de evaluación, de clasificación y de tratamiento se hacen sobre una base relacional, incluso cuando comprenden diferentes técnicas psicológicas y farmacológicas.

La psicopatología estructural se distingue pues, de otras concepciones de la psicopatología, especialmente de las aproximaciones del DSM o ICDM. Estas aproximaciones presentan un interés por su carácter internacional y su simplicidad de criterios que permiten un uso general no exigiendo una importante formación previa. A pesar de eso, para nosotros esta aproximación sólo puede ser complementaria y jamás central en la práctica.

Voy a permitirme recordar la diferencia esencial entre la aproximación estructural y la DSM:

1. En lo que concierne a la **clasificación**, nuestra aproximación presupone la existencia de una teoría del funcionamiento psíquico normal, estando constituida la psicopatología por las desviaciones de dicho funcionamiento normal: se trata de la psicología clínica, en nuestro caso la psicología analítica del desarrollo que comprende fundamentalmente los conceptos de inconsciente, organización de la personalidad y la existencia de conflictos internos. Por el contrario, la DSM no presupone la existencia de psicología y considera esencialmente la patología mental como un trastorno fisiológico real o supuesto.

En nuestra clasificación, lo que se valora no es un signo o un conjunto de signos, como en la DSM, sino una estructura, un conjunto de elementos relativamente estables entre ellos. Buscamos pues organizaciones globales teniendo en cuenta todos los elementos posibles.

2. En cuanto al **tratamiento**, es necesariamente relacional. Puede comprender medidas farmacológicas, psicológi-

cas, sociales y educativas, pero conserva siempre como objetivo fundamental el establecimiento de una relación y la garantía de su continuidad el tiempo necesario. El tratamiento puede hacerse en Centro de Día o su equivalente y en particular gracias a la psicoterapia. La experiencia clínica acumulada nos permite hoy ampliar las formas de aplicación de la psicoterapia adaptándola a diferentes indicaciones –de grupo, familia–, psicoterapias breves y consultas terapéuticas. Se trata de apoyar las demandas de ayuda sobre las situaciones reales.

3. En cuanto a nuestro tema, la **evaluación**, presupone la observación de la relación del niño o adolescente con su terapeuta. A diferencia del DSM, no se trata de un método digital –presencia/ausencia– de un signo, sino de percibir y registrar todos los aspectos del funcionamiento tanto normales como desviados, orgánicos y sociales y construir una síntesis única, incluyendo lo que no está todavía formalizado ni descrito. Nuestro modelo de evaluación, de comprensión y de tratamiento exige, como consecuencia, una formación. Quizás desde este punto de vista no somos competitivos con otras concepciones. Pero lo que es seguro, es que nuestra formación es más interesante. La evaluación psicopatológica es una relación que enriquece también al terapeuta y le permite continuar su propio desarrollo a todos los niveles (psicológico, introspectivo, intelectual, existencial, humano).

UN MODO DE EVALUACIÓN ESTRUCTURAL

Me propongo presentar aquí brevemente nuestro modelo de evaluación. Es practicado en Ginebra desde hace 30 años en los Servicios Universitarios. Es específico, implica la noción de conjunto, de síntesis de todos los factores del funcionamiento psíquico.

Nuestra evaluación consta de una a tres entrevistas clínicas “clásicas”, caracterizadas por una posición general del terapeuta de “neutralidad activa” siguiendo y participando en la relación, pero sin introducir ningún elemento personal en la medida de lo posible. El objetivo del encuadre (setting) es facilitar al niño o al adolescente el máximo de asociaciones libres posible, expresadas según la edad, en juegos espontáneos en los que participa el terapeuta; en dibujos, verbalizaciones, expresiones de afectos, sueños y fantasmas. Generalmente al concluir la primera entrevista el terapeuta, en función del material presentado por el niño, introduce algunas cuestiones abiertas sobre los temas que el niño no ha explicitado suficientemente. Conciernen a las actividades escolares, sociales y de tiempo libre, los proyectos futuros, la vida familiar, los temores y angustias y los sentimientos de tristeza. No se trata en ningún modo de seguir una lista de items, como si fuera un cuestionario.

Nuestra tabla de evaluación deriva del perfil psicoanalítico elaborado por A. Freud y constituye un corte transversal del mundo psíquico del niño tal como se percibe en un momento dado y en circunstancias estandarizadas: su valor clínico se completa naturalmente con su puesta en relación con la anamnesis y las informaciones familiares y escolares. No se trata solo de describir la patología, sino igualmente todos los aspectos positivos y sanos. Nuestra tabla es capaz de señalar con objetividad, en la medida de lo posible, las diversas facetas de la personalidad del niño considerando las variaciones de lo normal y el punto de partida de la patología como un umbral a la vez cuantitativo y cualitativo.

El objetivo de tal evaluación, es permitir al clínico clarificar el justo valor y el lugar de los elementos que forman parte del conjunto de la vida del niño. Estos elementos, que el clínico aprecia en el curso de su evaluación se refieren a diferentes niveles de la personalidad del niño, orgánicos, psíquicos... Establecer el diagnóstico teniendo en cuenta, de la manera más integradora posible, los diferentes componentes, fuertes y

débiles de la personalidad del niño, el lugar de la sintomatología en el conjunto de su funcionamiento en este momento concreto de su desarrollo, las consecuencias de estos trastornos sobre su vida, los recursos y las demandas de su entorno, las manifestaciones transitorias o permanentes de estos trastornos,...

Esto permite decidir si se debe o no emprender un tratamiento y determinar las mejores formas de terapia a proponer. La tabla puede servir por fin para una sistematización más rigurosa de los hechos clínicos de un historial médico, a fin de ser utilizado de manera óptima en eventuales investigaciones, cara a clarificar más el proceso del desarrollo mental del niño. Viene a ser finalmente un útil de cierto valor para los psicoterapeutas, principiantes o no, permitiéndoles afinar su sentido de observación del niño y distinguir las manifestaciones de naturaleza patológica de las normales en un niño de la misma edad.

LA TABLA DE EVALUACIÓN (ESTADO MENTAL)

Se compone de un número de parámetros que permiten al final de cada entrevista recoger los diferentes aspectos del funcionamiento de la personalidad del niño.

Estos items me parecen suficientemente conocidos y no los describiré aquí de manera profunda.

La tabla comprende esquemáticamente los parámetros siguientes (podrían nombrarse y ser colocados de manera diferente):

1. **Impresión general** (las características más destacables que diferencian al niño de otro de la misma edad; actitud dominante y/o cambio en el transcurso de la entrevista.

Apariencia en función de la edad. Aspecto físico y signos observables que eventualmente puedan ser asociados a una afección orgánica.)

Ejemplo: Aislamiento relacional, reservado, poco comunicativo, temeroso, desafiante, complaciente, vivo, demasiado familiar, agresivo, hiper/hipoactivo, sumiso, muestra clara rivalidad, controlador,...

2. **Relación de objeto** (tipo de relación establecida con el terapeuta, personas investidas).

Ejemplo: Como habla de las relaciones con sus padres; modo de separación; como vive la relación con el terapeuta: con reserva, distancia, familiaridad, frialdad, control, sumisión, persecución, seducción excitación, necesidad de ser estimulado, necesidad de un intermediario, oposición, ...

Concepción del Self (da una imagen coherente de sí mismo).

Ejemplo: Sentimiento de sí mismo integrado, disociado, desvalorizado. Grandioso, omnipotente, cómo se ve él, a qué se compara, claramente diferenciado de otros.

Identificaciones (aspecto maternal /paternal asimilado, a qué imagen maternal/paternal podría identificarse).

Ejemplo: Identificación masculina/femenina fuerte, débil, dañada, omnipotente, confusión de sexos, tiene una identidad autónoma.

3. **Funciones del Yo.**

a) Autónomas.

Inteligencia (orientación, percepción, juicio, razonamiento, producciones simbólicas)...

Ejemplo: Tiempo, espacio, cronología, cuestionamiento, curiosidad, iniciativas,...

Lenguaje (ritmo, fluidez, defectos).

Ejemplo: Lacónico, breve, económico, dependiente de soliciación, tendencia a la logorrea, lapsus, seseo, tartamudeo,...

Motricidad global y fina (habilidad, actividad).

Ejemplo: Rígido, contenido, minucioso, hiperactividad, descarga motriz, gestos...

- b) Test de realidad y conciencia de los problemas (distinción entre mundo externo y mundo interno).

Ejemplo: Globalmente conservado; sin ser puesto en cuestionamiento, puede estar a veces alterado, patinazo, delirio, alucinaciones, confusión deseo/realidad, imaginación consciente, capacidad de nombrar sus miedos, de expresar sus problemas...

- c) Mecanismos de defensa (cómo el Yo se defiende para evitar sentir angustia de castración, fragmentación, depresión, separación,...).

Ejemplo: Desplazamiento, proyección, regresión, represión, formación reactiva, racionalización, sublimación, contrainversión, aislamiento de los afectos, identificación con el agresor, defensas maníacas, renegación, negación, escisión, identificación proyectiva...

4. **Afectos** (son deducidos de sus signos externos y se diferencian de lo que nos hace sentir).

Ejemplo: Presentes, expresados, variados, adecuados, modulados, monótono, controlados, inhibidos, ansiedad, tristeza, euforia,...

5. **Pulsiones. Vida fantasmática** (a través de juegos, dibujos, deseos, sueños).

Libidinales (interés, placer sobre sí mismo y/o el mundo externo).

Agresivas (hostilidad, objetivo: destrucción del objeto).

Ejemplo: Presencia/ausencia, control, fantasmas de muerte de un tercero, fantasmas de destrucción,...

6. **Superyo** (manifestaciones de prohibición, juicio, censor frente al Yo, conciencia moral, auto-observación, formación de ideales).

Ejemplo: Internalizado/no internalizado, severo, crítico, perseguidor,...

Valores e Ideal del Yo (lo que se quiere ser, ideal para sí mismo).

Ejemplo: Profesión, modelos,...

Yo ideal (Yo escindido, no integrado, ideal de omnipotencia narcisista).

7. **Formulación diagnóstica** (clasificación francesa).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Añadiría que la utilización durante 30 años de este modo de evaluación y esta tabla diagnóstica se han mostrado satisfactorias, en opinión de todos los colaboradores, notablemente por las razones siguientes:

Su fiabilidad: estudios repetidos de fiabilidad “interjueces”, de un nivel homogéneo de formación, ha obtenido porcentajes muy altos, entre 85 y 95 %. Este porcentaje es más elevado aún en los estudios de fiabilidad “intrajuez”.

Su enseñanza clínica se ha convertido para nosotros en un pilar en la formación de especialistas. Practicamos seminarios completos “a ciegas” (se trata del examen clínico de un niño por un terapeuta, observado en directo-TV por los estudiantes en otra sala): ninguno de los asistentes ni el terapeuta didacta que conduce la entrevista conoce el caso, ni la edad, ni el sexo, ni el motivo de consulta. Al final de la entrevista y siempre sin información, cada estudiante, así como el terapeuta rellenan su tabla de evaluación que, seguidamente, es leída por un miembro tomado al azar y discutida abiertamente. Por último, el didacta lee su propia tabla y la persona que ha atendido previamente al niño y a sus padres en consulta –y que no ha participado en el ejercicio– hace un resumen del caso.

Esta formación abre progresivamente la vía a la psicopatología, a la relación y a la comprensión psicoterapéutica.

El instrumento ha demostrado su eficacia igualmente en investigaciones clínicas como la que describe, desde la conflictividad depresiva subyacente, diferentes estructuras (Palacio y Dufour) hasta toda una serie de estudios epidemiológicos sobre la continuidad y la discontinuidad de la psicopatología a través de las edades (Manzano y Col).

Por último, como hemos señalado anteriormente, la práctica clínica estructural, comprendida así, permite al terapeuta continuar su propio desarrollo psíquico a través de esta relación íntima con el paciente.

INTERACCIONES PRECOCES PADRES-HIJOS; REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN EL BEBÉ

Juan Larbán Vera*

La prehistoria de la maternidad y paternidad se inscribe en el curso de los diferentes estadios o fases de desarrollo infantil de la futura madre y del futuro padre. Condiciona el desarrollo del deseo de tener un hijo, de ser padres y también el desarrollo del embarazo y del parto así como de las primeras relaciones madre-hijo y padre-hijo.

Para ser padres, padres responsables, no basta con tener hijos y punto. Ser padres es un proceso evolutivo dinámico alimentado por el deseo y necesidad de desarrollar la función parental, fundamental para la supervivencia y desarrollo del hijo. Dicha función parental, tanto materna como paterna, es un proceso de aprendizaje continuo en el que el camino se hace al andar y que, como la vida misma, sólo se termina con la muerte.

Los padres “hacen” al hijo con lo que tienen: las identificaciones primarias y secundarias, conscientes e inconscientes hacia lo maternal y femenino así como a lo paternal y masculino presentes en el mundo interno de ambos padres. Las circunstancias internas y externas son siempre diferentes con cada hijo. Esto hace que con cada hijo seamos padres diferentes. A su vez cada hijo es diferente para los padres, no solamente

* Psiquiatra y Psicoterapeuta. Correspondencia e-mail: juan.larban@gmail.com

por lo que puede despertar en ellos como personas, como pareja y como padres sino también por su “capital” bio-psico-social constitucional, el potencial de sus competencias y su vulnerabilidad. “Capital” del bebé que modula los investimentos de los padres y también la relación con ellos. En cierta medida el hijo también “hace” a los padres.

Podemos ver las interacciones precoces padres-bebé como un proceso relacional y comunicacional recíproco y asimétrico que mediante su sincronización y regulación progresivas crea y desarrolla un área de mutualidad psíquica compartida que puede desembocar en una espiral interactiva de alto potencial evolutivo o en una serie de círculos cerrados generadores de trastornos precoces en la relación padres-hijo y también en el niño. Con el grave riesgo de cronificarse y de constituir núcleos defensivos y patológicos en el niño mayor y en el adulto.

Ser padres forma parte de la identidad del sujeto y de su personalidad. En el proceso de filiación que supone el hecho de ser padres, los hijos también se inscriben en un proceso interactivo similar que les lleva a ser hijos más allá del hecho de tener padres.

Ser padres supone asumir la reactivación de una doble identificación presente en el mundo interno de todos los padres. Por un lado, reactivación de la identificación latente a la imagen interna del niño que hemos sido, del hijo que somos internamente y del que hubiésemos querido ser. Por otro lado, reactivación de la identificación latente a la imagen interna de nuestros propios padres, los que hemos tenido, los que tenemos internamente y los que nos hubiese gustado tener.

La reactivación identificativa se efectúa también con respecto a la imagen de la función parental interiorizada (tríada) y a la imagen de la función materna y paterna también interiorizadas (díada). Tríada: relación a tres. Díada: relación a dos.

Ser padres es también asumir que nuestro hijo va a desarrollarse como fruto de una serie de proyecciones psíquicas

parentales (expectativas, deseos, miedos y fantasías conscientes e inconscientes) que el bebé despierta en ellos por su aspecto y las características iniciales propias de la interacción precoz que se establece con ellos. Proyecciones con las que el bebé se va identificando, introyectándolas y constituyendo así el núcleo de su identidad primitiva. Proyecciones empáticas y anticipación creadora que posibilita el desarrollo sano del bebé. Pero también proyecciones conflictivas y más o menos patológicas que bloquean y limitan su potencial de desarrollo.

Podemos distinguir cuatro etapas en la génesis de la maternidad:

1. Constitución de lo maternal durante las primeras relaciones de la futura madre y padre con su propia madre.
2. La etapa de separación en la que el niño/a aprende a hacerse progresivamente autónomo.
3. La etapa de auto-atribución de la función materna y paterna en la que la niña y el niño reproducen con sus juguetes y sus juegos, solos o con sus camaradas, las actitudes de su propia madre y de su padre.
4. En el transcurso de su desarrollo, la presencia del padre confirma a la hija la capacidad de ser madre y al hijo en la capacidad de ser padre.

Como vemos, la constitución de lo parental, de lo materno y de lo paterno, es fruto de las identificaciones conscientes e inconscientes de los hijos hacia sus padres. Esas identificaciones, así como las experiencias de amor-odio y también de deseo que se viven y aprenden en el seno de la familia de origen, serían, pues, los elementos fundadores de la futura familia de los hijos.

Incluso si el deseo de ser madre o ser padre se presenta como un proceso consciente y programado, está siempre infiltrado de significados y deseos inconscientes.

El deseo de tener un hijo, nacido de exigencias personales inconscientes y de exigencias sociales a la vez conscientes y relacionales, es ambivalente. Forma parte de la realización de

la familia y de la micro-estructura emocional que la constituye. Puede también enmascarar otros deseos; por ejemplo, el de comprobar su fecundidad y para ello quedarse embarazada o provocar un embarazo “no deseado”. Puede ser también la expresión del deseo de encontrarse con su propia infancia. El deseo de tener un hijo está ligado a la pulsión de vida, al deseo de inmortalidad y a la transmisión transgeneracional.

En la prevención del embarazo no deseado en la adolescencia sería muy importante tener en cuenta todo esto y evitar caer en la trampa de confundir la información con la formación.

El hijo del deseo es un hijo maravilloso, un niño ideal; pero el hijo de la realidad parece siempre diferente con respecto al que hemos fantaseado consciente o inconscientemente.

Cuando no hay verdaderamente el deseo de tener un hijo, sino solamente el deseo de quedarse embarazada, este deseo se corresponde más bien a una fantasía de necesidad de plenitud y de verificación del buen funcionamiento del aparato reproductor.

Sería, pues, un deseo de tipo narcisista en el que se buscaría acabar de sentirse mujer o sentirse completa como mujer. Teniendo un hijo, la mujer se encuentra y “toca” a su propia madre, llega a serlo y la prolonga.

En el análisis consciente y sobre todo inconsciente del deseo de quedarse embarazada, de tener un hijo y del origen de la maternidad, se pueden encontrar factores de riesgo y en cierta forma, indicadores predictivos sobre el desarrollo del embarazo, del parto y de las primeras relaciones madre-hijo o padres-hijos.

El embarazo provoca en el plano emocional cambios radicales en la futura madre y en el futuro padre que se corresponderían con una crisis de identidad. Abstracciones como fertilidad, realización de sí mismo y duelo, se hacen nociones más “encarnadas”, más inmediatas y personales.

A pesar del acompañamiento familiar (sobre todo del marido) y de la preparación al parto que se realiza durante el

embarazo, la madre suele vivir toda una serie de amenazas sobre su propio cuerpo (deformaciones, sobrepeso, senos deformados, estrías) que la llevan a sentir un profundo miedo de sentirse pesada, estropeada y desvalorizada ante sus propios ojos y los de los demás. Estos miedos se atenúan y compensan por la vivencia de completud narcisista que experimenta la madre y por los cuidados especiales que necesita la regresión transitoria y parcial que la madre suele vivir a través de la identificación que hace con el fruto de su vientre, es decir, con su futuro hijo. El acceso a nuevas funciones y “roles” tanto familiares como sociales valorizan y compensan de todos estos temores a la futura madre y al futuro padre.

La crisis de identidad durante el embarazo, desencadena modificaciones de la personalidad y del carácter, ya que todo el mundo interno de la mujer embarazada cambia. La madre tiene una sensación de vulnerabilidad importante, dejando de tener una idea precisa de los límites de su cuerpo y de su apariencia para los demás, es decir, de su imagen.

El embarazo sería para la madre como una serie de tareas sucesivas de incorporación, diferenciación y separación del feto. Aceptarlo primero en su propio cuerpo, luego darse cuenta de que no forma parte de ella misma y posteriormente separarse de él. A este proceso le correspondería la ambivalencia del primer trimestre, la presencia del otro en su cuerpo muy vivida en el segundo trimestre y el duelo y la separación que serían por anticipación vivencias esenciales del tercer trimestre de la mujer embarazada. Hacia el final del embarazo, aparecen muy frecuentemente miedos a que el hijo no sea normal y a no soportar el dolor del parto. Tras estos miedos subyacen las dificultades de separación de los dos cuerpos y la necesidad intensa de sentirse protegida y segura además de sentirse cuidada por la familia, el marido y el sistema socio-sanitario.

La situación de crisis, por lo que conlleva de sufrimiento, de vulnerabilidad (brecha en el sistema defensivo), de desequilibrio

y de necesidad de adaptación a un proceso de cambio, es un momento evolutivo de transición y de riesgo que puede ser fecundo y madurativo, pero también generador de patología (enfermedad). La persona en crisis y en este caso los padres y sobre todo la madre, suelen estar muy receptivos ante la necesidad de cuidados, de ayuda y de cambio.

En este sentido, el apoyo y ayuda de las respectivas familias de origen y en el caso de la futura madre, de su propia madre, es muy importante. El apoyo y ayuda del marido o pareja, todavía lo es más. Con él se establece más claramente la diferenciación entre las familias de origen y la propia. La implicación del marido, proporciona elementos nuevos de cuidados y maternaje que eviten o contengan la repetición de conflictos primitivos entre la futura madre y su propia madre, por ejemplo.

Los futuros padres, como hemos ido viendo a lo largo de esta exposición, se hacen padres con el patrimonio y capital de recursos y competencias que han adquirido en su propia familia y en su relación con los otros a lo largo de su vida. También llevan consigo, en relación con su propia biografía, un mayor o menor grado de vulnerabilidad ante los elementos estresantes (situaciones existenciales de cambio) y un mayor o menor nivel de riesgo en función de las separaciones, pérdidas y duelos que les haya tocado vivir y sobre todo por la forma en que los han vivido o no.

Llamamos **duelo** al proceso de sufrimiento, de trabajo psíquico que realiza el ser humano para adaptarse e integrar el cambio que supone una pérdida psicológicamente valiosa e importante para él. Puede tener las mismas características que una reacción depresiva o estado depresivo tras una separación o pérdida pero sin la hemorragia de autoestima y deterioro de la propia imagen que se dan en las depresiones. Depresiones que por definición son trastornos afectivos que afectan al estado de ánimo y al funcionamiento psíquico del sujeto que las padece.

Como vemos, la forma en que los padres se sienten, se ven y se aprecian a sí mismos, como personas, como futuros padres y como pareja, es otro elemento determinante a la hora de valorar los riesgos de una eventual depresión post-parto.

El duelo (proceso normal) como reacción a la separación y pérdida que supone el parto, o la pérdida de un ser querido, así como la depresión y otras reacciones patológicas tras el parto, tanto en la madre como en el padre, representan una situación difícil y/o de riesgo no sólo para la madre, sino también para la relación temprana madre-hijo y para el propio hijo, como veremos más adelante.

En las sociedades primitivas, los rituales de “paso” o de transición, en situaciones de cambio y de crisis, ayudaban socialmente a la persona que los vivía y a su familia, evitando sufrimiento y enfermedades. Hoy día, en nuestra civilización y cultura, apenas contamos con rituales que, por su alto valor simbólico, nos ayuden a superar las pruebas y desafíos que nos supone tanto nuestra propia evolución como la vida misma.

Uno de ellos sería, desde mi punto de vista, el de obtener, mediante examen, el carné de conducir, con lo que ello representa de “prueba” de paso de la adolescencia a la edad adulta.

Referente al tema que nos ocupa, en sociedades primitivas y también antiguamente aquí en Ibiza, se practicaban rituales que hoy día se conocen con el nombre de “Covada”. Estaban destinados a integrar al padre activamente en el proceso de parentalización, desde el embarazo de su pareja, haciéndole someterse, por ejemplo, a ciertos tabúes como el de no comer carne o el de la caza (no ir de caza).

Con ello se conseguía un refuerzo de la identificación a lo maternal, en cuanto a los cuidados que requiere el embarazo y la madre, conteniendo a su vez los sentimientos de hostilidad hacia la pareja y futuro hijo que pueden acompañar vivencias de celos, envidia o rivalidad por parte del padre hacia su hijo.

Tras el parto, se hacía participar activamente al padre en el proceso de “dar vida” a su hijo, por ejemplo, soplando de forma ritual y simbólica sobre los órganos de los sentidos del recién nacido, o también el ritual por parte del padre, de meterse en la cama durante unas horas para recibir las felicitaciones de familiares y amigos. Este último aspecto es válido también para la madre que muchas veces pasa a segundo plano cuando familiares y amigos acuden a ver al hijo recién nacido.

¿Por qué les cuento todo esto? Hoy día, lo que se considera que es la preparación al parto, tanto de las primíparas (1.ª vez) como de las múltiparas (más de un parto), podría ser interpretado y practicado tanto en su vertiente informativa como de apoyo psicológico e integración de roles y funciones parentales, como uno de esos rituales de paso, actualizados y adecuados a nuestra cultura y civilización. Como veremos más adelante, la participación activa de los padres en el proceso de preparación al parto que normalmente realizan las enfermeras especializadas, llamadas comadronas, es un recurso preventivo de primer orden en cuanto a la aparición de patología tanto en la madre como en el padre e hijo.

En el padre, que también tiene que vivir su propio proceso de duelo, pueden aparecer reacciones depresivas más o menos durables y a veces camufladas por mecanismos de defensa como la actuación y conductas de evitación. Por ejemplo, padres que en el mejor de los casos se vuelcan en el trabajo, en lugar de estar más presentes en casa, que es lo que verdaderamente necesitan la madre y el hijo.

Tras la salida del hospital, el regreso al hogar es un momento crítico para la madre y el bebé, si no cuentan con el apoyo y ayuda adecuados por parte de la familia y sobre todo del padre.

El padre, si a su vez no tiene el apoyo y ayuda necesarios y adecuados, si se encuentra en situación de crisis, de vulnerabilidad y de riesgo, puede desarrollar trastornos psicósomá-

ticos y psíquicos que pueden ir desde un parto simbólico, como sería la expulsión de cálculos renales, hasta desarrollar una patología adictiva o delirante en los casos más graves.

Tanto en el padre como en la madre, el riesgo de enfermar o descompensarse psíquicamente es mayor tras el parto y en los primeros meses de interacción padres-hijos, que durante el embarazo.

La madre puede también presentar trastornos psico-afectivos que van desde el duelo post-parto, también llamado blues o depresión normal, que sigue al alumbramiento, hasta una depresión psicótica, con síntomas confusionales, alucinaciones corporales y exaltación defensiva y maníaca de su estado de ánimo, pasando por la depresión post-parto de la que vamos a hablar más en detalle ahora.

Desde el punto de vista epidemiológico, la depresión post-parto es muy frecuente, ya que abarca desde un 10 % a un 15 % del conjunto de madres.

La sintomatología es la de una depresión típica. Tristeza, apatía, desinterés, auto-reproches, auto-desvalorización, etc. Aparece frecuentemente alrededor del tercer mes después del nacimiento y puede durar hasta un año e incluso más. Frecuentemente se trata de una depresión enmascarada por sintomatología fóbica (miedos) o desconexión emocional como mecanismo de defensa frente a un sentimiento intenso y con repercusiones sobre su entorno, es decir, sobre la relación madre-hijo. Como vemos, es un problema de salud pública, tanto por su frecuencia como por sus efectos sobre el desarrollo de los niños. Una buena parte de esos efectos se atenúa considerablemente si el padre no deprimido juega un papel activo de apoyo a la madre y ejerciendo la función materna sustitutiva.

Otras veces, la depresión aparece encubierta bajo la forma de un juicio moral que se hacen las propias madres, considerándose "malas madres". En estos casos es frecuente que no pidan ayuda, que más bien se escondan y oculten su sufrimiento.

La depresión de estas madres no suele ser tratada y cuando se detecta su problema, suelen ser poco colaboradoras con el terapeuta.

Para ver si estas depresiones post-parto podían ser detectadas y tratadas preventivamente antes, se ha realizado una investigación llevada a cabo por el Servicio Médico-Pedagógico de Ginebra, en Suiza. Publicada recientemente en un libro titulado "Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos", escrito por Juan Manzano y otros autores y editado por NECODISNE (2002) c/ Magallanes, 14 - 28015 Madrid.

La investigación, realizada sobre un grupo de 570 mujeres elegidas al azar, se efectúa en tres momentos evolutivos:

- En el último trimestre del embarazo.
- Tres meses después del nacimiento, en la casa (con observación de la relación madre-hijo).
- A los 18 meses después del nacimiento, también en la casa (madres deprimidas y grupo control) con observación de la relación madre-hijo y del estado de desarrollo del niño.

De estas 570 mujeres objeto de la investigación, un 10,2 % presentan depresión post-parto al tercer mes del alumbramiento.

De estas mujeres deprimidas, las 2/3 partes, es decir el 65,5 % de ellas, presentaban una depresión pre-parto que podría ser tratada con psicoterapia breve y buenos resultados.

La tercera parte (un 34,5 %) no presentaban depresión pre-parto. Estas mujeres con embarazo normal y depresión post-parto han vivido mal el parto, han sufrido problemas con el niño después del nacimiento y han sufrido también la separación madre-bebé.

Estas tres variables nos permiten detectar a las madres que no están deprimidas antes, pero lo estarán después del parto. Por otro lado, un 20 % de madres que presentan depresión pre-parto, es decir durante el embarazo, no la tienen más después del parto.

Podemos deducir que el parto y el nacimiento tienen significaciones psicológicamente diferentes para una y otras, en unos casos curándolas y en otros agravándolas en su estado psíquico.

En cuanto a los trastornos precoces de la relación madre-hijo y del desarrollo del niño, la investigación pone de relieve:

- Alteraciones precoces y durables en la afectividad y estado de ánimo depresivo del niño.
- Trastornos de ansiedad y miedos ligados a la separación madre-hijo, así como posterior problemática de desapego (actitud defensiva) del hijo hacia su madre.

También aparece retraso en la adquisición del concepto de permanencia del objeto, es decir, conseguir desarrollar la representación interna del objeto (objetos, madre u otros) en ausencia de éste. Esto supone un aumento de probabilidades de que el niño presente dificultades en la adquisición y desarrollo del lenguaje así como de su aprendizaje en lo que dicho aprendizaje tiene de simbólico.

Por nuestra parte hemos observado en estos casos un incremento del riesgo de desarrollar relaciones dependientes y adictivas y un aumento importante del riesgo de desarrollo de defensas autistas en el niño-a (vínculo de apego inseguro, con actitudes y conductas de evitación en la interacción).

Relato de dos madres:

1.º relato de una madre que describe lo que ha vivido durante su depresión post-parto, con palabras que traducen de forma conmovedora su sufrimiento y la repercusión que su estado anímico depresivo tenía sobre su entorno:

“Sentía una angustia interior. Estaba sin aliento, muy ralentizada, como en vacío. Tenía miedo de todo, todo me agredía en la calle, los coches, las personas; me sentía siempre en otro lado; estaba ahí físicamente pero no era yo, ya fuera en una reunión familiar o con personas discutiendo entre ellas a la salida del colegio... siempre tenía un malestar.

No decía nada, no oía nada y luego, cuando me reencontraba conmigo misma, me desesperaba; luego comprendía que había niños y que había que criarlos; no podía quedarme así porque no iba a poder criarlos, ocuparme de ellos estando así y es lo que me daba miedo.

Mis relaciones con mis hijos... conseguía jugar en algún momento con ellos, participar en sus juegos, reírme con ellos, pero en esa época no eran mis hijos, eran hijos de los que me ocupaba. Un día justamente, alguien me ha dicho "sus hijos"... he respondido –pero si no son mis hijos, son los hijos de los que me ocupo, no puedo decir mis hijos, no sabía, no podía decir "mis hijos".

2.º relato de una madre que consultó porque su hijo presentaba trastornos muy graves de separación:

“No quiere nunca dormirse solo; llora, llora, entonces con mi marido, nos arreglamos, nos acostumbramos... ya tiene tres años y estoy inquieta, mi marido también. Se duerme en su cama y luego viene a la nuestra. Dice que tiene miedo pero no sé de qué. Dice que tiene miedo de que mamá se marche. Cuando me voy el fin de semana, por ejemplo, le pregunta por mí y le dice todo el tiempo a mi marido “mamá, ve a buscar a mamá”.

Una vez, estaba en el hospital y mi marido se quedó solo con él una semana en casa; lloraba todo el tiempo y dejó de comer. Lloraba y llamaba todo el tiempo a su mamá.

Cuando juega con otros niños, mira siempre alrededor de él, le da miedo algo, no juega tranquilo como los otros niños. Siempre ha dormido mal, desde que nació.

El embarazo de mi hijo fue muy difícil, estaba muy inquieta, tenía miedo de todo, dormía muy mal por la noche y durante el día estaba muy, muy cansada; he pasado nueve meses muy difíciles. Tenía mucho, mucho miedo pero no sé porqué. Cuando me quedé embarazada de mi hijo pensé muchas cosas, sufría mucho, lloraba todo el tiempo, tomé medicamentos para dormir. Rehusaba hablar con la gente, me sentía bien

solamente cuando estaba totalmente sola, mi marido en el trabajo. Cuando me quedé embarazada de mi hijo...tuve ganas de volver a mi casa en Portugal. Tenía ganas de volver a ver a mi familia, a mi madre; sentí que necesitaba a mi madre y he pensado que tenía necesidad de alguien de mi familia; hoy es lo mismo. Mi madre está en Portugal, y mi marido, trabaja todo el día, sólo vuelve a casa por la noche, y por eso he sufrido mucho cuando estaba embarazada. Me sentía muy sola. En Portugal me siento bien, eso cambia mi carácter. Cuando llego aquí, es como si un peso dominara mi cabeza... así es la vida.

Mi padre murió hace cinco años; durante el embarazo, pensaba en ello todo el tiempo; sigo pensando mucho en esto; por la noche pienso en muchas cosas, es terrible. Estoy sola, soy una madre que hace todo por sus hijos. Jamás les pego, les hago todo. Pero antes me era difícil separarme de mi hijo, no lo conseguía. Cuando fue hospitalizado, fue terrible, pasé cinco días sin comer, lloraba todo el tiempo. Espero que ahora alguien me ayude, lo necesito.”

Para terminar, señalar una vez más la importancia de los cuidados del sistema terapéutico dirigidos a los padres y en especial a la persona que ejerce la función de madre, incluidas las visitas domiciliarias de apoyo y seguimiento de la evolución de la interacción entorno cuidador-bebé durante los primeros meses de vida del bebé. Visitas efectuadas por comadronas que también les han ayudado en la preparación al parto. Seguimiento evolutivo y cuidados del cuidador familiar en su entorno habitual, de extraordinaria importancia para detectar precozmente y corregir, situaciones de riesgo de carácter repetitivo y acumulativo que pueden derivar como hemos visto en desviaciones psicopatológicas de graves consecuencias para nuestros niños, su futuro y el de sus familias así como para la salud pública.

Quiero poner de relieve lo fundamental que es para la detección y tratamiento precoz de los trastornos mencionados, la colaboración interdisciplinaria y multiprofesional entre obstetras,

comadronas, pediatras, psiquiatras y psicólogos infante-juveniles, para evitar que, como hemos ido viendo a lo largo de esta exposición, fallen los cimientos de los padres del mañana.

Esta tarea implica también el desarrollo de una política de apoyo socio-sanitario, dirigida a la familia y en especial a los cuidadores familiares para que puedan desarrollar una vinculación de apego seguro y sano con sus hijos, política no suficientemente desarrollada ni a mi juicio adecuadamente enfocada en nuestro país. Carencia e insuficiencia de la que no solamente son responsables los políticos a nivel estatal, autonómico y municipal, sino también todos nosotros por aceptarlo y consentirlo durante tantos años.

LA INSTITUCIÓN, EL EQUIPO DE TRABAJO Y LA PSICOTERAPIA DE GRUPOS

Ruth Alejandra Taborda* y Gloria Hebe Sosa**

Resumen: En el presente trabajo intentamos mostrar algunas de las conclusiones a las que hemos arribado en el estudio del proceso psicoterapéutico en los tratamientos grupales, tanto con niños como con adultos y adolescentes.

Para la intervención grupal sobre la que estamos investigando, hemos creado diseños diagnósticos y terapéuticos específicos para cada población, los que reseñaremos en esta presentación en forma abreviada.

La modalidad de trabajo y el análisis del material clínico se delineó partiendo de considerar que en todos los grupos psicoterapéuticos el desarrollo transferencial, la interpretación del proceso terapéutico y la manera de coordinar e intervenir tanto del o los terapeutas como del observador, se ven transversalizadas por diversas situaciones que no pueden ser ignoradas en el análisis, tales como: las características de la institución, modalidades de relación en el interior del equipo de trabajo, posibilidades emocionales de los terapeutas y formación teórica.

El análisis se refiere a tres tipos de grupos, dos de ellos que funcionaron como grupos paralelos, uno de niños y el otro de sus padres, y un grupo de adolescentes estudiantes universitarios.

Palabras clave: Investigación - Psicoterapia - Grupos - Proceso Terapéutico.

* Dra. en Psicología, Profesora Adjunta de la Fac. de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis. e-mail rtaborda@unsl.edu.ar

** Lda. en Psicología, Profesora Adjunta de la Fac. de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis. e-mail ghsosa@unsl.edu.ar

THE INSTITUTION, WORK TEAM, AND GROUP PSYCHOTHERAPY

Abstract: In this work, some conclusions drawn from the study of the psychotherapeutic process of group treatment in children as well as in adults and adolescents are put forward.

Diagnostic and therapeutic designs devised specifically for each population in accordance with current group work will be briefly described.

Group work modality and clinical material analysis were outlined assuming that in all psychotherapeutic groups, transference development, therapeutic process interpretation, and therapists/observer's way of coordinating and intervening are influenced by several situations that cannot be ignored when the analysis is carried out. These aspects are: institution characteristics, relationships within the work team, and therapists' emotions and theoretical conceptions.

The study includes three different groups, namely, a group of children, their parents' parallel group, and a third one made up of university adolescents.

Key words: Research – psychotherapy – groups – therapeutic process.

INTRODUCCIÓN

Luego de algunos años de experiencia en atención psicológica con grupos en el ámbito público, nos proponemos mostrar algunas de las conclusiones a las que hemos arribado en el estudio del proceso psicoterapéutico en este tipo de tratamiento, tanto con púberes, como con adultos y con adolescentes –estudiantes universitarios– que consultan por dificultades en el estudio y/o problemáticas vinculadas a la adaptación a la institución universitaria.

Los estudios clínicos que hemos realizado nos permiten afirmar que los síntomas señalados suelen constituirse en una primera carta de presentación para referir, posteriormente, a otros sufrimientos que tiene larga data en la historia vital y familiar del paciente. En otras palabras, son modos en que la depresión primaria y los trastornos narcisistas suelen manifestarse.

Partimos de considerar que en los procesos de aprender se activan movimientos subjetivantes y objetivantes de la realidad, expresándose estos últimos a partir de poner en juego la capacidad de seriar, clasificar, agrupar, separar o integrar, entre otras. Ahora bien, ambos movimientos están entrelazados de tal modo que podemos afirmar, como lo señala Fernández, A. (2000), que se aprende a clasificar en la medida en que el niño pueda encontrar un lugar en el mundo. Lugar que sólo es posible en una relación intersubjetiva que permita reconocerse como perteneciente o incluido en una clase y conjuntamente singularizarse en su diferencia. Sólo de ese modo será factible clasificar y seriar otros objetos.

La posibilidad de encontrar un lugar de inclusión/diferenciación en el mundo se inscribe en el psiquismo en directa relación y correspondencia con las vivencias de fusión y separación, indiscriminación-discriminación y de los movimientos regresivos-progresivos e introyectivos-proyectivos. Estas vivencias aluden al transcurrir vital mismo, se inauguran, en la mente de los padres, antes de la concepción, y ya en la vida intrauterina padres y feto comienzan a modificarse mutuamente con su interacción.

El proceso de separación, discriminación yo-no yo, interno-externo, conocido-desconocido, es paulatino y en él se conjugan diferentes momentos de estructuración psíquica, que otorgan la base para pensar el sentido del síntoma. El aprender, las posibilidades de sostener un ritmo de trabajo, de soportar las frustraciones que impone el develar lo desconocido, refieren a la estructuración de la subjetividad en sus capas más profundas.

La manera en que cada persona se relaciona consigo mismo, con los otros y por ende con el aprender, se constituye alrededor de: 1) el nacimiento y el modo en que se ayudó al bebé a elaborar la pérdida de la vida intrauterina; 2) el desarrollo de los primeros progresos en los procesos de integración-discriminación; 3) la capacidad de realizar el primer acto de posesión, de representar, de crear espacios intermedios a

través de la posibilidad de ligarse a un objeto transicional; 4) el proceso de diferenciación entre personas y objetos conocidos y/o desconocidos; 5) los pasos hacia la autonomía motriz, la exploración, el conocimiento de los riesgos; 6) el desarrollo de la capacidad de estar a solas; 7) la renuncia al autoerotismo por amor al otro, emprendiendo el aprendizaje del control de esfínteres; 8) el descubrimiento de la diferencia de sexo y sus primeras elecciones constitutivas de la identidad de género; 9) el descubrimiento de la privacidad de la mente y el resignar que otros piensen por él y en él; 10) la modalidad de la constitución de la conflictiva edípica; 11) el compartir con otros tolerando las diferencias. (Taborda y cols. 2005).

Este modo de entender el síntoma y en busca de promover un camino a la elaboración nos ha llevado a delinear una propuesta terapéutica psicoanalítica, partiendo de considerar que la estructuración del psiquismo se configura en una dimensión relacional-grupal, conjuntamente con las múltiples combinaciones inconscientes que cada individuo realiza de la experiencia vincular con otros. De tal modo, el marco teórico que sustenta el abordaje psicoterapéutico de grupo tiene como referentes principales a Bion, Foulkes, Fontana, Pichon Rivière y Torras de Bèa.

La propuesta de intervención psicológica se incluye en una institución de atención pública y abarca desde el proceso diagnóstico individual al tratamiento psicoterapéutico de grupo. Por tal motivo, en este trabajo nos centraremos en el análisis de:

- La institución como fuente de recepción de proyecciones.
- La configuración del equipo de trabajo.
- El análisis del proceso terapéutico en grupos paralelos de padres y de hijos y de adolescentes universitarios.
- Específicamente, en el grupo de púberes presentamos una evaluación de la eficiencia de los tratamientos de un año de duración a partir de las variaciones en los perfiles sintomáticos.

LA INSTITUCIÓN Y EL EQUIPO DE TRABAJO COMO SOSTÉN PARA EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

Los diseños psicoterapéuticos para los diferentes grupos investigados, fueron implementados en el Centro Interdisciplinario de Servicios de la Universidad Nacional de San Luis, cuya atención psicológica es gratuita y está dirigida a una población no mutualizada y de bajos recursos económicos.

En primer lugar, tal como lo señalamos en comunicaciones anteriores la modalidad de trabajo y el análisis del material clínico se delineó partiendo de considerar que en todos los grupos psicoterapéuticos el desarrollo transferencial, la interpretación de dicho proceso y la modalidad de coordinar e intervenir del o los terapeutas y del observador, se ven transversalizadas por:

- Las características de la institución, históricamente configurada,
- La modalidad relacional que se desarrolle en el interior del equipo de trabajo como un todo y de éste con la institución en la que se incluye,
- La relación que entablan los terapeutas entre sí o el terapeuta con el observador,
- El interjuego de las identificaciones proyectivas del grupo terapéutico con la institución y con el equipo de trabajo,
- La dinámica misma del grupo psicoterapéutico, y de los objetivos que se persiguen,
- Las posibilidades emocionales de los terapeutas, su formación teórica, su experiencia clínica.

La transferencia y contratransferencia trascienden al grupo psicoterapéutico y se depositan también en la institución en la que se desarrolla la tarea y por lo tanto deben ser incluidas en el análisis del material y elaboradas tanto dentro de dicho grupo terapéutico como en el equipo de trabajo.

No podemos dejar de hacer notar que la consulta por problemas de aprendizaje y/o dificultades vinculadas a la adaptación a los requerimientos académicos se desarrolla en la

institución universitaria, a partir de sus programas de extensión a la comunidad, lo cual le otorga a la solicitud de ayuda un tinte particular. En el mismo escenario se despliega el fracaso que excluye, que frustra y el pedido de auxilio. Así, lo persecutorio y la posibilidad de recibir el cobijo necesario para hacerle frente, se combinan de una manera peculiar. El deseo de “saber-no saber”, de “aprender-no aprender”, de responder a las exigencias en una relación asimétrica que frecuentemente acompaña las consultas en diferentes ámbitos, en este contexto se hace más evidente, funcionando como un modo de acercarse, buscar, conocer y simultáneamente de resistirse. El trabajo en grupo irá permitiendo reconocer que el saber lo detentan todos y cada uno de los miembros, y que al compartirlo se podrá amplificar paulatinamente. Así, cada integrante influye en el otro estableciendo una red relacional que se convierte en un continente de las diferentes dificultades y modos de resolverlas y que lleva a desdramatizar el conflicto. Cuando se introyectan nuevas modalidades relacionales, surge una sensación de alivio que hace posible pensar, buscar activamente otros modos de estar y de vincularse.

En otras palabras, hemos podido observar que en los momentos iniciales del trabajo psicoterapéutico la institución se constituye en el primer continente sobre el que se proyecta un objeto idealizado vivido como una gran madre que sostiene y envuelve, por lo que deberá ser objeto de señalamientos, e interpretaciones que den lugar a la paulatina integración de aspectos disociados y proyectados en la misma. Esto permite comprender las diferentes modalidades en que se presenta la dependencia, las necesidades de cuidado y las fantasías que se despiertan al ingresar y permanecer en el grupo terapéutico. A medida que disminuyen las fantasías persecutorias más primitivas movilizadas por el ingreso a un grupo, las proyecciones idealizadas realizadas a la institución quedan como telón de fondo del espacio central que ocupa el aquí y ahora grupal, donde surgen los deseos de fusión y los posteriores procesos de discriminación.

El equipo como continente

Un abordaje psicoterapéutico grupal, requiere necesariamente de un equipo de trabajo y de un caudal importante de consultas, lo que fue propiciado por la institución pública en la que desarrollamos nuestra actividad.

Desde esta perspectiva, el trabajo de la dinámica de las relaciones que se gestan dentro del propio equipo, se constituye en el pilar que sostiene lo asistencial y la investigación. Cuando el grupo de trabajo se configura en un continente para los terapeutas y observadores, es capaz de receptor y metabolizar el despliegue de los procesos de proyección, identificación e identificación proyectiva, así como las necesidades de dependencia, de fusión y separación, de los pacientes y de los terapeutas, ampliando las posibilidades de tolerar más fácilmente tales procesos. De ese modo el equipo se constituye en un recurso terapéutico en sí, en la medida que sea capaz de mirarse a sí mismo y de esa forma elaborar las fantasías que surgen como defensas frente al impacto de la locura, de la perturbación social, de la fantasía de muerte y de los cambios catastróficos, entre otros.

El trabajo en equipo que aquí proponemos se organiza alrededor de lo asistencial y la investigación. El interjuego de ambas instancias amplía las posibilidades de que cada integrante pueda mirarse en relación a sus compañeros y al lugar que ocupa en el equipo, a su modalidad de ser y estar en un grupo y cómo esto trasunta en su propia práctica psicoterapéutica.

A los efectos de sostener este principio básico de “constituir un equipo de trabajo que se piense a sí mismo” en su hacer asistencial tanto como en la actividad de investigación, es condición necesaria el análisis individual y grupal de cada uno de sus integrantes, así como el desarrollo de una organización interna con seminarios, controles individuales y grupales, ateneos clínicos y grupos operativos. Es importante señalar que el grupo de trabajo se alimenta tanto de las intervenciones

de expertos externos al proyecto, a través de supervisiones y cursos de perfeccionamiento, como de la incorporación de profesionales jóvenes en formación.

Proceso de formación y constitución de la pareja terapéutica

En nuestro equipo de trabajo el proceso de formación de los profesionales noveles se inicia con el estudio del marco teórico y la visualización de sesiones filmadas de un grupo psicoterapéutico por el espacio de un año. Esta primera actividad permite a los nuevos integrantes una comprensión más cabal de la dinámica de los grupos, y al mismo tiempo posibilita al equipo en su totalidad, repensar la modalidad de intervención y el proceso psicoterapéutico. En nuestra experiencia este procedimiento de mostrar permite mirar y mirarse, repensar y repensarse, convirtiéndose en un proceso recíproco y continuo de aprender y enseñar.

En un segundo momento los profesionales en formación se integran como observadores dentro de grupos de padres o de adolescentes y luego como co-coordinadores en el grupo de niños.

La presencia del observador se constituye en un recurso que funciona como sostén para el terapeuta, atenuando el impacto del material clínico, ayudando en su análisis, en una relación continente-contenido que permite el pensar las diversas emociones e identificaciones proyectivas vivenciadas en el grupo.

Coincidimos con Bastos y otros (1997) cuando refiere que la relación de dependencia y por ende asimétrica que se entabla entre “el que sabe” como terapeuta y el que se “prepara para...” en el rol de observador, es una fuente de intensas movilizaciones. Señala que esta situación es, en sí misma, una experiencia regresiva, que remite a la conflictiva edípica en un escenario cuyos protagonistas son: el grupo, su terapeuta y luego el observador. Asumir el tercer lugar supone un momento

de ansiedad que necesita ser negado, de ahí que haciendo uso de los movimientos regresivos, el observador tienda a concebir al grupo como una situación dual, en la que se siente excluido. En este rol tanto en la fantasía como en sus sensaciones se oscila entre los deseos de ser un paciente más y el verse como un profesional, ser “como” el terapeuta. Frente a los temores que se generan al iniciar un grupo, frecuentemente el observador se siente abandonado y preso de procesos signados por la fragmentación y la idealización, que deben ser trabajados dentro del equipo para que paulatinamente se gesten mecanismos más evolucionados que permitan tolerar la frustración. Este proceso va posibilitando la adquisición de la identidad de observador, la disminución de la culpa, la puesta en marcha de mecanismos de reparación, creación y de sublimación, así como también un ajuste perceptivo que posibilitará una visión más global del acontecer grupal. La posibilidad de elaborar la situación de “tercero” es central para aprender del coordinador y colaborar con él, sin olvidar que el vínculo de ambos frente al grupo es esencialmente distinto. Por lo tanto, la observación no es un lugar neutro de aprendizaje, por el contrario, el candidato en formación se ve confrontado con su propio mundo interno, altamente movilizado en el aquí y ahora, desarrollando fuertes procesos contratransferenciales a partir de ser impactado por la dinámica de las relaciones establecidas con el equipo de trabajo y por el grupo terapéutico que observa.

Es importante consignar que en el coordinador, al desarrollar a su vez el rol de formador, también se movilizan intensas ansiedades edípicas que lo remiten a lugares arcaicos y ponen a prueba su capacidad de tolerar sus temores frente a la idealización, la envidia, la voracidad, la dependencia y la rivalidad tanto de su acompañante dentro del grupo, como de todos y cada uno de sus integrantes. El rol de formador moviliza fantasías y ansiedades referidas a la particular modalidad con que se puede ocupar un lugar materno de acogida y contención y, simultáneamente paterno al señalar normas y exigencias que

posibiliten el cumplimiento de metas o expectativas delineadas en la tarea asistencial, en la investigación y en el proceso de formación en sí mismo. Por lo tanto, cabe reiterar: el tratamiento personal y la supervisión del material clínico se tornan imprescindibles.

Nuestra experiencia previa a la constitución del proyecto de investigación con grupos psicoterapéuticos, nos ha llevado a adoptar modalidades diferentes para organizar la intervención grupal. Así, con los padres y adolescentes, se incluye un coordinador y un observador participante; por el contrario los grupos de niños son coordinados por un terapeuta y un coterapeuta.

Especialmente con niños y púberes, hemos comprobado que es necesaria la presencia de una pareja de terapeuta y coterapeuta que pueda contener al grupo y atender las oscilaciones que se van presentando en la dinámica transferencial misma, en sus movimientos de búsqueda de una relación dual a una más grupal. Partimos de considerar, tal como lo señala Abadi (1997), que el desarrollo de la transferencia lejos de ser inespecífica, es convocada por configuraciones concientes e inconcientes de los terapeutas. De este modo, la pareja de terapeutas estimula la recepción de proyecciones que refieren a las figuras parentales, más fácilmente aún cuando se constituye como una pareja mixta.

Al conformarse las parejas de terapeutas es importante que se tengan en cuenta las posibilidades concretas de entablar una relación históricamente simétrica entre ellos. Cabe recordar que resulta muy difícil revertir las fantasías que se ponen en juego al iniciar una relación. Por lo tanto, es conveniente que la pareja se constituya entre compañeros de formación y no entre terapeuta formador y terapeuta en formación. Cuando la relación previa ha sido asimétrica, habitualmente uno de los coordinadores se convierte más bien en un observador participante, quedándose en un lugar intermedio.

LOS GRUPOS PARALELOS DE PADRES Y DE HIJOS

El análisis realizado hasta este momento del material clínico recolectado en los grupos paralelos de padres y de hijos nos ha permitido arribar a las conclusiones que a continuación exponemos sintéticamente.

En primer lugar podemos decir que este abordaje resulta beneficioso porque posibilita trabajar más a fondo las fantasías inconscientes instaladas en la dinámica relacional intersubjetiva, estructurantes del psiquismo. Ambos grupos funcionan como soportes mutuos, dado que cada miembro de la relación (padre-hijo) establece una situación de complementariedad y ello permite trascender la estructura individual y/o familiar cerrada en sí misma al brindar un modelo exogámico. En la práctica, esto implica que es condición necesaria para el tratamiento grupal de un niño, que sus padres asistan al grupo de padres, lo cual permite situarse en el centro mismo del desarrollo psíquico y abarcar la asistencia en términos de:

- Analizar, comprender, contener las vivencias y funcionamiento psíquicos que surgen frente a la parentalidad, para abrir un espacio en que puedan elaborarse los conflictos que surgen en la relación con los hijos como producto de las carencias vividas en su infancia, en busca de promover una transmisión generacional menos traumática y
- Simultáneamente atender la conflictiva que presenta el niño, desentrañando la historia de cómo se fueron estructurando los síntomas por los que se consulta, en la relación intersubjetiva con sus padres y figuras significativas.

Dado que en nuestra comunidad el abordaje terapéutico de grupos paralelos es innovador y que el desarrollo de la transferencia durante el proceso diagnóstico determina las posibilidades de sostener el posterior encuadre de trabajo grupal, se hace menester plantear una modalidad de trabajo específica para implementar con los padres. La tarea del terapeuta se

basa en la recolección histórica de la vida vincular, lo cual posibilita reorganizar los modelos representacionales conscientes e inconscientes. Este proceso involucra una revisión cognitiva y afectiva de la visión de sí mismo y de los demás, que permite pensar los caminos que ha recorrido la repetición, focalizando en el modelo relacional que se establece con el hijo por el que se consulta.

Los estudios del material clínico recogido, nos permiten afirmar que esta modalidad diagnóstica posibilita un desarrollo transferencial de confianza en el equipo de trabajo, por lo que el pasaje de lo individual a lo grupal y con ello la conformación misma del grupo de padres, se agiliza.

En otras palabras, se busca establecer una alianza terapéutica que le permita interpretar los procesos transferenciales, utilizando la reconstrucción histórica como parte del método analítico. Con esta modalidad de trabajo buscamos aprovechar los aspectos psicoterapéuticos del proceso diagnóstico para configurar una instancia en la que pueda iniciarse el camino a la comprensión y elaboración de la conflictiva por la que se consulta. Así, en este diseño terapéutico proponemos desde el proceso diagnóstico diferentes instancias que pudieran promover el camino a la mejoría.

Además permite: a) verificar la pertinencia de implementar el tratamiento grupal como único recurso terapéutico, o en su defecto, la necesidad de combinarlo con psicoterapia individual, según la patología que se presente; b) profundizar el diagnóstico, focalizado en la exploración y evaluación cualitativa de la relación de estos padres con sus propios padres; c) diagnosticar la capacidad de contacto emocional con el hijo y su relación con los síntomas que presenta el niño; y por último, d) crear un espacio mental que sirva de caldeamiento para la tarea grupal.

Orientados por este marco teórico, hemos planteado tres objetivos fundamentales a cumplir a partir del proceso diagnóstico mismo:

1. Proveer una base segura para que el paciente pueda explorar sus experiencias pasadas y presentes, tanto como sus ideas y sentimientos, brindando seguridad, autonomía, responsabilidad e independencia en sus propias decisiones.
2. Ayudar a explorar sus circunstancias presentes.
3. Ayudar a relacionar el pasado con el presente y de esta manera a identificar los modelos construidos y transmitidos.

Además, hemos podido observar en la aplicación de este diseño, que la relación transferencial-contratransferencial establecida en el proceso diagnóstico individual impregna la dinámica del funcionamiento grupal posterior. Por tal motivo hemos desarrollado una modalidad psicoterapéutica específica para trabajar el momento de pasaje de lo individual a lo grupal, teniendo en cuenta que el impacto que produce el ingreso a un grupo tiene tanta fuerza que reestructura la dinámica y el interjuego transferencial desarrollado por cada uno, para dar lugar a la transferencia grupal. A su vez, y de un modo significativo, la transferencia que desarrollan los padres influye en la de sus hijos y viceversa, llegando a determinar la deserción o la permanencia de unos y de otros en el tratamiento psicoterapéutico.

Los grupos de púberes estudiados estuvieron integrados por un terapeuta, un co-terapeuta, y cuatro niños (dos varones y dos niñas) entre 10 y 11 años 11 meses, que habían consultado por dificultades de aprendizaje y de adaptación escolar. Todos ellos habían recibido previamente por parte de otros profesionales el diagnóstico de déficit atencional, (algunos con hiperactividad y otros sin ella) y se les había recomendado medicación, pero en el momento de solicitar atención en el CIS, los padres ya habían abandonado el tratamiento medicamentoso. Dos de los niños en cuestión presentaban una marcada impulsividad y los otros dos evidenciaban acentuadas inhibiciones.

En el tratamiento grupal con púberes, en sus primeros momentos, el énfasis recae en trabajar los emergentes que surgen en el pasaje desde lo individual. En busca de favorecer el proceso de elaboración de la despedida de una relación dual y encontrar un lugar en la dinámica grupal, implementamos a modo de técnicas auxiliares, el Test del Dibujo Libre y el Test de Apercepción Temática para niños (CAT-A), modificado en su modalidad de administración y evaluación, tal como lo hemos desarrollado en publicaciones anteriores.

Hemos podido comprobar que la instrumentación de técnicas proyectivas (CAT-A abreviado y el Dibujo Libre) en los momentos iniciales de los grupos de niños permite crear un espacio en el que emergen y se comparten fantasías conscientes e inconscientes que posibilitan: a) analizar la producción grupal en su globalidad; b) comprender la conflictiva movilizada en cada integrante, según sus modalidades personales y c) consolidar el encuadre terapéutico. Además, en la instancia grupal las historias se tornan más cortas, crudas y con mayores distorsiones perceptivas. Los dibujos y los relatos están impregnados de preocupaciones que tenían directa relación con el motivo de consulta, y en este intercambio los compañeros aportan sugerencias acerca de cómo enfrentar la conflictiva movilizada, enriqueciéndose y facilitando el comienzo del trabajo terapéutico.

En este compartir es importante que el terapeuta no permanezca aparte, que pueda leer e interpretar los movimientos que se van gestando, con lo que se va creando un encuadre de trabajo. En un primer momento, lo hace apoyado en actividades específicas solicitadas al grupo, para continuar luego con sesiones en la que los integrantes se comunican libremente a través de juegos, dibujos y conversaciones, según su elección.

En el transcurrir del grupo psicoterapéutico de niños las observaciones realizadas por los terapeutas se expresan verbalmente y/o a través de juegos, de acuerdo con lo señalado

por Privat y Privat (1987); Torras de Bèa, (1996); Corominas y Cols. (1996), entre otros, quienes afirman que en tratamientos psicoterapéuticos grupales con niños, los terapeutas comprenden los contenidos inconscientes, formulando la interpretación fundamentalmente a través del juego.

El devenir grupal es una experiencia que tiene una particular densidad de estímulos, rapidez en sus movimientos, cambios de escenas y fluctuación de estados afectivos; por este motivo, interpretar lo que sucede en el grupo es una tarea compleja en la que es necesario que el terapeuta ponga énfasis en captar y resonar lo que le impacta, dándose el tiempo necesario para que los contenidos grupales vayan cobrando significado dentro de su propia mente.

La tarea interpretativa se refiere siempre al “aquí y ahora”, teniendo en cuenta los movimientos transferenciales:

- del grupo tomado como objeto;
- del grupo en relación al terapeuta;
- individuales en relación al grupo y/o terapeuta.

En este contexto, es importante que los terapeutas puedan:

- Establecer una relación simétrica y de apoyo mutuo genuina entre ellos, que dé coherencia a las intervenciones verbales y no verbales de ambos.
- Establecer una relación empática con los niños y revisar los sentimientos contratransferenciales que pudieran promover la repetición del vínculo que los niños tienen con el mundo externo.
- Interpretar, porque ya se trate de una agrupación natural, o artificial, provoca regresión y predisposición a la transferencia, y la única forma de entenderla es a través del trabajo de interpretación.
- Captar e interpretar la fantasía inconsciente que sostiene a los diferentes momentos grupales dentro de una misma sesión y en el proceso global.

En el proceso terapéutico se distinguen, al menos cuatro momentos claramente diferenciados:

1. De inicio caracterizado por fuertes fantasías persecutorias y tensión corporal. La comunicación es radial y denota grandes temores para vincularse con los otros; miedo a la muerte y a la locura. La tarea de los terapeutas es escuchar, contener el dolor psíquico y ayudar a descubrir que pueden compartirlo con sus compañeros.
2. La utilización de técnicas auxiliares, como los tests mencionados, facilita la externalización de los conflictos intrapsíquicos que emergen y son proyectados en los momentos iniciales de la instancia grupal. Esto permite la recolección transferencial y trabajar en el “aquí y ahora” los primeros movimientos transferenciales-contratransferenciales, configurándose como una herramienta diagnóstica y terapéutica.
3. Paulatinamente, las dificultades lúdicas disminuyen, la transferencia comienza a circular entre todos y cada uno de los integrantes del grupo (pacientes y terapeutas). Es un momento grupal en el que en una misma sesión se oscila entre el agruparse y el configurar parejas en lucha por el liderazgo y luego, antes de terminar la sesión, reunirse en un juego compartido.
4. La lucha por el liderazgo lleva al grupo a la expresión de la agresión. Las actividades se intercalan con acting-out, es necesario que estos últimos sean interrumpidos por los terapeutas ayudando a transformar la agresión en intercambios lúdicos y/o dar lugar a pensar en alternativas. En otras palabras, sostener la norma básica “*no dañarse ni dañar a otros*” es lo que permite la expresión de sentimientos persecutorios y depresivos.

En el momento de despedida por vacaciones, se movilizan las fantasías y emociones en relación a sus propias historias de abandono, lo que posibilita trabajar en el “aquí y ahora” la angustia de separación.

El estudio de la remisión de los síntomas por los que habían consultado, se realizó a partir de la aplicación, en los primeros momentos grupales, del “*Child Behavior Checklist*” (C.B.C.L.), de Achenbach y Edelbrock (1983), versión para padres, adaptada y estandarizada en Argentina por Samaniego (1999), para estudios epidemiológicos, y el Test de Matrices Progresivas de Raven (1951, versión para niños); aplicado para evaluar la capacidad de observar y captar relaciones recíprocas en figuras geométricas a partir del desarrollo de un método de razonamiento lógico por analogías.

Tanto con el CBCL como con el test de Matrices Progresivas de Raven se implementó la técnica de test-retest, mediando seis meses y un año de la primera aplicación. Tres de los púberes, a los que llamaremos: Fabián, Patricia y Micaela, al llegar a fin de año, habían cumplimentado los siete primeros meses de tratamiento; Gabriel, sólo había concurrido tres meses. Slapak y otros (2004) consideran conveniente que el primer retest se realice luego de seis meses de tratamiento, dado que en ese momento se va configurando la situación conceptualizada por Meltzer (1987) como “recolección transfereencial”.

Para interpretar las puntuaciones obtenidas por los púberes en el test y retest del CBCL se tuvieron en cuenta las Medias (M) para poblaciones normales de varones (Mpnv) y de mujeres (Mpm) y las M para poblaciones clínicas para ambos sexos (Mpcv; Mpcm). Samaniego, asesoró parte de este trabajo y autorizó consignar los parámetros estadísticos aquí utilizados. Las sesiones se registraron con video grabaciones, se supervisaron semanalmente, y con una frecuencia mensual se realizaron consultas al modo de supervisión de supervisiones.

Si analizamos los puntajes totales de los púberes que constituyeron el grupo, podemos registrar una disminución de los síntomas que se habían observado en el momento de la consulta, más allá de los problemas de aprendizaje. Las modificaciones a partir del tratamiento psicoterapéutico de grupo

guardan estrecha relación con la severidad de la patología inicial que pudo ser captada a través del CBCL.

Cabe mencionar que los puntajes generales denotan cambios a partir de leves variaciones en las escalas, por lo que podemos señalar que estos cambios en el perfil sintomatológico de los púberes estudiados se inicia a partir de una evolución paulatina y aún sin consolidar en distintos aspectos que explora el CBCL. Por tal motivo consideramos pertinente la indicación de continuar con tratamiento psicoterapéutico en busca de ir más allá de la sintomatología descrita para facilitar un camino de sustituciones y cambios en la estructura psíquica misma. Además, no podemos dejar de señalar que si bien este trabajo refiere a los movimientos progresivos que se han dado en los integrantes del grupo psicoterapéutico, en todo cambio psíquico dichos movimientos se acompañan de necesarias regresiones. A pesar de ello, las modificaciones en la percepción de sí mismo y de los otros, entre ellos, padres, docentes y pares, así como también el poder captar como otros lo ven, instala y amplía las posibilidad de dinamizar la estructuración psíquica.

Resulta llamativo que durante los seis primeros meses de tratamiento, el cambio más notable se suscite alrededor de "Problemas de atención". Por el contrario la evolución en "problemas Ansiosos-depresivos", "retraimiento", "agresión" y "comportamiento antisocial" son más paulatinos y pueden observarse recién en la segunda instancia de retest.

Las importantes modificaciones que se observan en "Problemas de atención" nos permiten volver a afirmar lo referido en trabajos anteriores como el de Taborda y Díaz (2004, 2005) donde se señala que frente al sufrimiento psíquico la atención es una de las primeras funciones que se alteran y frecuentemente revela dificultades que no son de orden neurológico. El diagnóstico descriptivo de Déficit Atencional realizado por conductas observables captura las posibilidades de pensar en la diversidad de la conflictiva que tras él se esconde.

LOS GRUPOS DE ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS

Los grupos de adolescentes, estudiantes universitarios, surgen en un primer momento como una modalidad de dar respuesta a una abultada consulta en el Servicio de Psicología del Centro Interdisciplinario de Servicios (CIS). Se constituyeron por jóvenes de ambos sexos cuyas edades oscilaron entre los 19 y 26 años, estudiantes de distintas carreras universitarias, aunque con un predominio de matriculados en la licenciatura en Psicología. En general habían consultado por dificultades en los estudios, en la adaptación a la vida universitaria y fobias a la situación de examen. En este caso el equipo terapéutico estaba constituido por un coordinador y un observador participante.

Si bien el material es extenso, y ha sido registrado en grabaciones de sonido y filmaciones, nuestro análisis hasta el momento se ha centrado en las primeras sesiones, intentando profundizar en los procesos que se ponen en juego en esos momentos, así como en los aspectos diagnósticos del grupo y de los miembros del grupo.

Tal como ocurre en los grupos de padres y de niños, la experiencia de atención individual previa al ingreso al grupo, tiñó con características particulares la dinámica del funcionamiento grupal posterior, configurándose como un modo que toma la resistencia. Así, las primeras dificultades se desarrollaron a partir del intento de establecer y desarrollar vínculos duales, ya sea con los terapeutas o con alguno de sus pares, en la búsqueda de una manera de apaciguar la intensa angustia de la nueva situación. Con los terapeutas este intento se veía reforzado por el hecho de que el diagnóstico previo fue realizado por esos mismos profesionales, situación que, además, permitía sentirse de alguna manera acompañados. En otros momentos se intensificaban los vínculos duales con los propios compañeros, presentándose a través de la tentativa de encontrar coincidencias y parecidos en las más diversas situaciones, como era la carrera que estudiaban o la provincia de

procedencia. Recurrían a poner en juego procesos muy primitivos en un intento de aplacar los miedos y ansiedades canibalísticas que despierta siempre el ingreso a un grupo, pero además éstos se transformaba en resistencia en tanto la idea de estar pendiente de alguien o de algo les impedía sumergirse en la experiencia grupal. La seguridad que provee la fusión dual, se veía en serio peligro ante el intento de los terapeutas de promover la integración y cohesividad del grupo. Una de las actividades a las que fue necesario dirigir los mayores esfuerzos desde el equipo psicoterapéutico, tuvo que ver con la resolución de esta resistencia, que iba tomando diferentes características. En un momento posterior la sensación de bienestar manifestado en gestos o comentarios, expresa de otro modo la presencia de dicha resistencia, comparable a lo descrito por Anzieu (1986, pag.85) como *“ilusión grupal”*: *“Llamo ilusión grupal a un estado psíquico particular que se observa tanto en los grupos naturales como en los terapéuticos o formativos, y que es espontáneamente verbalizado por los miembros de la forma siguiente: ‘estamos bien juntos, constituimos un buen grupo...’”*. Son momentos de euforia, con una vivencia placentera semejante a un estado maniaco que podría compararse a la ilusión-idealización propia del enamoramiento y que pueden ser transicionales o cristalizar como permanentes. Este tipo de verbalizaciones, las expresiones faciales, sonrisas y gestos, daban la sensación de sentirse muy bien juntos, de “confort”, y de la fantasía de verse en el otro, a pesar de que lo único que pueden hacer por el momento es mirarse en lo que han proyectado en ese *“otro”*, mirarse en realidad a sí mismos, y escuchar solo lo que ellos quieren escuchar... Si bien estamos ante una modalidad con que se presenta la resistencia, es necesario aclarar que en sí misma está incluyendo la capacidad para desarrollar la transferencia, en la medida que ésta haya sido o no inscrita en el psiquismo de sus miembros.

La labor interpretativa fundamental de los terapeutas se dirigía al grupo como totalidad, refiriendo al *“aquí y ahora”*

transferencial, y a partir de la comprensión de los movimientos regresivos que los mantenían con las modalidades de los grupos de supuestos básicos, en estos casos de *dependencia* y *apareamiento*. Para ello fue necesario acrecentar en cada uno de ellos, las capacidades de observación y tolerancia a la espera y al silencio, así como de la atención interesada. Cuando en la actitud del terapeuta subyace la reciprocidad con el paciente es posible mostrar, más allá de lo que se dice, la vivencia de las emociones. En este contexto se pone en marcha el pensamiento imaginativo, y así es factible vislumbrar lo que podemos llamar “la belleza oculta del paciente”, sus potencialidades de desarrollo y crecimiento, apoyados por el análisis de la contratransferencia y los hechos que se observan en cada sesión. La representación mental que paulatinamente el analista va construyendo del paciente, constituye el motor de entusiasmo en su tarea. ¿Es posible trabajar con una persona que consulta si no se confía en que tiene posibilidades de cambio psíquico?

La fuerza de las emociones que invadían al grupo en estos momentos tenían su correlato en las características que tomaban los sentimientos contratransferenciales, los cuales necesitaban ser procesados en diferentes momentos: a) los comentarios inmediatamente posteriores a la sesión entre terapeuta y observador; b) supervisiones, y c) internamente a partir del propio análisis. En cada uno de estos espacios se cumplía una doble función: por una parte de elaboración y por otra de comprensión y esclarecimiento de los fenómenos no advertidos en el momento. Cuando los terapeutas no están atentos, pueden llegar a dejarse capturar por esa fuerte emocionalidad con efectos variados, y que principalmente imposibilitan la comprensión empática en tanto se pierde la distancia óptima y necesaria. Solo en la medida que puedan manejar en ellos mismos estos sentimientos, podrán ayudar a que el grupo evolucione. Con esto queremos decir que el nivel regresivo disminuya, las defensas se tornen menos rígidas y, en términos bionianos, pueda ingresar al grupo de trabajo.

A partir de este material, hemos intentado sistematizar aquellos aspectos que tienen que ver con las posibilidades que los grupos ofrecen para el diagnóstico individual de sus miembros, y las características particulares del diagnóstico del grupo como tal.

La realización de un psicodiagnóstico, como proceso previo al tratamiento psicológico, nos permite conocer con qué paciente nos enfrentamos, pero más aún, sirve para que el mismo paciente (o entre ambos: paciente y terapeuta) pueda ir reconstruyendo aquellos aspectos que han quedado ocultos para su comprensión. Al modo de un iceberg, aquello que presenta determinada apariencia, esconde bajo el agua su masa más prominente. El proceso diagnóstico, realizado con las técnicas apropiadas y acordes a la formación teórica del psicoterapeuta, permite solo reconocer la estructura o el esqueleto, el cual podrá ir tomando forma y cuerpo en el “transcurrir”, es decir, cuando se vaya permitiendo la emergencia paulatina de todo aquello que se mantenía en la oscuridad. Cuando se trata de grupos, en nuestra experiencia hemos podido observar que este proceso tiene otras características, ya que los aspectos ocultos se hacen visibles con mayor facilidad y permiten al terapeuta observar en vivo, el “cómo”, “cuándo” y “donde” ocurren las situaciones angustiantes que aquejan al paciente, así como sus defensas, resistencias y elementos saludables que se ponen al servicio del tratamiento.

Al proponernos describir las características diagnósticas de un grupo terapéutico, lo que intentamos detectar es la presencia de aspectos manifiestos y/o latentes que caracterizan un momento dado, al estilo de un corte transversal, en la vida de un grupo. Las primeras sesiones, en general, nos proporcionan el material suficiente para el conocimiento del mismo en términos de:

- Características y fuerza de la *resistencia*
- Tipo de *defensas*. Diversidad, rigidez o plasticidad de las mismas.

- Reconocimiento de los fenómenos inconscientes señalados como *supuestos básicos* por Bion.
- Particularidades de la regresión

Con relación a las posibilidades que ofrece el grupo para el análisis diagnóstico de sus miembros, queremos señalar que en nuestra experiencia siempre hemos partido de un diagnóstico individual previo, que fue realizado por ambos miembros del equipo terapéutico y que consistía en:

- a) Entrevistas diagnósticas.
- b) Pruebas proyectivas gráficas (“Gestaltico Visomotor” de Bender; “Casa árbol, persona”; “Persona bajo la lluvia”).
- c) Desiderativo.

Estas evaluaciones nos permitieron tomar contacto con los posibles integrantes, teniendo en cuenta que no se incluirían personas que presentaran una estructura de personalidad borderline o psicótica, con tendencias suicidas claras y personas que estuvieran atravesando una situación de duelo muy reciente o sin ninguna elaboración.

Si bien los integrantes de los grupos compartían manifestaciones sintomáticas -dificultades relacionadas a dar exámenes, concentración para estudiar, y otras formas de problemas de adaptación a la universidad- éstos eran heterogéneos en relación con las diferentes técnicas (histéricas, obsesivas, paranoideas, fóbicas) o modos de defenderse que utilizaba cada uno de sus miembros. Esto hacía imprescindible la aplicación de la batería diagnóstica previa al ingreso. Los resultados fueron luego comparados con las primeras sesiones del grupo terapéutico, y en dicha confrontación observamos la puesta en escena de todo aquello que habíamos deducido a través de las verbalizaciones o de las pruebas proyectivas que habíamos usado. El despliegue dinámico nos mostraba detalles ampliados de lo que conocíamos por el diagnóstico previo. La manera en que cada uno se posicionaba y se relacionaba con el resto de sus compañeros y con los terapeutas, fueron dando cuenta de las modalidades que adquiriría la transferencia,

que en esta situación se presentaba como un fenómeno multi-personal, social, siendo depositarios de la misma todos los integrantes del grupo. Así también fue muy ilustrativa la manera en que, en algunos casos, se hace uso de la identificación proyectiva, situación que posiblemente no hubiera surgido con tanta nitidez ni tan prontamente tratándose de una terapia individual. La experiencia grupal graficaba con mayor claridad lo observado en la instancia anterior, especialmente en lo que se refería a las características que adquiriría la conformación de la red vincular para cada uno de los integrantes. Esta diferencia se explica por el nivel primitivo que se despliega en la instancia grupal, lo que hace que se presenten en forma descarnada y se vivencien en el aquí y ahora en todo su potencial. De ahí la importancia de analizar la transferencia desde los distintos niveles:

- con los terapeutas,
- con los otros miembros considerados individualmente,
- con el grupo como totalidad.

Consideramos necesario continuar en la búsqueda de criterios que nos permitan realizar aproximaciones más certeras en cuanto a las características diagnósticas de los grupos terapéuticos, así como las perspectivas pronósticas de los mismos. En cambio, se aprecian con mayor nitidez las posibilidades que ofrece esta modalidad de intervención para el diagnóstico de sus miembros. Brinda además la posibilidad de establecer e introyectar nuevas modalidades vinculares, indispensables en la generación del cambio psíquico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANZIEU, D. (1982): *El psicodrama analítico en el niño y en el adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- AMAYA, J., BAZÁN, G., TORANZO, E. y TABORDA, A. (2000): Diversidad e Integración en Psicoterapia. *Rev. Clínica y Análisis Grupal*. España.
- BION, W. (1963). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires. Paidós.
- BLEICHMAR, H. (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específica*. Barcelona: Paidós.
- CAPARRÓS, N. (1996). El grupo y la identificación proyectiva. *Rev. Clínica y análisis grupal*. (16: N.º 65). Ed. Grupo Quipú.
- COROMINAS, J.; FARRÉ, L.; MARTÍNEZ, M.; CAMPS, N. (1996). Psicoterapia de grupo con niños. Una experiencia de psicoterapia psicoanalítica aplicada a la enuresis. Barcelona. Paidós.
- FOULKES, S. (1964). *Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo*. Buenos Aires. Paidós.
- FOULKES, S. (1986). *Psicoterapia de Grupo-Análisis. Métodos y principios*. Buenos Aires. Ed. Gedisa.
- JIMÉNEZ J. y otros (2001). *Hacia una psicoterapia como tecnología apropiada. Psicoterapia focal*. Montevideo: Ed. Roca Viva.
- MAIN, M. (2001). "Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño y en el adulto". Disponible en: www.aperturas.org N.º 8.
- MAIN, M.; GOLDWYN, R. (1995). *Sistema de Clasificación del Vínculo para adultos y Entrevista de apego para adultos*. Trad. de M. J. Bernini San Sebastián.
- MARRONE, M. (1992). La teoría del apego y sus aplicaciones a la Psicoterapia. *Revista Argentina de Psiquiatría*. VERTEX, 3 (9).
- MAZZOCCA DÍAZ, P.; SOSA, S. (2005). La aplicación del modelo de ciclos terapéuticos. Una experiencia de formación. Trabajo publicado en las Memorias de las XII Jornadas de Investigación y Primer encuentro de investigadores del MERCOSUR.
- MELTZER, D. (1990). *La aprehensión de la belleza*. Buenos Aires: Spatia.
- MELTZER, D. (1987). *El proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- MERGENTHALER, E. (2000). The Therapeutic Cycle Model in Psychotherapy Research: Theory, Measurement, and clinical application. *Ricerche sui Gruppi*.

- PRIVAT, J. y PRIVAT P. (1987). D'une utilisation particulière du jeu en groupe. *Revue de Psychothérapie psychanalytique de Groupe*. (n.º 7-8). Erès. Toulouse.
- ROUSSOS, A.; COL. (2004). Diseño del diccionario de actividad referencial ponderada en idioma español (S-WRAD). *Memorias de las XI Jornadas de Investigación*. UBA. Tomo I.
- SAMANIEGO, V.C. (1999). *El Child Behavior Checklist: su estandarización en la Argentina*. XXVII Congreso Interamericano de Psicología. Venezuela.
- SAMPERISI A. y TABORDA A. 2004: Tratamiento psicoterapéutico específico para pacientes borderline. *Revista Electrónica: Topia*. www.topia.com.ar
- TABORDA A.; TORANZO, E. (2004). Un enfoque de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo: Grupos paralelos de padres e hijos. Aceptada para su publicación. *Revista "Clínica y análisis grupal"*.
- TABORDA, A.; ABRAHAM, M.A. y otros. (2004). El proceso diagnóstico grupal con niños. *Revista de la Facultad de Ciencias Humanas, de UNSL, IDEA*. Disponible en: <http://www.unsl.edu.ar/idea/> año 16, N.º 40.
- TABORDA, A.; DÍAZ, D (2004). Tratamiento psicoterapéutico individual y grupal en niños con Déficit Atencional. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/204-tabordadiaz.htm> – 2004.
- TABORDA, A.; TORANZO, E. (2003). Del diagnóstico individual al tratamiento en grupos paralelos padre e hijos. *Revista de la SEYPNA Cuadernos de Psiquiatría y Psicología de niños y adolescentes*. 33/34:219-238.
- TORANZO, E. (2004). Psicoanálisis, Investigación y Salud Mental. *Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Psicología, Sociedad y Cultura*. Facultad de Psicología. UBA. Pag. 87.
- TORANZO, E.; TABORDA, A. (2005). Psicoterapia Psicoanalítica de grupos paralelos padres-hijos: Una modalidad diagnóstica para Padres. *Revista "Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente"*. Barcelona. España.
- TORRAS DE BÉA, E. (2002). Grupo de Adolescentes. *Revista de la SEYPNA. "Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente"*. N.º 33/34: 135-147. 1er. y 2do. Semestres. Barcelona. España.

- TORRAS DE BEÀ, E. (1996). Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica. Barcelona. Paidós.
- VALEROS, J. (1998). *El jugar del analista*. Buenos Aires. Fondo de la Cultura Económica.
- WINNICOT, D. (1979). *El proceso de maduración en el niño. Estudio para una teoría emocional*. Barcelona. LAIA.
- WINNICOT, D.W. (1989). *Exploraciones psicoanalíticas*. Buenos Aires. Paidós.

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, gráfico y tablas en formato word, rtf, bien vía mail o en disquette.
7. Al original ha 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.; nº –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, 19-6º 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.

