

MANUAL DE TERAPIAS PSICOANALÍTICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Marcelo Salles Manuel (Coordinador)



PLAZA Y VALDES

P Y V

EDITORES

MANUAL DE TERAPIAS
PSICOANALÍTICAS
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

MANUAL DE TERAPIAS PSICOANALÍTICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Marcelo Salles Manuel
(coordinador)



Primera edición en Plaza y Valdés: 2001
Ésta es una segunda edición, corregida y aumentada
Primera reimpresión: 2003

Ilustración de portada: *Origen*, Lauro Estrada-Inda, técnica: mixta.

© Grupo Editorial Planeta de México (para la primera edición)
© Marcelo Salles Manuel
© Plaza y Valdés, S. A. de C. V.

Derechos exclusivos de edición reservados para todos los países de habla hispana. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin autorización escrita de los editores.

Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
Manuel María Contreras 73, Col. San Rafael
06470 México, D. F. Tel. 5097-20-70
editorial@plazayvaldes.com

ISBN: 968-856-932-1

Impreso en México / *Printed in Mexico*

Índice

Prólogo	9
<i>Marcelo Salles Manuel</i>	
Sobre los autores	13

Primera Parte

I. Historia y orientación del tratamiento psicoanalítico de niños y adolescentes.	19
<i>Manuel Isaías López y Norma Alicia León</i>	
II. Aspectos generales de la técnica psicoanalítica	61
<i>Ramón Parres Sáenz</i>	
III. El proceso psicoanalítico y sus variantes en niños y adolescentes.	81
<i>Juan Vives Rocaberty Teresa Lartigue Becerra</i>	
IV. Psicoanálisis y psicoterapia de niños.	117
<i>Pablo Cuevas Corona</i>	
V. Investigación en psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes.	145
<i>Víctor Albores García</i>	

VI. Melanie Klein y el nacimiento del psicoanálisis de niños.	187
<i>Esperanza Pérez de Plá</i>	
VII El proceso formativo del especialista	239
<i>Eduardo Dallal y Castillo</i>	

Segunda Parte

VIII. El desarrollo: su importancia en la psicoterapia y en el psicoanálisis de niños y adolescentes.	265
<i>Marcelo Salles Manuel</i>	
IX. Importancia de la valoración clínica en psicoanálisis y psicoterapia en niños y adolescentes.	291
<i>Pablo Cuevas Corona y Eduardo Dallal y Castillo</i>	
X. El papel de los padres en el tratamiento de los niños.	313
<i>Lauro Estrada-Inda</i>	
XI. Psicoterapia padres-bebé.	339
<i>Teresa ¿artigue Becerra y Martín Maldonado-Durán</i>	
XII. La terapia psicoanalítica del niño.	389
<i>Marcelo Salles Manuel</i>	
XIII. La terapia psicoanalítica del adolescente.	419
<i>Manuel Isaías López</i>	
XIV. Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes.	449
<i>Marcelo Salles Manuel y Marco A. Corona</i>	
Glosario.	495

Prólogo

Han pasado nueve años desde que se publicó la primera edición del *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes*. En aquella ocasión nos animaba el espíritu de publicar en español material vinculado al psicoanálisis infantil y a la psicoterapia de niños que pudiera ser de utilidad a otros colegas, sobre todo a aquellos que recién se iniciaban en la especialidad como psicoterapeutas. En aquel entonces era muy escaso el material publicado en el idioma español.

A esa distancia, se han dado avances importantes en esta área, siendo una de las razones primordiales que nos han animado a actualizar la presente obra. Con esto en mente los autores decidimos actualizar los capítulos, en lugar de hacer sólo una reedición, de tal modo que contáramos con información fresca que viniera a llenar huecos de conocimiento en la materia. Pensamos también en mejorar el libro, añadiéndole dos capítulos nuevos, lo que vendría a redondear aún más la información sobre el tema. Así, incluimos un capítulo sobre la psicoterapia padres-bebé y otro sobre la psicoterapia de grupo. Los dos capítulos que teníamos antes sobre la investigación en psicoterapia están actualizados en uno solo, del año 1992 hasta el año 2000. Del mismo modo los dos capítulos que teníamos sobre Melanée Klein están resumidos en uno. Asimismo, en el capítulo de la terapia psicoanalítica del niño se agrega un resumen más extenso que tiene que ver con las principales aportaciones de Anna Freud.

En estos nueve años, lamentarnos el fallecimiento de Rodolfo Ortega, uno de los coautores originales del libro. Sentimos su sensible pérdida. Los capítulos que él escri-

bió en la primera edición de esta obra son desarrollados ahora; el de aspectos generales de la técnica psicoanalítica por Ramón Parres, y el del proceso terapéutico por Juan Vives y Teresa Lartigue. El capítulo sobre la psicoterapia padres-bebé está escrito por Teresa Lartigue y por Martín Maldonado-Durán. El de la psicoterapia de grupo por Marcelo Salles y Marco A. Corona. Queremos aprovechar esta oportunidad para darles la más cordial bienvenida a los nuevos autores que nos van a acompañar en esta empresa, agradeciéndoles que hayan aceptado unirse a nosotros en esta tarea. Estoy seguro que sus participaciones van a realzar y a elevar el buen nivel académico de este libro. Aprovecho también la oportunidad de agradecer a los colegas, los autores originales, su gran entusiasmo y esfuerzo en la actualización de los capítulos a su cargo.

Esta obra ofrece al lector un panorama general y amplio para la práctica del psicoanálisis infantil y adolescente, así como para el ejercicio de las psicoterapias de corte psicoanalítico aplicadas a la misma población. Desde la historia, pasando por el estudio del desarrollo, la importancia de la valoración clínica, la diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia, el proceso formativo del especialista, la teoría psicoanalítica en general, el estudio del proceso analítico, la investigación en psicoterapia y en psicoanálisis, la técnica analítica en niños y en adolescentes, las ideas de Anna Freud así como las kleinianas y las de otros autores, aunadas a la descripción de las diferentes modalidades de psicoterapia, le dan a este nuevo libro una gran riqueza y diversidad de conocimientos teóricos y prácticos que son de utilidad para el psicoterapeuta, o para el lector neófito o proveniente de otros campos de estudio. En este sentido hemos tenido un especial cuidado en la edición, aumentando el glosario, sobre todo en relación a los capítulos nuevos, con el fin de aclarar el significado de algunas palabras de tal modo que resulte comprensible para el lector no versado en el campo. También se notará que ahora hemos dividido el libro en dos partes. En la primera presentamos el material teórico y en la segunda el práctico-clínico.

La práctica de la psicoterapia de índole psicoanalítica, en todas sus modalidades, tiene cerca de cien años de existencia. Hemos visto cómo su origen proviene del psicoanálisis y también que no se necesita ser psicoanalista para ejercerla. Sin embargo, sí requiere de una experiencia psicoterapéutica propia, separada de lo académico, así como una concienzuda preparación en la teoría psicoanalítica, tanto en el estudio de la psicopatología del desarrollo normal y del diagnóstico de las enfermedades mentales, como en recibir también una supervisión formal de sus casos clínicos. Por otra parte, estamos conscientes de que es indispensable formarse como psicoanalista infantil para poder practicar el psicoanálisis. Hemos también apreciado cómo la psicoterapia ha ad-

PRÓLOGO

quirido otras modalidades de acción, tales como la psicoterapia padres-bebé o la psicoterapia de grupo, razón por la cual las hemos incluido en esta nueva obra.

Estamos convencidos de que con este nuevo libro el lector quedará satisfecho, al cubrirse en el territorio de su lectura un panorama amplio y actualizado de la práctica de las terapias psicoanalíticas, en niños y adolescentes, en varias de sus modalidades.

Marcelo Salles Manuel

Sobre los autores

Víctor Albores García

Médico cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México. Graduado en Psiquiatría, The Menninger Foundation, Topeka, Kansas. Graduado en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, SV Christopher's Hospital for Children, Temple University, Filadelfia. Asesor en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, en el Departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Torreón, de la Universidad Autónoma de Coahuila. Profesor invitado a la maestría de terapia de pareja y de familia de la Universidad Autónoma de La Laguna (UAL). Catedrático del curso sobre Desarrollo Humano en la Escuela de Psicología de la Universidad Juárez de Durango (UJD).

Marco A. Corona

Médico cirujano. Universidad Nacional Autónoma de México. Graduado en Psiquiatría. Graduado en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, UNAM. Graduado en Psicoanálisis y en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, Asociación Psicoanalítica Mexicana. Ex director del Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil "Dr. Federico Gómez". Ex presidente de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. Coordinador del Curso de Posgrado en Psicoanálisis Infantil del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Pablo Cuevas Corona

Médico cirujano, UNAM. Graduado en Psiquiatría, Hospital Central Militar. Graduado en Psicoanálisis y en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, Asociación Psicoanalítica Mexicana. Psicoanalista didacta del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Investigador del Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholicismo. Profesor invitado del Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Eduardo Dallaly Castillo

Médico cirujano, UNAM. Graduado en Psiquiatría, Universidad de McGill, Montreal. Graduado en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Universidad de Chicago. Graduado en Psicoanálisis y en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, Asociación Psicoanalítica Mexicana. Psicoanalista didacta del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor invitado del Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Profesor de Psiquiatría Infantil de la Residencia de Psiquiatría de la Universidad La Salle.

Lauro Estrada-Inda

Médico cirujano, UNAM. Graduado en Medicina Interna, Hospital del Instituto Nacional de Enfermedades de la Nutrición. Graduado en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Universidad de McGill, Montreal. Graduado en Terapia Familiar. Graduado en Psicoanálisis y en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, Asociación Psicoanalítica Mexicana. Psicoanalista didacta del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor invitado del Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Teresa Lartigue Becerra

Psicóloga, Universidad Iberoamericana. Maestra en Psicología Clínica, UNAM. Doctora en Psicología Clínica, UIA. Graduada en Psicoanálisis y en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, y Psicoanalista didacta del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Investigadora de la Subdirección de Investigación en Salud Públi-

ca del Instituto Nacional de Perinatología. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Coordinadora del programa de doctorado del Centro de Estudios de Posgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana y editora permanente de *Cuadernos de Psicoanálisis*.

Norma Alicia León

Psicóloga, UIA. Doctorada en Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la UNAM. Graduada en Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Manuel Isaías López

Médico cirujano, UNAM. Graduado en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Medical College of Pennsylvania, Filadelfia. Graduado en Psicoanálisis y en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, Asociación Psicoanalítica Mexicana. Psicoanalista Didáctico del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor del Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

J. Martín Maldonado-Durán

Médico cirujano. Instituto Politécnico Nacional (IPN), México. Graduado en Psiquiatría, y en Psiquiatría del Niño y Adolescente y Terapeuta Familiar de la Escuela Karl Menninger de Ciencias de la Salud Mental, Topeka, Kansas. Candidato avanzado en Psicoanálisis tanto del adulto como del niño en el Instituto de Psicoanálisis de Topeka, Kansas. Investigador en psiquiatría del bebé del Centro del Niño y la Familia de la Clínica Menninger, Topeka, Kansas. Profesor de la Escuela Karl Menninger y del Instituto de Psicoanálisis de Topeka, Kansas. Miembro del Comité Científico de la revista *Santé et Culture*.

Ramón Parres Sáenz

Médico cirujano, UNAM. Graduado en Psiquiatría, New York State Psychiatric Institute. Graduado en Psicoanálisis, Columbia University Psychoanalytic Center. Fundador y Psicoanalista Didáctico del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Emérito de Psicoanálisis Infantil y de la Adolescencia, Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Miembro Director del Consejo Mexicano de

Psiquiatría. Miembro Vitalicio de la Asociación Psicoanalítica Mexicana American Psychiatric Association. Miembro Vitalicio de la Association for Psychoanalytic Medicine, Nueva York. Fundador y ex presidente de la Asociación Psicoanalítica Mexicana y de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría.

Esperanza Pérez de Pía

Médica cirujana, Universidad de la República de Uruguay. Graduada en Psiquiatría, Universidad de la República de Uruguay. Graduada en Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica de Uruguay. Graduada en Psicoanálisis Infantil y de la Adolescencia, Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesora del Curso de Psicoterapia de Niños y Adolescentes de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Psicoanalista didacta del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Marcelo Salles Manuel

Médico cirujano, UNAM. Subresidencia en Pediatría General en el Hospital Infantil de México. Graduado en Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, The Menninger Foundation, Topeka, Kansas. Graduado en Psicoanálisis y en Psicoanálisis Infantil y de la Adolescencia, Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor invitado del Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Miembro fundador y ex presidente de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. Ex presidente de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Juan Vives Rocabert

Médico cirujano, UNAM. Especialista en Psiquiatría, División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina, UNAM. Graduado en Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Mexicana. Graduado en Psicoterapia de Grupo, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo. Psicoanalista didacta del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Mexicana y de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo. Profesor de la maestría en Psicología Clínica, Universidad Anáhuac. Actual presidente de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Primera Parte

I

Historia y orientación del tratamiento psicoanalítico de niños y adolescentes

Manuel Isaías López
Norma Alicia León

Introducción

Cuando Marcelo Salles, compilador de este libro, nos convocó a mediados de 1998 para proponernos la revisión de nuestros respectivos capítulos con el propósito de realizar una segunda edición, pensamos que este primer capítulo no necesitaría mayor modificación. La situación de la psicoterapia de niños, nos parecía, no podía haber cambiado gran cosa en México en los últimos ocho años. Aun en las primeras reuniones que los autores tuvimos para emprender la revisión, se consideró que en este primer capítulo no se tendría que cambiar mucho.

La realidad fue otra. En ocho años pasan muchas cosas, más de las que uno imagina. La versión original está escrita en el respectivo programa y lenguaje de la computadora *Apple Hej*

¹ La computadora que tuvimos en México durante los años setenta y que por razones de costos tardó en ser sustituida por la PC.

Aunque este bicho todavía no está totalmente extinto, de los pocos ejemplares existentes no encontramos una impresora que produjera un ejemplar útil del capítulo para su actualización. Afortunadamente ya se inventó un escáner capaz de producir una copia útil para hacer agregados y correcciones; pero la cantidad de equivocaciones que comete, para nuestro gusto, es enorme. En fin, los cambios no sólo han ocurrido en el terreno de la informática.

En estos últimos ocho años varios de los colegas mencionados en la versión original y que se encontraban entonces muy activos —Daniel Nares, Darío Urdapillega, Jorge Velasco Alzaga, José Luis Saucedo Rubí de Monterrey, Rodolfo Ortega—, lamentable y tristemente para nosotros, fallecieron.² Han aparecido y desaparecido programas de formación en psicoterapia de niños y adolescentes; el Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana inició una tercera etapa de adiestramiento en psicoanálisis infantil, graduó a seis colegas y de nuevo se encuentra desierto. Regresaron a México dos psicoanalistas infantiles graduadas en el Anna Freud Centre de Londres,³ y nuevamente se fueron al extranjero; se establecieron relaciones con la Association for Child Psychoanalysis⁴ y se logró la membresía como candidatos de algunos colegas mexicanos en esta sociedad internacional de psicoanálisis infantil; el Instituto de la Asociación Regiomontana de Psicoanálisis inició y concluyó el adiestramiento en psicoanálisis infantil de una generación cuantiosa de psicoanalistas. Han aparecido publicaciones especializadas en el campo de la psicoterapia infantil que nosotros consideramos de importancia; la Asociación Psicoanalítica Internacional ha dado pasos importantes para la formalización del psicoanálisis infantil y el establecimiento de estándares mínimos de adiestramiento.

Nos encontramos al inicio de un nuevo siglo, y aunque hay quien dice que ni estrenamos siglo ni milenio, y que ni siquiera realmente cumplió años el cristianismo, los tres ceros en el calendario han inspirado presagios: apocalipsis y anticristos cibernéticos, prosperidad, consolidación y sintonía entre las ciencias experimentales y las humanísticas; entre la psicoterapia y el psicoanálisis y las demás neurociencias. Aún en la última revisión de este material, en junio de 2000, nos hemos visto obligados a hacer algunos agregados.

² También hace algunos años ocurrió el fallecimiento prematuro de Sergio Herrera Juárez, en Mexicali, Baja California Norte, quien formó parte de la primera generación de estudiantes del Curso de Psiquiatría Infantil de la UNAM cuando ya era director del Hospital Juan N. Navarro, puesto en el que permaneció durante varios años. Asimismo, falleció hace algunos años Susana Barrera, psicoanalista infantil graduada del Curso de Psicoanálisis Infantil de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

³ Más conocido en México, todavía, por su antiguo nombre: Hampstead Clinic (ver más adelante).

⁴ Asociación de carácter internacional que agrupa a psicoanalistas especializados en niños y adolescentes (ver más adelante).

I. Evolución de la conceptualización de psicoterapia y psicoanálisis en el ámbito internacional

En estos tiempos, tanto en otros países como en México, son varias las alternativas psicoterapéuticas aplicables a los trastornos emocionales de los menores: terapias individuales psicoanalíticamente orientadas, terapias de apoyo, terapias cortas y limitadas, terapia centrada en el paciente, terapia familiar, terapia filial, terapia de orientación a los padres, una variedad de terapias conductistas, terapias de grupo, terapias medioambientales, enfoques psicoeducacionales, terapias enfocadas a síntomas específicos, etc. (Harrison: 1979). Todas las modalidades psicoterapéuticas se originaron en el conocimiento de un aparato psicológico cuyo funcionamiento se encuentra condicionado por necesidades emocionales.

Así, la historia de la psicoterapia de niños y adolescentes (en todas sus modalidades) parte con la historia del psicoanálisis infantil; y ésta parte de las primeras incursiones que hizo Freud en el inconsciente. Propiamente, la teoría y la técnica psicoanalítica aplicables a los niños se han venido desarrollando ya por espacio de casi un siglo: Freud trató a Juanito antes de 1909 (Freud: 1909). Dentro de la genialidad y creatividad de esta obra muestra, se describen, como parte de la técnica, algunas maniobras que ahora serían inaceptables; entre otras cosas, Freud permitía que el padre de Juanito hiciera comentarios cargados de elementos *superyoicos* alentadores de culpa. Antes del "pequeño Juanito" Freud había descrito sus exploraciones en la sexualidad infantil en los tres ensayos sobre la sexualidad (*Una teoría sexual*, 1905). Desde 1900 Freud describió el *Complejo de Eäipo* utilizando conceptos que ya había manejado en sus cartas a Fliess (1887-1902) y desde 1895 en los estudios sobre la histeria. En 1920 Freud describió sus observaciones sobre el desarrollo temprano de su nieto Ernest.

Desde principios del siglo xx algunos pioneros de psicoanálisis, discípulos de Freud, intentaron aplicar el tratamiento psicoanalítico a niños. En 1913 Sandor Ferenczi, psicoanalista húngaro, reportó que había tratado de adaptar la técnica psicoanalítica al niño pero que había fracasado. Explica que el "niño no cooperaba" porque quería jugar. Ferenczi pretendía que el niño paciente permaneciera recostado en el diván.

También en 1913 apareció en alemán el trabajo de Herminia von Hug-Hellmuth *Estudio de la vida mental del niño*. Hug-Hellmuth era una educadora que utilizó los descubrimientos de Freud para tratar a los niños y a sus padres en el domicilio de éstos. Ella pensaba que era imposible tratar a un niño si no era en el domicilio de éste. En contraste con el modelo del caso de Juanito, a quien Freud trató a través de su padre, Hug-Hellmuth dio el paso a ser ella misma quien tratara al paciente niño; sin embargo.

lo trataba en su domicilio y pedía a los padres que la presentaran a él como una amiga de la familia, tía u otro familiar;⁵ de esta forma, se incorporaba a la familia y el niño era tratado "sin darse cuenta". Hug-Hellmuth pensaba que era preciso engañar al niño de esta forma para poder tratarlo. No hace falta decir que en la actualidad estas argucias no serían aceptables; por otra parte, en la Viena de 1920, las relaciones amistosas de Hug-Hellmuth con las familias de sus pacientes antecedían al tratamiento, y ella gozaba de gran solvencia profesional y moral sobre las familias. Con el niño ella platicaba, hacía aclaraciones, confrontaciones e interpretaciones y obtenía, a juzgar por sus reportes y los comentarios de sus colegas contemporáneos, magníficos resultados terapéuticos. Otros psicoanalistas-educadores adoptaron estas técnicas en esa época. Hug-Hellmuth presentó ante el Sexto Congreso Psicoanalítico Internacional en La Haya, en septiembre de 1920, su monografía sobre técnica del psicoanálisis infantil.⁶

Durante la década de 1920 a 1930 otros psicoanalistas que también venían del campo de la pedagogía, y por lo tanto estaban más familiarizados con el funcionamiento mental del niño, desarrollaron técnicas especializadas para el tratamiento psicoanalítico del mismo. Merecen especial mención Berta y Steff Bornstein, Alice Balint, Anna Freud y Melanie Klein. También a esta época perteneció August Aichhorn, quien era maestro de escuela y llegó a ser director de una institución para chicos delincuentes. Después, Aichhorn tomó adiestramiento psicoanalítico y fue director de la primera clínica de orientación infantil en Viena. La obra de Aichhorn *Wayward Youth* (1925) sigue siendo clásica en el estudio del manejo terapéutico del menor delincuente. Poco tiempo después de la Primera Guerra Mundial Bernfeld y Hoffer aplicaron el tratamiento psicoanalítico a niños víctimas de la guerra. Por la misma época Vera Schmidt utilizó los conocimientos psicoanalíticos para tratar a niños en edad preescolar en Rusia (Ekstein: 1979), Françoise Dolto en París, Francia, y más tarde Arminda Aberastury en Buenos Aires, Argentina.

En 1926 apareció la primera publicación periódica dedicada a la aplicación del psicoanálisis al estudio del niño: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik* (*Periódico de pedagogía psicoanalítica*.) Esta publicación apareció en forma regular en Austria hasta la ocupación nazi. Después de la guerra, a partir de 1945, *The Psychoanalytic*

⁵ Curiosa y trágicamente, Hug-Hughestein, como realmente se llamaba Hug-Hellmuth, murió asesinada por su sobrino Rudolph, psicópata a quien, como institutriz desde la infancia de éste, Hug-Hellmuth había ofrecido cuidadosa educación sobre los principios Montessori y psicoanalíticos (Fendrik: 1988)

⁶ Las encarnizadas contiendas entre kleinianos y seguidores de Anna Freud para sostener a ésta o a Melanie Klein como la iniciadora del psicoanálisis infantil no hacen justicia a Hug-Hellmuth como auténtica pionera.

Study of the Child (Estudio psicoanalítico del niño) continuó los propósitos de esa publicación y, después de 56 años y 55 volúmenes, sigue siendo la publicación más valiosa en el campo del psicoanálisis infantil.⁷

Desde los primeros años de la segunda década del siglo xx se empezaron a desarrollar dos distintas escuelas de psicoanálisis infantil: la de Anna Freud y la de Melanie Klein. La primera se originó en Viena a partir de la pedagogía psicoanalítica y siempre estuvo relacionada con la educación y la aplicación del pensamiento psicoanalítico al campo de la prevención. En 1926 A. Freud publicó en alemán su obra *El tratamiento psicoanalítico de niños*. En este libro habla de las alteraciones que había que hacer a la técnica clásica para poder trabajar con los niños, de la sustitución de las asociaciones libres por el juego libre, de la importancia de trabajar con los padres del paciente, de la selección de los pacientes y de la naturaleza de la transferencia en el psicoanálisis infantil (de la presencia de reacciones transferenciales pero no de neurosis de transferencia). La escuela de Melanie Klein se empezó a desarrollar más o menos al mismo tiempo en Berlín (Ekstein: 1979.) De ésta se derivó la llamada Escuela Inglesa de Psicoanálisis Infantil. La primera obra importante de Klein en este campo fue *El psicoanálisis de niños* publicado en 1932.

La escuela de Anna Freud estaba básicamente orientada al estudio del desarrollo del niño para diseñar así las técnicas terapéuticas; la kleiniana se ocupaba básicamente del conflicto entre los instintos de vida y de muerte. Klein asume que en los primeros meses de la vida existen relaciones de objeto diferenciadas, en parte libidinales y en parte agresivas. Asegura que el bebé de meses posee un aparato psicológico ya diferenciado en Yo y Superyó capaz de tener un elaborado sistema de fantasías conscientes e inconscientes. Anna Freud describe que en los primeros años los procesos psíquicos del bebé están gobernados por su narcisismo y la urgencia por la satisfacción, es decir, por el impulso. Ella concibe un desarrollo gradual del aparato mental modelado por la interacción de la madre con el niño. Las relaciones de objeto se desarrollan lentamente en forma progresiva desde la fase en que el objeto es meramente satisfactor (fase simbiótica normal de Mahler),

⁷ En opinión de muchos de nosotros ésta ha sido la publicación psicoanalítica más valiosa. No se circunscribe al estudio del niño, sino que se extiende al estudio de la aplicación general del estudio del desarrollo y de la psicopatología entendida desde la comprensión del desarrollo psicológico. El *Estudio psicoanalítico del niño* contiene trabajos cuya utilidad y originalidad han sido ampliamente juzgadas y demostradas. El tiempo comprueba que estos trabajos y sus autores pasan a ser los clásicos en la enseñanza del psicoanálisis en general y de la psiquiatría infantil. Curiosamente, la mayoría de las bibliotecas especializadas de México no cuentan en su acervo con esta publicación. La biblioteca de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, gracias a la oportuna intervención de Javier Villarreal, entonces director de la misma, adquirió esta colección para la Asociación después de la crítica a esta carencia hecha en la primera edición de esta publicación aparecida en 1992.

hacia la constancia de objeto que permite la relación de objeto real, lo que es posible cuando la separación-individuación se ha alcanzado (Mahler: 1975).

Otra diferencia fundamental entre una y otra escuela se encuentra en el método del análisis infantil. A pesar de que tanto A. Freud como Klein reconocen la necesidad que tiene el niño de jugar, la técnica kleiniana traduce el juego directamente en términos de símbolos manejándolos como si fuesen procesos primarios. En la técnica de Anna Freud, el terapeuta observa el juego para entender las formas en que el Yo se enfrenta a los impulsos, al Superyó y a la realidad. Es decir, trata de estudiar la interacción de las fuerzas mentales en un escenario (el juego) que es natural al niño.

El trabajo y desarrollo de las dos escuelas fue interrumpido por la Segunda Guerra Mundial. Los más brillantes y mejor preparados psicoanalistas de niños se encontraban en Austria y Alemania. El régimen nazi paralizó la actividad psicoanalítica, los psicoanalistas infantiles que no eran judíos permanecieron en esos países y esto marcó el final de su productividad. Los que eran judíos emigraron principalmente a Inglaterra y a los Estados Unidos de América. Estos países fueron tierra fértil para su productividad, y en ellos fue donde el psicoanálisis infantil tuvo principal desarrollo a partir de la segunda mitad de la década de 1940 (posguerra). Al terminar la Segunda Guerra Mundial el trabajo psicoanalítico se reanudó en Inglaterra y en el Nuevo Continente. En Inglaterra las dos escuelas trabajaron en forma paralela, prácticamente sin contacto; en los Estados Unidos de América dominó la orientación de Anna Freud.⁸ También, desde los años cuarenta, surgió en Inglaterra el grupo independiente de psicoanalistas, grupo al que se dio por llamar inicialmente *grupo intermedio*. A éste perteneció D. W. Winnicott, quien, si bien realmente no fundó una nueva agrupación, mantuvo la independencia que le permitió contribuir sustancialmente al conocimiento del desarrollo infantil y al tratamiento de menores. La orientación de Winnicott fructificó posteriormente en las contribuciones de Theresa Benedek y James Anthony.

De Inglaterra y Estados Unidos el psicoanálisis de niños se extendió a otros países. En España y Argentina —y en otros países sudamericanos— fertilizó la orientación influida por la llamada escuela inglesa (kleiniana). En México, el psicoanálisis infantil

⁸ Hinshelwood (1999) dice que el Atlántico fue la división entre la psicología del Yo y los progresos kleinianos. La verdad es que la división se estableció en el mismo lado del Atlántico y en la misma ciudad. A Anna Freud siempre le parecieron demasiado atrabancados e imprudentes los supuestos progresos kleinianos. A mi parecer, la antipatía personal recíproca entre Klein y Freud fue más insalvable que el Atlántico. Ciertamente, como dice Hinshelwood, que las nuevas corrientes representadas por Kohut, Renick, Sandler y Fonagy han creado una reconciliación. Yo agregaría a Kernberg, quien ha rescatado algunas contribuciones valiosas de la orientación kleiniana.

se ha desarrollado a expensas de la influencia argentina (kleiniana) y estadounidense (escuela del Yo).

Ambos grupos, el de A. Freud y el de M. Klein, crecieron y progresaron elaborando y revisando la técnica y la teoría. Los colaboradores de A. Freud en los Estados Unidos (como Erikson, Blos y Mahler) inspiraron los cursos formales de psicoanálisis infantil para psicoanalistas interesados en especializarse en técnicas que en la actualidad son altamente refinadas y que requieren para su ejercicio de un adiestramiento especializado y de características temperamentales que permitan al terapeuta la comunicación con los niños. No fue por casualidad que quienes lograron en principio la adaptación de la técnica y la comunicación con el niño, en este sentido, fueron en su mayoría mujeres. Se ha especulado que la mayor tolerancia a la regresión y a la pasividad facilita a la mujer el trabajo con los niños. El número tan alto de analistas mujeres que han sobresalido en este campo a través de la historia del psicoanálisis infantil parece probar algo.

Anna Freud mantuvo, a pesar de los cambios en la técnica para adaptarla a los niños, el cuerpo teórico básico freudiano completamente inalterado. Este cuerpo básico ha sido continuamente revisado por muchos, incluyendo a la misma A. Freud, quien en 1936 hizo importantes aportaciones al entendimiento del Yo, especialmente en los aspectos defensivos. Muchos otros han contribuido a esta revisión constante aportando nuevos conocimientos: Kris (1955), Hartmann (1939, 1955), Mahler (1945), Greenacre (1950a, 1950b, 1952), etc. Todas estas aportaciones han influido en la teoría y la técnica psicoanalíticas.

La historia del psicoanálisis infantil prueba que éste es un campo capaz de ofrecer contribuciones sustanciales a la teoría psicoanalítica. De hecho, durante los últimos cincuenta años una mayor proporción de contribuciones significativas al psicoanálisis general ha sido hecha por psicoanalistas infantiles, y las observaciones de éstos en los niños han hecho más nítida y objetiva la comprensión del psicoanálisis en general.

El psicoanálisis infantil también fructificó hacia los campos de trabajo de los psiquiatras, de los psicólogos y de los trabajadores sociales. Este desarrollo floreció en la arena de las clínicas de orientación infantil. Ahí, de la interacción de los psiquiatras con los psicoanalistas, se gestó la psiquiatría infantil. Este proceso generó asimismo el desarrollo de la psicoterapia infantil institucional y de diversas derivaciones psicoterapéuticas.

Muchos pioneros de la psicoterapia infantil siguieron cultivando las técnicas psicoanalíticas aplicadas a terapias relativamente cortas y limitadas. Otros desarrollaron técnicas o las trajeron y adaptaron a la psicoterapia infantil, habiéndolas tomado de diversas orientaciones psicoterapéuticas. Entre muchos psicoterapeutas talentosos que contribuyeron a este desarrollo destacan Virginia Axline (terapia no directiva, 1947),

Haim Ginot (la intervención terapéutica, 1964), Clark Moustakas (1959), Adolf Woltmann (1969), etcétera.

II. Desarrollo de la psicoterapia y del psicoanálisis de niños y adolescentes en México⁹

En México la presencia del psicoanálisis se inició durante la década de 1920 en las cátedras de la antigua escuela de Santo Domingo. En 1929, José Quevedo Jr. se recibió de médico con una tesis llamada *Isaena. Un casa de tratamiento psicoanalítico*. Durante los años treinta Raúl González Enríquez, Alfonso Millán y Guillermo Dávila sustentaban cátedras y seminarios sobre la teoría psicoanalítica, y en 1939 la cuarta edición del libro *Manual de patología nerviosa* de Santiago Ramírez (padre del psicoanalista del mismo nombre, ya fallecido) incluyó un capítulo sobre la histeria, en el que el autor revisa a Freud y a Charcot.

A partir de 1939 llegaron a México los exiliados españoles republicanos. Entre ellos, distinguidos psiquiatras como Gonzalo Lafora, Dionisio Nieto, José Peinado Altable y Federico Pascual del Roncal. Este último, de notable y poco común cultura, había estado en contacto con el psicoanálisis durante su estancia, en misión diplomática, en Checoslovaquia. Pascual del Roncal trajo a México importantes conocimientos sobre psicología infantil y escribió el libro titulado *Manual de neuropsiquiatría infantil*, en el que incorporó los aspectos psicodinámicos. Peinado Altable fue autor de varios tratados de puericultura y del libro *Pedagogía de los trastornos de lenguaje* y, en 1946, organizó la Clínica de Higiene Mental del Centro Materno-Infantil General Maximino Ávila Camacho.

A mediados y finales de la década de 1940 varios psiquiatras mexicanos decidieron traer a México los conocimientos psicoanalíticos que eran trascendentes para el desarrollo de la psiquiatría. Algunos, como Alfredo Namnum y Ramón Parres, pasaron varios años en Estados Unidos; otros, como Santiago Ramírez (hijo), José Luis González, Estela Remus, José Remus y Avelino González, se prepararon en Argentina; y Rafael Barajas se adiestró en Francia. Otros decidieron no viajar e invitar a México a algún

⁹ Agradecemos la colaboración de todos los autores del volumen en la revisión de este apartado. En especial a Albores, Cuevas, De Plá y Salles. Consideramos que es imposible lograr una revisión histórica completa de todas las aportaciones al desarrollo del tratamiento de los menores en México, por lo que ofrecemos una disculpa por las omisiones.

maestro del psicoanálisis para que les diera esta formación. Rascovsky fue la primera posibilidad, y tenía la ventaja de que era de habla hispana. Esta posibilidad se frustró porque Rascovsky decidió probar fortuna en Estados Unidos. Erich Fromm fue el invitado que aceptó la oferta y tomó el cargo de profesor de psicoanálisis de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), cargo que desempeñó por más de una década, tiempo que permaneció en México. Al regresar los que habían ido al extranjero, éstos y los discípulos de Fromm intentaron trabajar juntos, pero diferencias personales y de orientación profesional no lo permitieron.

Durante la década de 1950 a 1960 floreció el interés en el estudio psicoanalítico del niño. Estela Remus había traído de Argentina ideas importantes sobre la teoría y la práctica del psicoanálisis infantil y, más tarde, junto con otros colegas, dio a conocer las enseñanzas de Aberastury basadas en las técnicas kleinianas del manejo psicoanalítico de la terapia de juego.

Víctor Manuel Aíza, quien había recibido su formación psiquiátrica y adiestramiento en psicoterapia en Estados Unidos, fue uno de los primeros interesados en la práctica del tratamiento de niños y de la enseñanza de desarrollo infantil en los cursos del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM.) Otros psicoanalistas que se interesaron en el tratamiento de niños, por lo menos por algún tiempo, fueron Francisco González Pineda. Marco Antonio Dupont, Alfredo Namnum, Leopoldo Chagoya y, desde 1960, Ramón Parres, quien originó las primeras actividades en torno al psicoanálisis infantil en la APM. Parres promovió la visita de psiquiatras y psicoanalistas infantiles (Lucie Jessner, Margaret Mahler, David M. Levy y Viola Bernard) a la APM, tradujo al español el libro de Margaret Mahler, *La simbiosis humana*, y junto con Rosa Witemberg el de Peter Blos, *Psicoanálisis de la adolescencia*.

En el campo de la adolescencia, con una orientación psicoanalítica aunque predominantemente psicosocial, destacaron Héctor Prado Huante, Marco Antonio Dupont y Armando Barriguete. Este último ocupó un lugar importante en la promoción de la psicología y la psicoterapia del adolescente. Desde 1972 Barriguete se encontraba muy activo en la organización del Forum Panamericano para el Estudio de la Adolescencia (EPPEA), ocupó el cargo de presidente por Latinoamérica y logró que México fuera la sede de la tercera reunión de dicha agrupación panamericana en enero-febrero de 1975. Barriguete y algunos psicoanalistas interesados promovieron la organización de una sociedad mexicana especializada que se hiciera cargo de la organización del evento y lo albergara. Para formar dicha sociedad fueron invitados los psiquiatras que habían tomado adiestramiento formal en psiquiatría infantil y de la adolescencia. Aunque el propósito que se expresó originalmente fue el de organizar una sociedad de psiquiatría infantil

y de la adolescencia pronto se manifestó una intención más ambiciosa y los promotores invitaron a un enorme número de personas relacionadas con las ciencias de la conducta. Así, para la junta de fundación asistieron muy diversos profesionales: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros, enfermeras, abogados, etc. La mayoría de los psiquiatras especializados en niños y adolescentes se desanimaron porque esperaban una agrupación más académica, y se retiraron antes de la fundación de la sociedad.

La nueva sociedad se llamó Asociación Mexicana Interdisciplinaria para el Estudio de la Infancia y la Adolescencia (AMIPEIA) y fue fundada en 1974. José Carrera fue el primer presidente y fungió también como presidente de la tercera reunión del FPPEA. Este evento fue de trascendencia porque atrajo a México a un número importante de psicoanalistas infantiles. Entre éstos, algunos de prestigio internacional: Peter Blos, James Anthony, Rudolph Ekstein, Humberto Nágera, Fritz Redl, etcétera.

En 1977 Barriguete y otros asociados de la AMIPEIA fundaron, como parte de esta agrupación, el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia (IMPPA), que a partir de entonces graduó algunas generaciones de especialistas en psicoterapia de adolescentes. Además de otra reunión posterior del FPPEA, la AMIPEIA no tuvo ya otras actividades y posteriormente el grupo fue disuelto. El desarrollo en torno a la fundación de la AMIPEIA tuvo como consecuencia (reacción) la organización de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, que agrupó exclusivamente a médicos especialistas en psiquiatría infantil.

Entre los discípulos de Fromm en el tratamiento de niños y adolescentes destacaron Jorge Manuel Velasco Álzaga y luego Darío Urdapilleta tanto por su participación en la enseñanza de la psicodinamia infantil en la Facultad de Medicina, como por su liderazgo en el tratamiento institucional de los trastornos psiquiátricos de los menores. Urdapilleta organizó un curso de psicoterapia de niños en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de México que funcionó durante algunos años previos a su muerte en 1996. Miguel Foncerrada, formado como psiquiatra en Estados Unidos y también graduado como psicoanalista en el grupo de Fromm, destacó por haber organizado, en 1963, el Departamento de Higiene Mental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social. Foncerrada fue jefe de este departamento por más de 25 años, hasta que, hace unos diez años, se retiró y fue sustituido por Juan Manuel Saucedo.

Sin tener propiamente una orientación psicoanalítica, José Luis Patiño y, posteriormente, Rafael Velasco Fernández contribuyeron a la incorporación de la ideología psicodinámica a la comprensión del desarrollo infantil y adolescente y al tratamiento global del menor. Inspirado en el movimiento europeo y norteamericano de las clínicas

de orientación infantil (*child guidance clinics*), Patiño logró la fundación de la Clínica de la Conducta en 1938, y la dirigió durante un tiempo. Velasco Fernández y otros colegas graduados del instituto psicoanalítico avalado por la UNAM (grupo frommiano), como Numa Pompilio Castro, dirigieron la Clínica de la Conducta y mantuvieron una orientación psicodinámica. Algunos de nuestros alumnos del Curso de Psiquiatría Infantil de la UNAM, como Jaime Rodríguez, continuaron dicha labor en la Clínica de la Conducta hasta que, por razones políticas, dejó de ser una institución con orientación clínica médica y tomó una orientación pedagógica. Carlos Tornero Díaz, también graduado de ese instituto psicoanalítico, realizó una labor pionera, por muchos años, como Juez en el Tribunal de Menores, y luego como Director del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

En el ámbito de lo privado, en 1954, en la Universidad Iberoamericana se fundó el Centro de Orientación Psicológica. Un año más tarde este centro se independizó de la Escuela de Psicología y Ernesto Meneses Morales fue nombrado director. El padre Meneses amplió los servicios clínicos al diagnóstico y tratamiento de niños, adolescentes y adultos (Solórzano: 1990). Nuestra colega psicoanalista infantil, Teresa Lartigue, trabajó en ese centro de 1966 a 1974.

Por otra parte, los psicoanalistas de la Asociación Psicoanalítica Mexicana —llamados ortodoxos por los otros grupos—, que son los que siguieron un proceso de formación de acuerdo a la Asociación Psicoanalítica Internacional, contribuyeron al entendimiento psicodinámico de los niños pacientes de las instituciones oficiales desde antes de haber hecho estudios formales de psicoanálisis. Santiago Ramírez trabajaba en la interconsulta del entonces Hospital Infantil de México (ahora Hospital Infantil Federico Gómez) desde 1947. En esa interconsulta, y en esos tiempos, también trabajaron Ramón Parres y Luis Feder. Cuando Santiago Ramírez viajó a la Argentina para realizar sus estudios de psicoanálisis Ramón de la Fuente Muñiz organizó el Servicio de Psiquiatría de ese hospital. En 1952, José F. Díaz y Díaz se hizo cargo de ese servicio que en 1956 se convirtió en Departamento y tomó su dirección Jorge Velasco Álzaga. Todos ellos (Ramón de la Fuente, Díaz y Díaz y Velasco Álzaga) se identificaron, en ese entonces, como psicoanalistas del grupo frommiano.

Otros colegas con orientación psicoanalítica frommiana que posteriormente se hicieron cargo de ese departamento del Hospital Infantil de México fueron Darío Urdapilleta, Daniel Nares¹⁰ y Roberto Derbez. José Carrera, psicoanalista de la APM, sustituyó a

¹⁰ Daniel Nares, socio fundador de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, ocupó varios puestos pioneros de la psiquiatría infantil, entre ellos, el de jefe del Departamento de Higiene Mental del Hospital Infantil Federico Gómez y director del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Falleció en 1994.

Velasco Álzaga en la jefatura del departamento; Rubén Hinojosa, también psicoanalista de la APM, colaboró con Carrera en dicho departamento. Otros psicoanalistas de esta Asociación, jefes de dicho departamento más recientemente, fueron Marco Antonio Corona, graduado de nuestro curso de psiquiatría infantil (ver más adelante), psicoanalista y psicoanalista infantil del Instituto de la APM, y Arturo Mendoza, también psicoanalista y anteriormente graduado en psiquiatría infantil en el Sheppard and Enoch Pratt Hospital de Baltimore. Actualmente, Sergio Muñoz, psicoanalista y psiquiatra infantil graduado, dirige este departamento.

Velasco Álzaga partió del campo de la salud pública, especialidad en la que hizo una maestría en Estados Unidos, y más adelante tomó el curso de psicoanálisis que dirigía Fromm. Como dijimos antes, él fue el primer director del Departamento de Higiene Mental del Hospital Infantil Federico Gómez en 1956; posteriormente, en 1966, fue el primer director del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan Nepomuceno Navarro; luego, en 1970, primer jefe del Servicio de Higiene Mental de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) (ahora Instituto Mexicano de Pediatría); y más recientemente, primer director del Instituto de Salud Mental del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); institución que él mismo se encargó de planear y realizar.¹² Velasco Álzaga se mantuvo activo en la práctica de la psiquiatría infantil hasta su muerte, acaecida en 1998.

Hacia 1960 regresó a México José Carrera Tamborrel, quien se había ido a especializar en psiquiatría a Estados Unidos. Como parte de su preparación en psiquiatría general tomó supervisión en el tratamiento de niños y adolescentes. Al llegar a México, Carrera hizo adiestramiento psicoanalítico en el Instituto de la APM y tomó a su cargo la jefatura del Departamento de Higiene Mental del Hospital Infantil de México. Carrera fue un eslabón importante en el desarrollo del psicoanálisis infantil en México, fue el primer líder de un servicio psiquiátrico de niños que había estado en contacto con los programas formales de psiquiatría infantil de Estados Unidos y había recibido supervisión de psicoanalistas formalmente adiestrados en psicoanálisis infantil. Ya en México,

¹¹ Al ser revisado este documento, junio de 2000.

¹² El Instituto de Salud Mental sufrió la repercusión de diversas marejadas políticas. Cuando varias instituciones de salud del DIP fueron gobernadas por la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud Mental permaneció como componente de éste gracias a que sus actividades eran mucho más amplias que meramente médicas. Al inicio del sexenio 1995-2000, ante una nueva amenaza de ser incorporado a la Secretaría de Salud, el DIP otorgó la dirección del Instituto a un profesional no médico. Finalmente, algunos años después, el Instituto de Salud Mental dejó de existir como tal. Para nuestra historia esta institución fue importante porque se convirtió en un centro donde un buen número de colegas psiquiatras infantiles hicieron sus prácticas clínicas bajo supervisión.

como miembro de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, se le identificó como psicoanalista infantil. Durante los quince años que Carrera vivió en la ciudad de México, después de su formación en Estados Unidos, animó y alentó a varios colegas jóvenes para ir a ese país a prepararse como psiquiatras y psiquiatras infantiles. Estos colegas que se formaron como psiquiatras infantiles en Estados Unidos ocupan un lugar importante en el desarrollo que la orientación psicoanalítica infantil ha tenido en nuestro país.¹³

Los programas de adiestramiento en psiquiatría infantil de Estados Unidos surgieron inicialmente de las *child guidance clinics*¹⁴ y son herederos directos del psicoanálisis infantil europeo. En las clínicas de orientación infantil se conjugaron los esfuerzos de los psicoanalistas infantiles con la orientación académica y de investigación de los psicólogos, la orientación social y familiar de los trabajadores sociales, y la formación de los psiquiatras obtenida en las instituciones hospitalarias.

La psiquiatría infantil surgió como una nueva especialidad médica a partir de 1930. Reunió características distintivas de una especialidad médica formada sobre las bases proporcionadas por múltiples disciplinas médicas y no médicas, identificándose plenamente con el psicoanálisis y orientada a integrar los esfuerzos de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros, pediatras, etc. en el trabajo en equipo multidisciplinario. El tiempo ha probado que este último tanto en la clínica como en la investigación han promovido la consolidación y desarrollo científico del psicoanálisis (Emde: 1988).

Los aspirantes a los cursos de psiquiatría infantil en Estados Unidos, desde que se inició la especialidad, han sido cuidadosamente seleccionados con base en sus características personales y sus estudios y preparación formal en psiquiatría general, que tienen que haber terminado previamente. Durante su adiestramiento de dos años (tiempo completo: 40 horas por semana) reciben supervisión individual y grupal (caso continuo) en el tratamiento psicoterapéutico de niños y adolescentes. Llevan, además, seminarios teóricos en los que revisan cuidadosamente el material psicoanalítico pertinente, seminario de presentación de casos clínicos y de problemas terapéuticos; reciben, en general, preparación en todas las áreas de la psiquiatría infantil. La formación consiste en una carrera institucional que implica, en sí, una especialidad.

¹³ Pepe Carrera fue miembro fundador de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. En 1976 se fue de México a residir algunos años en Michigan donde trabajó con Humberto Nágera, posteriormente se mudó a North Dakota, donde actualmente reside.

¹⁴ Las clínicas de orientación infantil representaron un importante movimiento de atención psicológica al niño y a la relación materno-infantil en Europa y luego en Estados Unidos. De la participación multidisciplinaria en ellas surgió la psiquiatría infantil y las respectivas especialidades de la psicología y del trabajo social.

Los colegas mexicanos que se graduaron de estos cursos regresaron a México entre 1960 y 1980. Hubo otros que, después de graduarse, permanecieron en Estados Unidos. Algunos de los que se habían quedado regresaron años después. Sin embargo, a partir de 1980 ya no fue posible que otros colegas mexicanos tomaran este adiestramiento. Cambios en las leyes de inmigración de Estados Unidos lo impidieron. Dicho adiestramiento implica una duración de cuatro a cinco años, incluyendo la formación de psiquiatría general previa que también ha de ser tomada en Estados Unidos. Las nuevas leyes no permiten a estudiantes una estancia tan prolongada en ese país; algunos de los graduados en psiquiatría infantil fueron en calidad de inmigrantes (residentes). La obtención de la residencia era relativamente fácil durante la guerra de Vietnam, aunque se corría el riesgo de ser llamado a servir en el ejército e incluso de ser enviado al frente. Al final de la guerra de Vietnam y con los cambios en las leyes migratorias, se hizo prácticamente imposible la obtención de visa como residentes, especialmente para los mexicanos.

Los primeros psiquiatras infantiles graduados que regresaron a México llegaron en los primeros años de la década de 1960; y su trabajo, tanto privado como institucional, pronto se dio a notar. Rodolfo Ortega Borbón fue el primero en regresar (1960) después de graduarse como psiquiatra infantil en la Child Guidance Clinic de la Ciudad de Kansas (afiliada a la Greater Kansas City Mental Health Foundatioa Kansas City, Missouri),¹⁵ y Sergio Toscano llegó unos años después (1964) habiéndose graduado como especialista en psiquiatría infantil en el Worcester Youth Guidance Center de Massachusetts. Toscano organizó el Servicio de Psiquiatría Infantil del Instituto de Neurología, que fue inaugurado en noviembre de 1964, y fue su jefe por más de diez años. Él y Ortega se adiestraron en psicoanálisis en el instituto de la APM y fueron de los primeros en identificarse como especialistas en psiquiatría de niños y adolescentes.

Eduardo Dallal se formó como psiquiatra en la McGill University (Montreal, Canadá), y como psiquiatra infantil en la Universidad de Chicago. A su llegada a México en 1966 trabajó en el Hospital Juan N. Navarro y ocupó la dirección en forma interina cuando renunció Velasco Álzaga y Darío Urdapilleta¹⁶ fue, durante un mes, a explorar

¹⁵ Rodolfo Ortega Borbón participó en la enseñanza de la psicoterapia en el Curso de Psiquiatría Infantil de la UNAM por más de 20 años, y en los cursos de psicoterapia de niños y adolescentes de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Fue uno de los psicoanalistas que promovieron la creación del primer grupo (de autogestión) de psicoanálisis infantil y colaboró en el programa de esta especialidad en el Instituto de Psicoanálisis hasta su fallecimiento en 1996. Su contribución, a través de artículos publicados en revistas científicas y de capítulos en libros de la especialidad, es abundante.

¹⁶ Darío Urdapilleta, entre otros puestos relacionados con la psiquiatría infantil, fue jefe del Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil Federico Gómez y, posteriormente, director del Hospital Juan N. Navarro. Falleció el 15 de enero de 1996.

la organización del Hawthorn Center en Northville. Michigan, con Rabinovitch, quien fuera Director de este centro especializado en el tratamiento de menores psicóticos. Urdapilleta sucedió a Velasco Álzaga en la dirección del Hospital Juan N. Navarro. Dallal dejó ese Hospital y fue uno de los organizadores del Centro Psiquiátrico Infantil Privado que actualmente aún funciona como Grupo Psiquiátrico Infantil. En este centro privado ha laborado un número importante de colegas psicoanalistas. José Carrera también organizó, posteriormente, un centro privado de diagnóstico y tratamiento de niños y adolescentes que fracasó, por problemas de planeación, unos meses después de su fundación.

Dallal, quien posteriormente ingresó en el Instituto de Psicoanálisis de la APM y se graduó como psicoanalista, fue psiquiatra infantil adscrito al Hospital 20 de Noviembre desde los primeros años de la década de 1970 y coordinador de psiquiatría del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado durante varios años. A finales de esa década, ocupó la dirección del Instituto de Salud Mental del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia por algunos años. Un número considerable de los graduados del Curso de Psiquiatría Infantil de la UNAM estuvo bajo su supervisión.

Marcelo Salles se adiestró en psiquiatría y psiquiatría infantil en programas de la Menninger Foundation en Topeka, Kansas; regresó a México en 1970 y se hizo cargo de la organización del Servicio de Adolescentes del Hospital Infantil del IMAN que se inauguró precisamente ese año. Salles, con formación como pediatra en el Hospital Infantil de México, psiquiatra y psiquiatra infantil, estableció un orden amplio e integral en el manejo global del adolescente e instituyó una orientación psicoanalítica basada en la comprensión del desarrollo psicológico y biológico humanos. Este servicio de adolescencia fue uno de los primeros en organizar programas de terapia de grupo para adolescentes, y durante un tiempo, poco más de un año, logró contar con una sala de hospitalización para la investigación de padecimientos psicosomáticos. Las vicisitudes y prioridades políticas que generalmente rigen las instituciones de los sistemas oficiales en México hicieron abortar estos proyectos. Sergio González Fajardo, Enrique Guarner, Manuel Isaías López, José Luis Martínez y Othón Tirado estuvieron entre los colegas que colaboramos con Marcelo Salles en 1971 y 1972. A partir de 1972, por espacio de 13 años, Salles realizó un trabajo continuo de labor psicoanalítica orientada en el manejo de niños en la Guardería de la Secretaría de Obras Públicas (SOP, luego SAHOP y más tarde SIDUE). Salles recibió su formación psicoanalítica en el Instituto de la APM.

A partir de 1972 y hasta 1977 los que escribimos este capítulo organizamos los servicios de psiquiatría infantil de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito

Federal. Norma A. León,¹⁷ como coordinadora de Psicología y Manuel Isaías López como coordinador de Psiquiatría Infantil. Este último había tomado adiestramiento en psiquiatría y psiquiatría infantil en el Medical College of Pennsylvania; y en psicoanálisis y psicoanálisis infantil en el Philadelphia Psychoanalytic Institute, y luego en el New Orleans Psychoanalytic Institute. Ya en México, en 1974, todavía tomaba los cursos de psicoanálisis y de psicoanálisis infantil en el New Orleans Psychoanalytic Institute, a donde viajaba cada 15 días para tomar seminarios y supervisión. Poco después interrumpió estos estudios para terminar su formación psicoanalítica en el Instituto de la APM. Norma A. León, psicóloga, había hecho una maestría en educación especial en Millersville State College (Pennsylvania) con sede en Eastern State School and Hospital, hospital-escuela especializado en el tratamiento global de niños y adolescentes psicóticos, donde también recibió adiestramiento en psicoterapia durante cuatro años, y tomó cursos de desarrollo infantil dependientes de la Extension Division del Philadelphia Psychoanalytic Institute. Posteriormente se graduó como doctora en psicología clínica en la Facultad de Psicología de la UNAM y como psicoanalista y psicoanalista infantil en el Instituto de la APM.

Con el apoyo de Víctor Montiel, entonces jefe de los Servicios Médicos Generales del Departamento del Distrito Federal, organizamos servicios de psiquiatría en los hospitales infantiles de zona de Coyoacán, Legarí, Xochimilco y Tacubaya y en los albergues infantiles Margarita Maza de Juárez, La Cascada y Héroes de Celaya. Colaboraron con nosotros colegas muy jóvenes en ese entonces: Rosa Aurora Balderas, Alfonso Escamilla, Gerardo Heinze, Andrés Martínez Corzos, Consuelo Martínez Sosa, Eduardo Mendoza, Armando Vázquez López-Guerra, etc. Algunos de estos colegas formaron parte de la primera generación del Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la UNAM, y estuvieron entre los primeros psiquiatras infantiles graduados en México. Martínez Corzos, Rosa Aurora Balderas, Alfonso Escamilla y Eduardo Mendoza actualmente son psicoanalistas.¹⁸

Los servicios de psiquiatría infantil de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal fueron importantes, en su momento, porque fueron sede de la práctica clínica del Curso de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de la UNAM. Que algunos de los primeros colaboradores hayan optado por tomar adiestramiento psicoa-

¹⁷ León ha trabajado continuamente con niños desde 1965, originalmente en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

¹⁸ Años después Eduardo Mendoza se graduó como psicoanalista infantil por el Instituto de la APM.

nalítico fue, por lo menos en parte, resultado de la supervisión y orientación que en esos servicios manejábamos.

Otros colegas formados como psiquiatras infantiles fueron activos en el desarrollo de servicios especializados y en programas de educación especializada. Lauro Estrada-Inda, con estudios en medicina interna en el Instituto Mexicano de Enfermedades de la Nutrición, psiquiatra, psiquiatra infantil y psicoterapeuta familiar graduado por la Universidad de McGill, en Montreal, y psicoanalista graduado por el Instituto de la APM, laboró en el Servicio de Psiquiatría del Instituto Mexicano de Enfermedades de la Nutrición organizando y colaborando en programas de investigación relacionados con el desarrollo infantil. Estrada fue uno de los fundadores del Instituto de la Familia, y ha sido profesor del curso de psicoterapia familiar por muchos años; asimismo, ha colaborado en otros cursos de psicoterapia, de psiquiatría, de psicoanálisis y de psicoanálisis infantil.

Ortega, Dallal, Salles, Estrada, Enrique Lechner (graduado en Psiquiatría y Psiquiatría Infantil en el Metropolitan Hospital (del New York Medical College), Gregorio Katz, Rodolfo Ortega, Tirso Lara y Mariano Barragán (graduado en Psiquiatría Infantil y en Terapia Familiar en la Child Guidance Clinic de Philadelphia), todos psiquiatras infantiles graduados en diferentes programas de Estados Unidos con orientación psicodinámica, colaboraron en la enseñanza y supervisión de psicoterapia de niños y adolescentes en el Curso de Psiquiatría Infantil de la UNAM y en otros cursos especializados.

Desde los primeros años de la década de 1970 empezaron a funcionar los Centros de Integración Juvenil; varios psicoanalistas participaron en su organización. A finales de la década, Pablo Cuevas Corona, psicoanalista graduado del Instituto de Psicoanálisis de la APM y psiquiatra interesado en el estudio y tratamiento de los adolescentes,¹⁹ tomó a su cargo la Dirección General de estos centros. Durante su gestión un número importante de psicoanalistas y de psiquiatras infantiles con orientación psicoanalítica laboraron en los diferentes centros de esa institución, participando en actividades de asistencia, de enseñanza y de investigación.

En los primeros años de la década de 1970 ocurrieron dos eventos de importancia para el desarrollo del psicoanálisis infantil en México y su divulgación: la organización del Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y la Fundación de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI).

¹⁹ Posteriormente, Pablo Cuevas tomó parte de la primera generación (grupo de autogestión) de adiestramiento en psicoanálisis infantil de la APM.

En 1971, el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, a cargo de Ramón de la Fuente Muñiz (entonces nuevo jefe del Departamento en sustitución de Alfonso Millán, y aún hasta la fecha²⁰ a cargo de los cursos de especialidad y de grado), promovió tres supuestas maestrías: en Psiquiatría Comunitaria, en Psicoterapia y en Psiquiatría Infantil.²¹ El origen de esto fue la necesidad del Departamento de aparentar que tenía cursos de "grado",²² necesidad política del momento que tenían todos los departamentos y que la Facultad de Medicina imponía para justificar su nombre en lugar de Escuela de Medicina. Como sea, esto fue la coyuntura importante que permitió desarrollar, a partir de 1972, un curso de psiquiatría infantil que dio origen, aparentemente indirecto, a la unificación de los especialistas, a la creación de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, y con el tiempo a la promoción de la psicoterapia infantil y del psicoanálisis infantil como especialidades. Consecuentemente, se originó la identidad de los respectivos especialistas.

Desde el principio Ramón de la Fuente confió la coordinación y organización del Curso de Psiquiatría Infantil a Manuel Isaías López.²³ Poco después de iniciado el curso regresó a México Gregorio Katz, psiquiatra infantil graduado en el Hawthorn Center (Northville, Michigan), quien compartió la tarea de organizarlo y participar en la enseñanza.²⁴ Este curso tiene ya casi 30 años y ha producido 15 generaciones de psiquiatras infantiles. Muchos de los alumnos tomaron formación psicoanalítica posteriormente, motivados por sus profesores. En general, los ex alumnos que han continuado una formación psicoanalítica siguen siendo fieles al trabajo institucional en equipo que les fue

²⁰ A la revisión de este documento, junio de 2000.

²¹ En ese entonces, nadie parecía saber lo que era una maestría ni lo que implicaba. A los departamentos se les hacía fácil "lanzar" maestrías. Alfonso Millán, el anterior jefe del Departamento de Psiquiatría (en su tiempo llamado Departamento de Psicología Médica y Salud Mental) cometió los mismos errores. Al curso de psiquiatría (a cargo de Guillermo Dávila), iniciado en los primeros años de la década de 1960, y al curso de psicoanálisis, a cargo de Erich Fromm, los llamó maestrías (obran en mi poder documentos respectivos). Esto también tuvo como consecuencia la decepción de los alumnos que se aventuraron a tomar tales "maestrías" que entonces ni siquiera estaban reconocidas como especialidades.

²² Legalmente, grados son maestría y doctorado. Médico cirujano y psicólogo son títulos, no son grados. Recientemente, a partir de 1998, se los ha llamado licenciaturas oficialmente.

²³ López fue el primer psiquiatra infantil con adiestramiento formal en esta especialidad que se acercó a De la Fuente a pesar de que tenía orientación psicoanalítica y nexos con las instituciones psicoanalíticas. La idea que predominaba entonces era que De la Fuente tenía aversión y repudio hacia el psicoanálisis.

²⁴ Katz ha continuado participando como profesor y supervisor en el Curso de Psiquiatría Infantil de la UNAM. Su interés por los problemas en relación con el retardo mental lo llevó a realizar esfuerzos que culminaron en la fundación, hace cerca de diez años, de una institución especializada en el manejo integral de los retardados mentales llamada Capacitación y Desarrollo Integral (CADI), de la que ha sido director general.

inculcado durante su formación de psiquiatría infantil; también, en esto, emulando a la mayoría de los profesores del curso. Otros ex alumnos del curso, que no siguieron estudios en psicoanálisis, mantienen en su práctica una orientación psicoanalítica. Algunos de ellos regresaron a sus países de origen en Centro y Sudamérica, varios ejercen la especialidad en diferentes ciudades de la provincia mexicana (ver más adelante), y la gran mayoría labora en instituciones oficiales en la ciudad de México.

Desde un principio el Curso de Psiquiatría Infantil contó con la colaboración de un número de profesores y supervisores mucho mayor al de alumnos. Todos los psiquiatras infantiles graduados en Estados Unidos y Canadá participaron en la enseñanza junto a los psiquiatras infantiles tradicionales que, aun sin el adiestramiento formal, tenían una gran experiencia en la práctica psiquiátrica con niños, además de haber sido pioneros en la especialidad.

Al grupo de profesores se agregaron otros psiquiatras infantiles graduados en los Estados Unidos que regresaron a México durante la segunda mitad de la década de 1970 y que participaron en la enseñanza de este curso por lo menos por algún tiempo: Mariano Barragán, graduado de la Child Guidance Clinic de Filadelfia; Teresa Brothers, quien posteriormente regresó a Estados Unidos; Eduardo de la Vega, graduado en Psiquiatría en McGill University Montreal, Canadá, y en Psiquiatría Infantil y Terapia Familiar en el Community Child Guidance Center de San Antonio, Texas; Arturo Mendoza, a quien ya mencionamos y que se graduó, posteriormente, como psicoanalista en el Instituto de la APM; Juan Manuel Saucedo, quien se graduó como psiquiatra infantil en el Hospital for Sick Children afiliado a la Universidad de Toronto, Ontario, Canadá; Guido Macías Valadés, también adiestrado en psiquiatría infantil en Canadá; Teresa Pombo, psiquiatra española con adiestramiento psicoanalítico en Ginebra y en México; Martín Maldonado, graduado en la Menninger Clinic de Topeka, Kansas, donde también inició estudios de psicoanálisis infantil, y que regresó hace unos años a Topeka. También se fueron agregando a la enseñanza otros psiquiatras infantiles que se formaron en nuestro curso aquí en México.

Otros psiquiatras infantiles que se adiestraron en Estados Unidos en programas psicoanalíticamente orientados y que regresaron a México han permanecido en ciudades de la provincia contribuyendo a la difusión de la orientación psicoanalítica infantil en sus respectivas localidades. Éste es el caso de Víctor Albores, quien se formó como psiquiatra también en la Menninger Clinic y como psiquiatra y psicoterapeuta infantil tanto en esta institución como en la San Christopher's Clinic (Temple University de Filadelfia). Albores ejerce en la ciudad de Torreón, Coahuila, y fue el primer terapeuta en practicar la psicoterapia con orientación psicoanalítica en esa ciudad. Con la colaboración de su esposa, la psicóloga Kathleen Rodríguez —a quien conoció durante su

formación en Menninger, donde ella también recibía adiestramiento—, Albores organizó, en 1975, el Servicio de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes en el Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila y, en 1976, el Servicio de Psiquiatría Infantil y del Adolescente en el Hospital Infantil Universitario de la misma facultad y universidad. Los Albores organizaron el curso sobre psicoterapias para estudiantes de la Escuela de Psicología del Instituto Superior de Ciencia y Tecnología en la ciudad de Gómez Palacio, y numerosos cursos sobre desarrollo infantil y psicopatología en distintos niveles para médicos, estudiantes de medicina, enfermeras, psicólogas, trabajadores sociales y padres de familia.

En el mismo caso se encuentra Carlos Medina Leal, quien después de haberse graduado como psiquiatra en la University of Texas y como psiquiatra infantil en la Emory University de Atlanta, Georgia, ejerció la especialidad en la ciudad de México por algunos años durante los cuales participó como conferencista y supervisor en el Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Facultad de Medicina de la UNAM. Desde hace cerca de 25 años vive y ejerce en la ciudad de Guadalajara. Medina participó en la enseñanza del Curso de Psiquiatría de la Universidad de Guadalajara de 1977 a 1983 y ha organizado cursos de psicoterapia infantil y de adolescentes con la colaboración de otros colegas de la ciudad de México, a quienes ha invitado.

Otros que también se adiestraron parcialmente en el extranjero son Ángel Treviño, psiquiatra graduado en México que tomó cursos especializados en Londres, y Saúl Stepensky, que tomó cursos relacionados con la psiquiatría infantil y la enseñanza especial en esa misma ciudad. Posiblemente haya otros médicos que sin haberse adiestrado formalmente en psiquiatría —neurólogos, médicos generales— hayan tomado cursos relacionados con el manejo psicológico de los niños.

Otros psiquiatras formados en la ciudad de México que contribuyeron, hace casi 30 años, al desarrollo de la psiquiatría y la psicoterapia de menores en la ciudad de Guadalajara son Raúl López Almaraz y Sergio Gorjón, quienes hacia 1972 se encontraban a cargo del Curso de Psiquiatría de la Universidad de Guadalajara. Por invitación de estos colegas varios psiquiatras y psicoanalistas de niños participaron en la enseñanza de dicho curso, entre ellos, Darío Urdapilleta y Manuel Isaías López. Más recientemente, un grupo de psicólogas de Guadalajara cultivó el desarrollo de la psicoterapia (incluyendo la de menores) bajo la tutela del psicoanalista Avelino González. Hace poco más de diez años Norah Nilda Gramajo —psicoanalista argentina, socia de la APM y residente en Guadalajara por varios años—, organizó un curso en el que se imparte los conocimientos psicoanalíticos, incluyendo los relacionados con el psicoanálisis infantil. Actualmente, la Gramajo vive en Argentina, a donde regresó hace algunos años.

Francisco Cano regresó a México después de haberse formado en Psiquiatría, en Psiquiatría Infantil e iniciar sus estudios de Psicoanálisis en la Menninger Clinic de Topeka, Kansas; terminó su formación psicoanalítica en el Instituto de la APM y ejerce en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Casi desde el inicio de la enseñanza en el Instituto de Psicoanálisis del entonces Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Monterrey —ahora Asociación Regiomontana de Psicoanálisis, A. C. (ARPAC)— Cano se hizo cargo del seminario de desarrollo infantil hasta que dejó de pertenecer a dicha asociación psicoanalítica.

José Luis Saucedo Rubí regresó a Monterrey después de graduarse como psicoanalista y psicoanalista infantil en el Instituto de Psicoanálisis de la APM; él fue el primer maestro del Instituto de la ARPAC que impartió cursos relacionados con el psicoanálisis infantil en ese instituto. Saucedo fue, también, maestro titular de Desarrollo Infantil en la Unidad de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo León hasta su prematura muerte ocurrida el 22 de octubre de 1992. Prisciliano de León, también graduado como psicoanalista y psicoanalista infantil del Instituto de la APM, participó, desde que regresó a Monterrey, en la enseñanza de materias afines al psicoanálisis infantil en el Instituto de la ARPAC y en la Universidad de Nuevo León. Organizó el Curso de Psicoanálisis Infantil en la ARPAC, cuya primera generación lo cursó de 1996 a 1998. Ese curso contó con todos los psicoanalistas de niños y adolescentes de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Pablo Prieto de la Fuente, quien se graduó como psiquiatra infantil en el Hospital for Sick Children, afiliado a la Universidad de Toronto, Canadá, organizó el Curso de Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia para psiquiatras y psicólogos en la Unidad de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León a cargo de César Garza. Lamentablemente, Prieto falleció poco después junto con su familia en un accidente automovilístico, y el curso que había organizado no prosperó.

María Eugenia Rangel, psicóloga, organizó, hace cerca de veinte años, el Curso de Psicoterapia Infantil en el Instituto de Salud Mental del Estado de Nuevo León. Para su organización echó mano de los psicoanalistas infantiles Humberto Nágera y Robert Prall a quienes había conocido cuando asistieron como invitados especiales al Primer Congreso de Psiquiatría Infantil de la AMPI, que tuvo lugar en la ciudad de Guadalajara en 1976.

Eduardo Mendoza, quien se formó como psiquiatra general en México, luego como psiquiatra infantil en París y más tarde como psicoanalista y psicoanalista infantil en el Instituto de la APM, fue supervisor en el Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la UNAM por varios años. Luego se mudó a la ciudad de Orizaba, Veracruz, y

posteriormente a la ciudad de Puebla donde organizó el Curso de Psiquiatría Dinámica como extensión del que se ha impartido en la APM.

Algunos de los ex alumnos del Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Facultad de Medicina de la UN AM han emigrado a diferentes ciudades del interior de la República y han realizado una labor pionera. Éste es el caso de José Zeferino Barroso, quien tomó adiestramiento en pediatría, psiquiatría y psiquiatría infantil en la ciudad de México y después de muchos años de residir en esta ciudad regresó a Monterrey, su ciudad natal. Barroso ha colaborado, junto con otros colegas, en el Curso de Psicoterapia Infantil de Instituto de Salud Mental de Estado de Nuevo León.

Otros ex alumnos del Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Ciudad de México que han realizado una labor pionera en la provincia son Carlos Aguirre y Enrique Madrigal Barrios en Guadalajara, Jalisco; Alberto Niebla Alvarez en Culiacán, Sinaloa; Luis Gargantúa Rodríguez en Orizaba, Veracruz; Camerino Vázquez Martínez y Antonio Ábrego Ruiz en la ciudad de Veracruz; Sergio González Bonilla en la ciudad de Puebla; José Luis López Rodríguez y María del Pilar Martínez en la ciudad de San Luis Potosí; Sergio Tovar Gómez en Tepic, Nayarit; y Edmundo Ramos Chávez en la ciudad de Aguascalientes.

En cuanto a la fundación de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI) en 1975, fue un evento de trascendencia, ya que agrupó e incluyó a los psiquiatras infantiles con adiestramiento formal, que éramos nueve en ese tiempo, y a los colegas psiquiatras que aunque no tenían dicha formación habían practicado la especialidad por muchos años. Algunos de estos colegas se habían graduado en el Curso de Psicoanálisis que ofrecía la Facultad de Medicina de la UNAM. Todos los socios fundadores de la nueva asociación practicaban la psicoterapia psicoanalíticamente orientada e impartían cursos relacionados con la teoría y la práctica de la psicoterapia.

El primer proyecto que la AMPI emprendió fue una serie de diez conferencias sobre desarrollo infantil, que obtuvo un gran éxito. De este curso surgió la primer monografía de la AMPI. Cada uno de los conferencistas del curso escribió un capítulo cubriendo el tema de su conferencia. Manuel Isaías López compiló el material y se publicó como monografía de desarrollo infantil. Esta publicación, la primer monografía de la AMPI, sirvió como libro de texto de desarrollo infantil desde el punto de vista psicoanalítico en diversos cursos de la ciudad de México y en provincia. La edición de 1975 fue de 14 000 ejemplares y se publicó bajo los auspicios de los Laboratorios Ciba-Geigy. Este laboratorio distribuyó gratuitamente, como servicio a la comunidad médica, 12 000 ejemplares entre los médicos jóvenes y recientemente graduados de todas las escuelas de medicina del país.

Desde los primeros meses de existencia de la AMPI, su presidente fundador, Manuel Isaías López, estableció relaciones con las autoridades de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), cuyo presidente en ese tiempo, Joseph Noshpitz, fue el primer contacto. López asistió a varios congresos de la AACAP, como representante de la AMPI, para negociar la participación de ésta en la Asamblea de Organizaciones Regionales de aquella.²⁵ López, como delegado, y Gregorio Katz, como nuevo presidente de la AMPI, continuaron las negociaciones en la AACAP con los consecutivos presidentes de la misma: George Tarjan e Irving Berlin, hasta que la AMPI fue aceptada como Organización Regional de la AACAP. Se hizo costumbre que el presidente en turno de la AACAP asistiese a los congresos de la AMPI, y James Anthony ha continuado asistiendo a dichos congresos, primeramente como presidente y luego como coordinador de la Comisión de Relaciones Internacionales de la AACAP.

La AMPI, en sus 25 años de existencia, ha realizado múltiples actividades en las que médicos, psicólogos, educadores, maestros, etc. han sido expuestos a la ideología psicoanalítica y al estudio del desarrollo infantil. A su primer congreso, que fue en la ciudad de Guadalajara, invitó a dos psicoanalistas infantiles de relevancia internacional: Humberto Nágera y Robert Prall. En ocasiones posteriores logró la participación de otros importantes psicoanalistas infantiles como James Anthony y Joseph Noshpitz. Y, como decíamos antes, de los respectivos presidentes de la AACAP. Además, en los congresos de la AMPI han participado siempre psicoanalistas mexicanos representativos de todos los grupos que se ostentan como psicoanalíticos.

En la segunda mitad de la década de los años setenta ocurrió la llegada a México, como exiliados de países sudamericanos, de un número importante de colegas que se presentaban como psicoanalistas y como psicoanalistas infantiles. Estos colegas también constituyeron un factor importante en cuanto a la inquietud que produjeron en torno al psicoanálisis infantil. Diego García Reinoso, que había sido didáctico y director del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Argentina, permaneció en México durante varios años durante los cuales psicoanalizó y supervisó a varios psicólogos. Silvia Bleichmar, bajo la supervisión de Jean Laplanche, escribió su tesis *Los orígenes del sujeto psíquico* durante su estancia en México. Aida Dinerstein escribió *¿A qué juega el psicoanálisis de niños?* también durante su estancia en México. El tiempo nos mostró que, frecuentemente, en América del Sur el término *psicoanalista* es utilizado en forma mucho

²⁵ A través de los años, la participación de la AMPI en los congresos y reuniones de la *Academy* ha sido cada año más nutrida; así mismo, la *Academy* ha organizado reuniones y cursos en México y ha participado en los congresos de la AMPI.

más laxa que en México y que se aplica a terapeutas que no necesariamente han llevado estudios formales de psicoanálisis; éste era el caso de muchos de los sudamericanos que vinieron como exiliados. Algunos de ellos, por sus credenciales y antecedentes de adiestramiento psicoanalítico formal en institutos acreditados por la Asociación Psicoanalítica Internacional, sí han sido ratificados como psicoanalistas por la APM.

La tendencia a llamar psicoanálisis a muchas actividades parapsicoanalíticas y en especial a la psicoterapia practicada por terapeutas que no son psicoanalistas, ha existido no sólo en América del Sur sino también en Europa e intermitentemente en México. A pesar de esto, los psicoanalistas adiestrados formalmente como tales quisiéramos que el término *psicoanálisis* se reservase exclusivamente para la actividad terapéutica ejercida por terapeutas adiestrados en psicoanálisis y especialmente graduados como psicoanalistas. Así, los psicoanalistas frecuentemente actuamos como si las palabras, *psicoanálisis* y *psicoanalista* fueran marca registrada y la institución psicoanalítica tuviera los derechos exclusivos. Para bien o para mal esto no es así; pero la pretensión de la institución psicoanalítica —que, ciertamente, es legítima; aunque no operante— ha existido desde los tiempos de Freud. A Adler y a otros, cuando disintieron del pensamiento freudiano, se les exigió no utilizar el término *psicoanálisis* para referirse a sus respectivas orientaciones psicológicas.

En Estados Unidos, a los psicoanalistas adiestrados en los institutos acreditados por la American Psychoanalytic Association (APA) y, por lo tanto, por la International Psychoanalytical Association (IPA), y que se consideran ellos mismos como los *legítimos*, siempre les ha molestado que los egresados del American Institute for Psychoanalysis (Karen Horney) o del William Alanson White Institute y de muchos otros institutos no acreditados por la APA se identifiquen como psicoanalistas. En México también, originalmente, a los antiguos miembros de la institución psicoanalítica acreditada por la IPA les molestó que los discípulos de Fromm se ostentaran como psicoanalistas. Esto a pesar de que la UNAM, en su periodo más brillante como Máxima Casa de Estudios del país, así los considerase. El cuestionamiento de que si la UNAM tenía o no el derecho de dar o no la *investidura* de psicoanalista, naturalmente, llevó al bizantinismo y a conclusiones parcializadas.

III. Los estándares de adiestramiento en psicoanálisis infantil

En cuanto a los estándares de adiestramiento y de práctica del psicoanálisis infantil, éstos han pasado por vicisitudes aún más complicadas. En Inglaterra surgió el curso dirigido por Anna Freud en la entonces Hampstead Clinic —actualmente conocida como

Anna Freud Centre for Training in the Psychoanalytic Study and Treatment of Children and Adolescents—, la cual formó psicoanalistas infantiles adiestrados previamente como psicoanalistas de adultos y psicoanalistas infantiles sin adiestramiento previo en psicoanálisis general. La International Psychoanalytical Association (IPA) no aceptó como psicoanalistas a aquellos graduados como psicoanalistas infantiles en el curso de Anna Freud que no tenían el adiestramiento en psicoanálisis general. Esto hizo surgir a la Association for Child Psychoanalysis (ACP) que agrupa a los psicoanalistas infantiles que se adiestraron en el curso del Anna Freud Centre y a los psicoanalistas que se entrenaron en los cursos de psicoanálisis infantil en los institutos de los Estados Unidos de Norteamérica. Éstos, los psicoanalistas infantiles norteamericanos, sí tuvieron adiestramiento en psicoanálisis general previamente, y por lo tanto sí pertenecen a la IPA. DOS psicoanalistas mexicanas graduadas en el curso de Anna Freud y, por lo tanto, miembros titulares de la ACP, Janet Szydlo y Doris Benrey, regresaron a México en donde vivieron algunos años. Luego, Doris Benrey se fue a radicar a Suiza y Janet Szydlo a Estados Unidos.²⁶

Por otra parte, desafortunadamente los estándares exigidos por la Association for Child Psychoanalysis (ACP) no han sido satisfechos por los programas de adiestramiento en psicoanálisis infantil de otros países, México entre otros.²⁷ Hasta ahora en México el único psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Mexicana que es miembro titular de la ACP es Manuel Isaías López, quien fue invitado en función de que recibió adiestramiento en psicoanálisis infantil en el Philadelphia Psychoanalytic Institute y en el New Orleans Psychoanalytic Institute. En 1997, con el respaldo de Moisy Shoper, presidente de la ACP y de Manuel Isaías López, coordinador, entonces, del Curso de Psicoanálisis Infantil de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, fueron aceptados en la ACP como Miembros en Entrenamiento ocho psicoanalistas mexicanos candidatos del Curso de Psicoanálisis Infantil del Instituto de la APM.²⁸ Sin embargo, a pesar de que la mayoría de éstos ya se graduó en el Instituto de Psicoanálisis de la APM, no han sido promovidos a miembros titulares.²⁹ Nos encontramos en espera de que próximamente los estándares

²⁶ Janet Szydlo no fue aceptada en la Asociación Psicoanalítica Mexicana porque no tenía adiestramiento en psicoanálisis general. Posteriormente logró su ingreso en la Asociación Psicoanalítica Internacional mediante una asociación psicoanalítica norteamericana.

²⁷ La ACP exige que los casos que son tratados por los candidatos para psicoanalistas infantiles sean tratados en un mínimo de cuatro sesiones a la semana.

²⁸ La pertenencia como miembro de la Association for Child Psychoanalysis es por invitación de la misma por presentación y recomendación de dos miembros titulares (*General Members*.)

²⁹ Dentro de las actuales condiciones de la ACP no pueden ser promovidos porque no reúnen los requisitos establecidos por la misma que mencionamos anteriormente.

internacionales establezcan condiciones que permitan la promoción de estos colegas a miembros titulares de la ACP.

La situación del psicoanálisis infantil en la Asociación Psicoanalítica Internacional ha sido, hasta hace poco, incierta y controvertida. De las sociedades componentes de ésta, la mayoría (23 de 29) de las de Estados Unidos tienen programas de adiestramiento en psicoanálisis infantil. De las sociedades latinoamericanas solamente cuatro de las 27 existentes tienen dichos programas; en algunas de éstas se considera que el psicoanálisis infantil no es psicoanálisis propiamente³⁰ y en un buen número de ellas hay colegas que aun sin adiestramiento especializado se consideran psicoanalistas infantiles por el hecho de que tratan a niños o adolescentes.

En el seno de la Asociación Psicoanalítica Internacional hasta 1999 no había estándares establecidos para el adiestramiento y la práctica del psicoanálisis infantil. La actual Mesa Directiva de la IPA, y por esfuerzo especial de su secretario, Robert Tyson, nombró un Comité de Psicoanálisis Infantil que desarrolló un documento en donde se establecen los estándares mínimos para el adiestramiento del psicoanalista infantil. Estos estándares fueron aprobados por el Consejo Ejecutivo de la IPA en la Asamblea que tomó verificativo en Santiago de Chile en agosto de 1999. Dentro de esos nuevos estándares se establece que los candidatos de los cursos de psicoanálisis infantil, como parte de su adiestramiento, han de tener en tratamiento psicoanalítico a menores en un número de sesiones por semana igual al establecido en sus respectivos institutos para el tratamiento de adultos. Por lo que se refiere a nuestro Instituto, parece que el mínimo de sesiones establecido es de cuatro por semana.³¹ Parece ser que la reducción del número mínimo de sesiones se encuentra en estudio, según dicen las autoridades correspondientes. Si dicho número es reducido a tres sesiones por semana, algunos de los candidatos graduados en nuestro Instituto cumplirán con los estándares.

Es un hecho que en muchos países por una u otra razón (por ejemplo falta de recursos económicos o falta de desarrollo de una cultura orientada a este tipo de tratamiento de niños o adolescentes) no es posible ver a los menores cuatro o ni siquiera tres veces por semana. Por otra parte, se ha puesto en duda que este parámetro, el número de

³⁰ Ésta es una muy vieja disquisición en el universo psicoanalítico. Por la misma, la publicación *Psychoanalytic Study of the Child* recibió ese nombre, y no el de *Child Psychoanalysis*.

³¹ Algunos de los psicoanalistas docentes más asiduos a las juntas del Consejo Directivo del Instituto de Psicoanálisis me dicen que el mínimo de sesiones por semana ya fue reducido a tres en dicho Instituto. Otros colegas, igualmente asiduos, me dicen que no es así; que el tratamiento psicoanalítico bajo supervisión ha de tener un mínimo de cuatro sesiones por semana dentro de los estándares vigentes en dicha institución.

sesiones por semana, tenga realmente importancia o validez;³² sin embargo, las autoridades de la Association for Child Psychoanalysis insisten en que aunque la generalidad de los pacientes no pueda ser vista tan frecuentemente, los casos que son tratados como parte de la formación sí han de ser vistos cuatro veces por semana.³³ Es de esperarse que los psicoanalistas infantiles mexicanos eventualmente regularicen su situación dentro del marco de la Asociación Psicoanalítica Internacional a pesar de que por ahora no cumplan los estándares mínimos aprobados. Esto en función de que es de esperarse que el Comité de Psicoanálisis Infantil de la IPA recomiende ciertas transacciones en la aplicación realista de dichos estándares.

Tanto en Estados Unidos como en México han surgido nuevas sociedades e institutos de psicoanálisis que no tienen los estándares tradicionales. En 1981 un grupo de psicólogas de un nivel de educación y formación medio, alentadas por las relaciones que alguna de ellas había hecho con Clifford Yorke —importante miembro del profesorado del Anna Freud Centre de Londres—, manifestaron la intención de fundar un instituto de psicoanálisis infantil e, *ingenuamente*, invitaron a algunos psicoanalistas a una reunión preliminar. A nosotros, los que habíamos tenido más contacto con el psicoanálisis infantil institucionalizado durante nuestra formación en Estados Unidos, nos pareció estrambótico e ilegítimo ese intento de organizar un instituto de psicoanálisis infantil, que consideramos espurio.³⁴ La importancia de este suceso estriba en que desató en el medio de la APM el interés por organizar un curso de psicoterapia de niños y adolescentes para psiquiatras y psicólogos calificados, y un curso de psicoanálisis infantil exclusivamente para psicoanalistas. Todo esto con la intención de deslindar la supuesta legitimidad de la práctica del psicoanálisis infantil e identificar la diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia infantil.

³² Peter Fonagy (1998) reportó haber encontrado resultados similares en el tratamiento psicoanalítico de menores si éstos habían sido vistos cuatro veces por semana o menos.

³³ Justifican este estándar doble explicando que el psicoanalista no podrá verdaderamente comprender el funcionamiento psíquico global infantil si no tiene oportunidad de tratar pacientes cuatro veces por semana aunque sea durante su adiestramiento. Una vez que ha logrado ser experto en dicho funcionamiento del aparato psicológico infantil, podrá alcanzar un grado de eficiencia en el manejo de menores que no puedan asistir a tantas sesiones por semana.

³⁴ A la larga, reconocemos que esto no es exacto, porque los estándares de adiestramiento en psicoanálisis infantil empezaron a delimitarse hasta muy recientemente. Sin embargo, si ese programa se hubiera desarrollado como pretendían (formación de psicoanalistas infantiles sin adiestramiento previo en psicoanálisis infantil), hubiera resultado otro grupo similar al de Anna Freud en Londres, en conflicto con la Asociación Psicoanalítica Internacional. A retrospectiva, pudiéramos sospechar que ése era el interés político de los analistas del Anna Freud Centre que apoyaron este intento fallido.

Algunos psicoanalistas, muy jóvenes en ese entonces, nos movilizamos para promover la organización del curso de psicoterapia de niños y adolescentes en el seno de la APM. Para esto, solicitamos y contamos con la colaboración de todos los psicoanalistas de dicha asociación que practicaban o habían practicado la psicoterapia de menores. Pedimos a Víctor Manuel Aíza que coordinara nuestros esfuerzos y el curso mismo, ya que él era el psicoanalista con mayor prestigio en la enseñanza de materias relacionadas con el psicoanálisis infantil en el Instituto de Psicoanálisis. El curso se inició ese mismo año, 1981, y aún continúa preparando psicoterapeutas de niños y adolescentes. Varias generaciones se han graduado.³⁵ El curso también germinó en otra dirección: la primera generación de graduados pronto se organizó para formar su propia asociación (Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia), fue fundada en 1986, e inició su propio programa de adiestramiento, en el que actualmente se encuentran la séptima y octava generaciones en formación. De entre las iniciadoras de este programa de adiestramiento destacan Maricela Alcaraz, Mercedes Díaz Barriga, Ethel Kupferman, Noemí Polanco y María Luisa Rodríguez. Las dos últimas actualmente han terminado su formación en psicoanálisis infantil en la APM.

Poco después de haber puesto en función el curso de psicoterapia de niños de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, iniciamos las gestiones para organizar el curso de psicoanálisis infantil bajo los auspicios del Instituto de Psicoanálisis. Los integrantes del Consejo Directivo del Instituto dieron todo su apoyo al proyecto y nombraron a Víctor Manuel Aíza, psicoanalista docente del instituto, coordinador del área de psicoanálisis infantil. La primera generación estuvo formada por los psicoanalistas que habían estado en contacto con psicoanalistas infantiles norteamericanos: Eduardo Dallal, Lauro Estrada-Inda, Tirso Lara, Manuel Isaías López, Rodolfo Ortega y Marcelo Salles; Estela Remus, que había estado en contacto con el psicoanálisis infantil argentino —y específicamente con Aberastury— y que tenía muchos años de practicar el tratamiento de niños; Esperanza Pérez de Plá que, llegada de Uruguay, estaba muy familiarizada con el psicoanálisis infantil de su país y que, ya en México, había provocado mucha inquietud en cuanto al psicoanálisis infantil y al entendimiento de las psicosis de los niños;³⁶ Yolanda Martínez, quien realizó estudios de posgrado en París y se había fami-

³⁵ Actualmente se encuentra en adiestramiento la generación decimoprimer.

³⁶ Pérez de Plá presidió en 1987 el grupo fundador de una sociedad especializada en el estudio y tratamiento de la psicosis y del retardo mental infantiles que originalmente se llamó Grupo Teseo y luego, hasta la fecha Asociación Mexicana para el Estudio del Retardo Mental y la Psicosis Infantil.

liarizado con Lebovici y el grupo francés de psicoanalistas infantiles,³⁷ y Pablo Cuevas y Juan Maceira, que tenían interés y experiencia en el manejo de los menores, completaron el grupo de once colegas primeros en graduarnos como psicoanalistas infantiles en el Instituto de Psicoanálisis de la APM. En este grupo se encontraban los psicoanalistas que más experiencia tenían en el trabajo terapéutico con niños y adolescentes y que habían presentado y publicado el mayor número de trabajos relacionados con el área del psicoanálisis infantil y de la adolescencia. En atención a lo anterior, el Instituto determinó que este primer grupo fuese de autogestión.

El grupo de autogestión organizó seminarios de revisión bibliográfica y de supervisión de caso continuo, e invitó a participar en la enseñanza a todos los psicoanalistas que pudieran aportar algo al aprendizaje del grupo. La enseñanza más fructífera fue la que los mismos miembros del grupo pudimos aportarnos unos a otros. Esto hasta donde la intensa actividad política que se desató en el Instituto lo permitió.

Poco tiempo después de haberse iniciado la enseñanza de este primer grupo, un segundo grupo de psicoanalistas tomó el curso de psicoanálisis infantil siguiendo el programa que habíamos formulado. Este grupo ya no fue de autogestión, y la enseñanza estuvo a cargo de Víctor Manuel Aíza con la colaboración de Marco Antonio Dupont.³⁸

Las vicisitudes políticas en que se vieron envueltos estos programas y la oposición y resentimiento derivados de que el primer grupo fuese de autogestión, crearon molestas contiendas que consumieron más energía que el cumplimiento de los programas en sí. El agotamiento resultante se hizo evidente en el hecho de que por varios años no hubo curso de psicoanálisis infantil en el Instituto.

Sin embargo, la enseñanza de la psicoterapia de niños continuó progresando en la Asociación y la participación de los psicoanalistas de niños fue constante en dicho curso de psicoterapia, en los congresos, en las reuniones científicas y en los programas de divulgación que se relacionan con el psicoanálisis infantil y de la adolescencia.

En 1993, con un clima político más tranquilo y propicio en el Instituto, se abrió una tercera generación de colegas que tomó el adiestramiento en psicoanálisis infantil. Manuel Isafás López se hizo cargo de la coordinación del curso. De este grupo se han graduado seis colegas³⁹ y dos más están por completar los requisitos para su graduación.

³⁷ Yolanda Martínez fue presidenta fundadora, en 1975, de la Asociación Científica de Profesionales para el Estudio Integral del Niño.

³⁸ En este segundo grupo de adiestramiento en psicoanálisis infantil se graduaron siete colegas: David Aurón, Susana Barrera, Prisciliano de León, Sergio González Fajardo, José Luis Saucedo, Juan Tubert y Juan José Yáñez.

³⁹ Marco Antonio Corona. José Luis Islas, Teresa Lartigue, Norma León, Eduardo Mendoza y Noemí Polanco.

Algunos de los colegas psicoanalistas infantiles se han destacado por su fertilidad en la presentación y publicación de trabajos científicos tanto en los foros provistos por la Asociación Psicoanalítica Mexicana como en otros que auspician otras sociedades psicoanalíticas mexicanas y extranjeras.

Hace algunos años un grupo de colegas, la mayoría miembros de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, se interesó por el estudio y tratamiento de los lactantes y la relación temprana materno-infantil. Yolanda Martínez,⁴⁰ Jorge Armando Barriguete y Leticia Solís, psicoanalistas de la APM que habían tomado formación profesional en París y en relación con Serge Lebovici, formaron un grupo con José Luis Salinas, también psicoanalista de la APM, y con otros colegas no psicoanalistas, entre ellos, Pilar Pérez y Elisa Salinas. Este grupo, aprovechando la relación con Lebovici, organizó un curso de formación a distancia que recibió el nombre de "La Temprana Interacción Madre-Padre-Lactante". Por diversas razones el grupo se fragmentó, pero alcanzaron a graduarse Yolanda Martínez, Jorge Armando Barriguete, Leticia Solís, José Luis Salinas y Pilar Pérez. La creación de estos cursos a distancia (Universidad Virtual a Distancia), que inició y coordinó José Luis Salinas,⁴¹ se extendió pronto a otras ciudades de la República Mexicana y del extranjero. Tomaron el curso y posteriormente desarrollaron y coordinaron cursos a distancia en sus localidades Alejandro Tamez y Manuel Silva Cavazos en Monterrey, Renato Guerrero y Pilar Arce en Guadalajara, Fernando Bilbao y María Elena Berengueras en Cuernavaca, María Cecilia Pereira en Portoalegre, Salvador Celia en Sao Paolo, Martín Maldonado en Topeka, Kansas, etcétera.

Al inicio de los años noventa un grupo de psicoanalistas profesores de psiquiatría infantil —Eduardo Dallal, Lauro Estrada, Manuel Isaías López, Rodolfo Ortega y Marcelo Salles— nos reunimos para discutir la posibilidad de escribir un libro sobre psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes. Ya habíamos participado en otras publicaciones, como la *Monografía de desarrollo*⁴² y una monografía de psicoanálisis infantil que apareció como un número de *Cuadernos de psicoanálisis*. Eventualmente decidimos que Marcelo Salles compilaría y coordinaría lo que resultó en la primera edición de este *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes*. También decidimos invitar a Víctor Albores, Pablo Cuevas, Norma A. León y Esperanza de Plá, y más recientemente, para la preparación de la segunda edición, a Ramón Parres, Teresa

⁴⁰ A quien ya nos referimos anteriormente y que ya había terminado el adiestramiento en psicoanálisis infantil junto con los demás colegas que formaron el grupo de autogestión.

⁴¹ Posteriormente se asoció a la coordinación Jorge Armando Barriguete.

⁴² Primera monografía de la AMPI ya mencionada.

Lartigue, Juan Vives, Marco Antonio Corona y Martín Maldonado-Durán. Dicha primera edición apareció a fines de 1992, después de un par de años de intenso trabajo. Esta segunda edición, que esperamos aparezca al inicio del milenio, también ha producido intensa actividad dentro del grupo. Concomitantemente, el grupo ha trabajado en la elaboración de un libro de texto en desarrollo psicológico humano en cinco volúmenes titulado *Caminos del desarrollo*, del que han aparecido a la fecha tres volúmenes.

IV. Estado actual de la práctica del psicoanálisis y la psicoterapia de niños y adolescentes

La práctica del psicoanálisis infantil se encuentra extendida tanto en Europa como en los Estados Unidos de Norteamérica y América Latina. De esta práctica se han generado, en todas partes, diferentes derivaciones llamadas psicoterapia de niños, psicoterapia infantil, psicoterapia del adolescente, etc. que algunas veces representan adaptaciones del psicoanálisis infantil a necesidades locales; otras se trata de un psicoanálisis infantil practicado por un terapeuta que no ha sido acreditado como psicoanalista.

En algunas localidades, por ejemplo ciertos grupos en Argentina y también en México, se ha utilizado (incorrectamente, dicen los psicoanalistas) el término *psicoanálisis infantil* en forma amplia para denominar cualquier tipo de psicoterapia dinámica de niños y adolescentes administrada por terapeutas que no necesariamente han sido adiestrados como psicoanalistas. De hecho, la mayoría de estos terapeutas no sólo no han recibido adiestramiento psicoanalítico, sino que su adiestramiento como psicoterapeutas es muy pobre. Algunos colegas psicoanalistas que encontraron un cómodo *modus vivendi* adiestrando, en sus consultorios, a personas que no reunían los requisitos para ingresar a las instituciones psicoanalíticas, contribuyeron a este caos. Sobre todo cuando, para disfrazar estas actividades (inaceptables para la institución psicoanalítica), acuñaron el término *quehacer psicoanalítico* para denominar cualquier actividad terapéutica más o menos y mal o bien inspirada en el psicoanálisis.

En los Estados Unidos de Norteamérica los psicoanalistas insisten enfáticamente en que existen diferencias fundamentales entre la psicoterapia y el psicoanálisis de niños. Regularmente se señalaba entre las diferencias el número de sesiones por semana, que era de cuatro o cinco para el psicoanálisis y de una, dos o tres para la psicoterapia; el desarrollo de la transferencia en el psicoanálisis y sólo de fenómenos transferenciales en la psicoterapia; la modificación estructural de la personalidad como meta del psicoanálisis y los cambios y reacomodos conductuales así como el reforzamiento de las de-

fensas en la psicoterapia; la técnica en la psicoterapia no está dirigida a hacer conscientes las motivaciones inconscientes determinadas por los impulsos. Además, la psicoterapia es practicada por un gran número de psiquiatras infantiles con orientación dinámica y por psicólogos y trabajadores sociales que en las instituciones médicas son supervisados por psiquiatras; en cambio, el psicoanálisis infantil sólo habría de ser practicado, bajo supervisión, por psicoanalistas y por estudiantes de los institutos psicoanalíticos. Más recientemente, se ha definido que la diferencia fundamental entre psicoterapia y psicoanálisis está determinada por lo que el terapeuta hace en el tratamiento, cómo lo hace, y lo que pretende hacer.⁴³

En Estados Unidos los requisitos para solicitar adiestramiento en psicoanálisis infantil se han hecho progresivamente más complicados; los psiquiatras, además de tener doctorado en Medicina y adiestramiento en psiquiatría general, han de tomar adiestramiento en psicoanálisis general previo al de psicoanálisis infantil. Los psicólogos han de tener doctorado en Psicología y adiestramiento hospitalario (residencias, internados) para poder tomar adiestramiento en psicoanálisis general y luego en psicoanálisis infantil. Con todo esto, en ese país cuando un psicoanalista infantil se gradúa es un verdadero erudito y sus habilidades para manejar la técnica han sido desarrolladas a nivel óptimo. Sin embargo, el tiempo que ha invertido en dicho adiestramiento se antoja excesivo y fuera del ámbito de la práctica realista. Esto aplica especialmente en países como México, donde las posibilidades de atención psicológica infantil son limitadas.

A pesar de todo, los psicoanalistas norteamericanos que insisten en que el paciente en psicoanálisis infantil ha de tener un mínimo de cuatro sesiones a la semana, son inconsistentes. Cuando supervisan a residentes de psiquiatría infantil, a psicólogos y a trabajadores sociales, los orientan a una técnica prácticamente idéntica a la del psicoanálisis infantil aunque el número de sesiones por semana sea menos de cuatro. Por otro lado, psicoanalistas infantiles connotados escriben libros y artículos que son utilizados como material de lectura tanto en programas de adiestramiento en psicoanálisis infantil como de psicoterapia. A los autores y a las editoriales les conviene dirigirse a ese grupo de lectores más amplio compuesto de psicoterapeutas. Cuando leemos algunas de esas obras, las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia se nos hacen más y más borrosas.

⁴³ En esta dirección, Dallal (1993) describe la continuidad desde el psicoanálisis hacia las distintas formas de psicoterapia, distingue entre psicoterapia y psicoanálisis en función de la identidad del terapeuta y el proceso terapéutico de acuerdo a las diferentes etapas por las que cursa el desarrollo del paciente, e incursiona a través de una definición operativa de la psicoterapia. Véanse también los capítulos correspondientes en esta obra.

Son varios los factores que han contribuido a la confusión. Entre ellos, que muchos (una mayoría) de los psicoanalistas no saben hacer otra cosa más que psicoanálisis, y por lo tanto no pueden enseñar otra cosa. Muchos psicoanalistas, cuando imparten clases de psicología o de psiquiatría, acaban impartiendo psicoanálisis. No es de extrañar que cuando pretenden enseñar psicoterapia, terminen enseñando psicoanálisis. Los psicoterapeutas infantiles connotados, como Axline, Ginot, etc., nos ayudan a notar que la psicoterapia se puede identificar y distinguir como tal. También los psicoanalistas que recibieron adiestramiento en otras técnicas psicoterapéuticas (psicoterapia, psiquiatría infantil, psicoterapia familiar, etc.) nos dan puntos de vista diferenciales más nítidos.

En cuanto a las diferencias que describen los autores y que enlistamos anteriormente, se puede decir que son relativas y ninguna es exclusiva. Así, si algunos distinguen que en la psicoterapia no se desarrolla la neurosis de transferencia y en el psicoanálisis sí, otros no hacen mayor distinción entre neurosis de transferencia y fenómeno transferencial, y se refieren a estos fenómenos en forma general indistinguible cuando hablan de psicoterapia o de psicoanálisis. Otros autores psicoanalistas incluso niegan que la neurosis de transferencia ocurra aún en el psicoanálisis infantil. Sostienen esto argumentando que el niño aún está viviendo, en su realidad presente, la neurosis infantil y la relación con los objetos primarios; por lo tanto, dicen, es imposible que la neurosis infantil se transfiera a la situación terapéutica, y que la relación con los objetos primarios se transfiera a la figura del analista.

No importa si le damos o no valor a estos argumentos. Tampoco importa qué tanto nos queramos adherir a una u otra postura. Si nuestra posición es cabal, hemos de reconocer que todos estos temas todavía están a discusión y que autores psicoanalistas muy respetados y de gran experiencia no se han puesto de acuerdo. Hace lustros algunos psicoanalistas se oponían a que se le llamara psicoanálisis al tratamiento de los niños, ya que ponían en duda que fuera apropiado denominarlo así, y pretendían reservar el término para denominar la técnica clásica para tratar adultos. Como decíamos anteriormente, algunos institutos latinoamericanos aún se adhieren a esta postura.

Algunos autores de gran solvencia como maestros insisten en una distinción decisiva al número de sesiones por semana. Éstos insisten en que si el número de sesiones es menor a cuatro, no es posible que se establezca la situación terapéutica que requiere el psicoanálisis, y que no puede haber una continuidad en el material que surge del paciente ni en la regresión que el proceso psicoanalítico requiere. El tratamiento consistente de un par de sesiones por semana, dicen estos autores, abordará en forma fragmentaria diversos asuntos que conscientemente el paciente decida traer a su sesión. En contraste, en el tratamiento psicoanalítico las cuatro o cinco sesiones por semana permiten, aun-

que sea intermitentemente, material que surge espontáneamente del paciente estimulado por las asociaciones libres o por el juego espontáneo y no únicamente por la decisión consciente o por los eventos ocurridos desde la sesión anterior y que, si son de relativa importancia, pugnarán por descarga. Por otro lado, no faltan colegas psicoanalistas norteamericanos que publican casos de psicoanálisis infantil que han sido tratados a través de dos sesiones por semana. En nuestro medio mexicano algunos colegas dan por hecho que el número de sesiones por semana no es importante ni define al tratamiento, y citan anécdotas que parecen mostrar que el número de sesiones, en tiempos de Freud, disminuyó de cinco a cuatro por sugerencia de Anna Freud a su padre, para que éste pudiera tomar a un estudiante de psicoanálisis más, que había viajado desde muy lejos para analizarse con él.⁴⁴

En México, además de que hay algunos colegas psicoanalistas que llaman psicoanálisis a todo lo que hacen, incluso psicoterapias de una sesión por semana con el paciente frente a frente, hay muchos otros que hablan de psicoanálisis cuando el paciente es visto tres sesiones por semana. La realidad es que muy pocos niños o adolescentes son vistos más de dos veces por semana; aunque nuestros deseos nos lleven a asegurar que son muchos. En México, la mayor parte de los pacientes niños y adolescentes en necesidad de tratamiento psicológico son tratados por psicoterapeutas con orientación psicoanalítica. Son pocos los psicoanalistas que se ostentan como especializados en niños, y la mayoría de ellos no atiende a menores.

En nuestro medio, son varios los factores que dificultan o desalientan la práctica del psicoanálisis infantil. Es difícil, por más que se diga lo contrario, que los padres de un paciente niño conciban la idea de un tratamiento de cuatro o cinco sesiones por semana. En México, en cuanto a la aceptación de un tratamiento psicológico, las actitudes de cada grupo social étnico, cultural, etc. son radicalmente distintas a las de los otros grupos. Por ejemplo, el grupo sociocultural que acude a las instituciones oficiales está formado por personas que con dificultad están modificando su actitud tradicional hacia el médico. Típicamente, estas personas esperaban curación a sus dolencias con tan sólo una visita al médico, que si era "atinado" prescribiría un medicamento que, según se esperaba, debería curar la enfermedad de inmediato y sin ningún efecto adverso secundario. Frecuentemente, el paciente no estaba dispuesto a dar al médico una segunda oportunidad si el medicamento "no le había sentado bien".

La medicina institucional ha logrado educar a la población al grado que los pacientes toleran un seguimiento. Sin embargo, no es fácil que los pacientes de este tipo acepten

⁴⁴ Abraham Katdiner, citado por Ramón Parres (comunicación personal).

un tratamiento psicológico, aunque sea de una sesión por semana. También les es difícil aceptar que no se les pueda indicar claramente cuánto tiempo tomará el tratamiento. Aunque el paciente o sus padres acepten dicho tratamiento, pronto se desinteresarán, sentirán que no vale la pena el esfuerzo, faltarán al menor pretexto, y entre más tiempo dejan pasar sin ir, más difícil será que regresen.

A las anteriores dificultades se suman las actitudes de las instituciones oficiales. La psicoterapia, aunque sea de una sesión por semana, ofrece poca solución en términos de salud pública; es demasiado el tiempo que tiene que dedicar un terapeuta a un solo paciente. Por otro lado, la efectividad de un servicio de psicología o psiquiatría es medida en términos de cuántos pacientes *son vistos* en ese servicio en un tiempo determinado. No importa cuántos fueron aliviados o curados, ya que esto es muy difícil de establecer. En el ámbito de la salud pública, estas formas de evaluar las prestaciones de servicios hacen sentido, ya que están diseñadas para evaluar los servicios de salud en general; la orientación es meramente utilitaria.⁴⁵ Desde el punto de vista psicológico, considerando las limitaciones del medio, estas políticas también hacen sentido: nos consta que muchos niños o familias mejoran en el manejo de sus problemas o de su ansiedad tan sólo por haber sido vistos por alguien que tiene una investidura de profesional especializado. En fin, desde el punto de vista de las autoridades, que tienen que justificar la existencia de un servicio de asistencia, se entiende que se desalienten las prácticas terapéuticas que implican la dedicación de mucho tiempo a pocos pacientes.

Con los pacientes verdaderamente indigentes se agrega la apatía que tienen éstos para interesarse por algo que *tal vez* les vaya a beneficiar, algo cuya utilidad no alcanzan a comprender. En mi experiencia, este tipo de pacientes *se pierde*, no regresan a la consulta; se hace necesaria la ayuda de un trabajador social que *rescate* al paciente repetidas veces.

En el ámbito de la consulta particular es difícil convencer a los pacientes de la clase media baja de la bondad de un tratamiento psicológico para un niño. Difícilmente estas familias tolerarán un tratamiento prolongado que, por definición, es relativamente costoso. El manejo de la familia, cuando se le propone un plan terapéutico, deberá ser sumamente cuidadoso ya que los padres pueden sentir que el tratamiento es una forma de explotación. Esto último puede presentarse aun con las familias de clases socioculturales más favorecidas, si no han tenido una orientación psicológica o una experiencia psicoterapéutica previa en alguno de los padres u otro miembro de la familia. En este sentido, en México algunos psicoanalistas con poca formación en el campo

⁴⁵ El mayor beneficio para la mayoría al menor costo.

del psicoanálisis de niños aseguran que no es posible tratar a un niño a menos que por lo menos uno de los padres esté en tratamiento psicoanalítico. A este respecto, la aceptación de varias sesiones por semana es más probable en grupos sociales con mayor orientación psicoanalítica. En México, y aun en Estados Unidos, una proporción importante de pacientes menores en psicoanálisis son hijos de psicoanalistas.

También, con relación a la orientación psicológica, cabe agregar un comentario en cuanto a las actitudes de diferentes grupos étnicos. En México, las familias de la comunidad española consultan a un psiquiatra o a un psicólogo con relación al padecimiento *pe* un niño cuando dicho padecimiento es muy grave y la situación ya es insostenible; por ejemplo, si se trata de una neurosis, los síntomas ya han invadido en forma importante el aparato psicológico y han impuesto limitaciones graves al funcionamiento del individuo. En cambio, en otras comunidades es sintónico recurrir a un terapeuta de niños aun cuando los síntomas sean relativamente leves; así es el caso en la comunidad judía, por ejemplo. Como resultado, se crean varias situaciones con una apariencia artificial: proporcionalmente, es mayor el número de menores judíos que acuden a consulta y reciben tratamiento, ya que, como mencionamos antes, para éstos es mucho más natural recibir este tipo de ayuda. Sin embargo, podría darse la falsa impresión de que el grupo judío tiene mayor propensión a sufrir problemas psicológicos. Otra falsa impresión se crearía si se compara el éxito terapéutico de un psicoterapeuta que por distintas razones tiene en tratamiento a un mayor número de judíos, y otro que trata pacientes de la comunidad española. Obviamente, una encuesta mal entendida daría la impresión de que el primero es mejor terapeuta. Todo lo anterior también explicaría por qué un terapeuta pudiera preferir trabajar con pacientes de determinada comunidad.

Los pacientes menores de la clase media alta y de grupos privilegiados tienen demasiadas actividades extraescolares: danza moderna, natación, tenis, fútbol, karate, esgrima, patinaje sobre hielo, inglés, francés, japonés, etc. Frecuentemente, la psicoterapia tiene que competir con una o varias de estas actividades y, también frecuentemente, el tratamiento es visto como una más de entre ellas. Sea como fuere, en un grupo en el que se considera deseable que el niño esté envuelto en el mayor número de actividades posible, no se acepta fácilmente que la psicoterapia ocupe varias tardes de la semana. Hay padres que piensan que su chico debe, por lo menos, practicar un deporte y una actividad artística (pintura, por ejemplo); esto, además de su preparación para su *bar mitsve* y las clases particulares de matemáticas.

A todo lo anterior se suma la dificultad que imponen las distancias en una ciudad tan grande como la de México. A veces, el paciente tiene que viajar por más de una hora

(ida y vuelta) para tener su sesión de 45 minutos. Así, no es raro que el niño llegue a su sesión adormilado, malhumorado, acalorado, sediento, hambriento, etc.; y estos males-tares respaldarán la resistencia al tratamiento, junto con la preferencia real del niño a ver televisión en lugar de estar en el consultorio del terapeuta.

Claro, estas circunstancias se presentan al principio del tratamiento, antes de que se haya establecido la relación terapéutica; pero para que ésta se instale, es necesario superar la resistencia inicial. Esto es particularmente importante en la psicoterapia del niño ya que, a diferencia de los adultos, una proporción importante de los menores va al tratamiento sin estar genuinamente motivada. La motivación en ellos ha de ser desarrollada a través de la resolución de la primera etapa del tratamiento.

Entre los factores que desalientan la práctica del psicoanálisis infantil también hemos de mencionar los que se ponen en juego por parte del terapeuta. Frecuentemente los niños y sus padres, asociando la psicoterapia a actividades deportivas o culturales, dan por hecho que durante el tratamiento va a haber vacaciones. Aunque esta cuestión sea aclarada desde el principio, el niño normalmente resiente tener que asistir a sus sesiones durante las vacaciones. Si la familia sale de viaje, los padres resienten tener que pagar sesiones que no fueron utilizadas por el niño. Si no se cobran las sesiones a las que el paciente no asistió, la resistencia aumentará, como decíamos, a través de las faltas de asistencia, y se facilitará que el paciente no retorne al tratamiento. Ésta es una de las causas por las que los pacientes desertan en las instituciones, ya que por definición, a ese nivel, no se cobran las sesiones a las que el paciente no asistió.

En el ámbito privado, es común que los pacientes niños hagan viajes prolongados durante las vacaciones de verano. Cuando la ausencia del niño es muy prolongada, digamos seis u ocho semanas, difícilmente se justificará que los padres paguen al terapeuta por todo ese tiempo de ausencia; a pesar de que sabemos que si se interrumpe el compromiso la interrupción se prolongará y muchas veces el paciente no regresará hasta que se agraven sus síntomas; entonces recurrirá, probablemente, a otro terapeuta.

Otro factor más que promueve el abandono del tratamiento en las circunstancias anteriores, se agrega cuando el terapeuta no ha logrado que los padres entiendan la naturaleza de los síntomas de su hijo y que la desaparición de éstos no significa que la desviación del desarrollo psicológico se haya corregido. La tendencia común de los padres es dar importancia a los síntomas aparentes y no a su significado; así, tienden a interrumpir el tratamiento a la menor dificultad, si el paciente, niño o adolescente, se encuentra ya asintomático. Obviamente, el problema reaparecerá en el futuro, mostrándose en los mismos síntomas o en nuevos, dependiendo de la etapa del desarrollo en la que el paciente se encuentre.

En ciertos niveles socioculturales, la familia, por las razones antes expuestas, interrumpirá el tratamiento al finalizar el año escolar; así, otro paciente ocupará la hora o las horas que quedaron desocupadas. Como esto ocurrirá a fines de mes de junio, lo más probable será que el nuevo paciente sea un adulto. Poco a poco, según el psicoanalista infantil obtiene prestigio, irá teniendo más y más pacientes adultos. El psicoanalista joven que trata niños tendrá un buen número de pacientes rápidamente a expensas de los menores. Poco a poco, por los factores expuestos, se inclinará a una consulta de adultos. Éstos no toman vacaciones tan prolongadas y, por lo tanto, es más fácil que acepte pagar por sus inasistencias. En todo caso, hemos de agregar que, en general, es más fácil para el adulto comprometerse y pagar por un tratamiento psicológico cuando se trata de él, que cuando se trata de su hijo.

Otros factores que inclinan a los terapeutas a dejar de tratar niños tienen relación con el hecho de que es más fácil tratar adultos que tratar menores: los niños hacen travesuras, rompen cosas, y algunos consultorios no son a prueba de niños. Los niños actúan y piensan, intermitentemente, en el ámbito de procesos primarios e inducen la situación terapéutica a una regresión que resulta incómoda y a veces intolerable para el terapeuta.

Conclusión

Aunque existe un consenso en nuestro medio psicoanalítico que define la diferencia entre psicoterapia y psicoanálisis infantiles, hemos de reconocer que ese consenso no es universal, que diferentes grupos en nuestro medio manejan diferentes criterios y que incluso entre los componentes de un grupo los conceptos son concordantes sólo parcialmente. Así, cada grupo maneja los propios dando por entendido que son los válidos, y explicando la discordancia de los de otros grupos en términos de la rigidez, falta de estructura o deficiente formación —según el caso— de los otros.

Algunos de los psicoanalistas que tratamos niños tenemos o hemos tenido algún o algunos —a veces uno o dos— niños o adolescentes en tratamiento psicológico consistente de tres o cuatro sesiones por semana. La mayoría de nuestros pacientes menores reciben tratamiento una o dos veces por semana. En nuestro medio, la mayor parte de los pacientes niños y adolescentes son tratados por psicoterapeutas psicoanalíticamente orientados.

Las características que destacan al psicoanálisis de adultos no son principales, en igual forma, tratándose del psicoanálisis de niños y de adolescentes. Por ejemplo, el psicoanálisis del adolescente llega, en algunos casos, según algunos autores (Gitelson,

1948), a incluir interpretaciones dirigidas a descontaminar las actitudes y conductas presentes de determinantes infantiles transferidos; pero esto no es lo más importante e inmediato en el tratamiento psicoanalítico del adolescente.

En el Curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Facultad de Medicina de la UNAM seguimos insistiendo en la necesidad de que el estudiante tenga experiencia práctica de la psicoterapia dinámica bajo supervisión, no sólo con el objeto de desarrollar vocaciones en el campo de la psicoterapia, ni porque la psicoterapia⁴⁶ siga siendo considerada como una modalidad de tratamiento esencial en el campo de la psiquiatría infantil,⁴⁷ sino porque tenemos la convicción de que dicha práctica despertará la sensibilidad del futuro psiquiatra de niños, le dará un conocimiento del aparato psicológico infantil y le ayudará a comprender la interacción psicodinámica del niño con los adultos que lo rodean. Tenemos, también, la convicción de que el psiquiatra con experiencia en psicoterapia podrá extender sus talentos, así desarrollados, al resto de sus pacientes en general y a las familias que recurran a él para orientación.⁴⁸ Mientras estuvimos a cargo de la Coordinación del Adiestramiento en Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de la UNAM nos encargamos de que lo anterior se cumpliera a pesar de las resistencias que ponían las autoridades.

El conocimiento del desarrollo psicológico humano, base de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada, promueve en el especialista convicciones que respaldan técnicas psicoterapéuticas directivas concretas que tienen aplicación en las instituciones psiquiátricas. Las convicciones así alcanzadas se ponen en juego cuando se orienta a una madre a estimular a su hijo pequeño, o a contarle cuentos a su niño de cuatro o cinco años al tiempo de dormirse. Estas *manipulaciones* terapéuticas del medio familiar han probado ser de gran utilidad en la promoción del desarrollo familiar e individual del niño y del adolescente.

⁴⁶ Por *psicoterapia* entendemos, siguiendo los conceptos de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, las diferentes clases de terapia que incluyen las *psicoterapias* psicodinámicas, el psicoanálisis, las terapias cognoscitivas conductistas, la terapia familiar y la de grupo. En la misma línea, la psicoterapia se ha definido como un tratamiento basado en un modelo teórico de funcionamiento psicológico, su relación con las condiciones patológicas y el malestar subjetivo y la forma en que las relaciones y la comunicación pueden modificarlos (López D., 2000.)

⁴⁷ *Psychotherapy as a Core Competence of Child and Adolescent Psychiatrist. Policy Statement*, American Academy of Child and Adolescent Psychiatrist, Approved by Council. June 1998.

⁴⁸ Los conceptos psicoterapéuticos, incluyendo los psicodinámicos, han de ser parte conceptual integral del psiquiatra infantil en todas sus actividades profesionales, incluyendo la prescripción de psicofármacos. Ésta es una de las características que lo diferencian del pediatra y del neurólogo. Los conocimientos en biología, fisiología, patología y demás dominios de la medicina, lo diferencian de otros proveedores de salud mental (referencia en la cita anterior).

Bibliografía

- Aichhorn, A. (1925), *Wayward Youth*, Nueva York, Viking Press, 1948.
- Axline, V. (1947), *Play Therapy*, Nueva York, Ballantine.
- Dallal, E. (1993), México, El juego. Entre el psicoanálisis y la psicoterapia, . Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y de la Adolescencia *La importancia del juego en el desarrollo humano*. "IV Congreso Nacional" Memoria.
- Emde, R. N. (1988), "Development Terminable and Interminable II. Recent Psychoanalytic Theory and Therapeutic Considerations", *Int. J. Psycho-Anal* num. 69, pp. 283-296.
- Ekstein, R. (1979), "Psychoanalysis", en Noshpitz J., *Basic Handbook of Child Psychiatry*. Nueva York, Basic Books, tomo 3, pp. 21-35.
- Fendrik, S. I. (1988), *Psicoanálisis para niños. Ficción de sus orígenes*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Fonagy, P. (1998), "Changing Aims of Child Psychoanalysis: the Interface with Empirical Data", Trabajo presentado en la Scientific Meeting of the Association for Child Psychoanalysis. Cancun, México, abril de 1998. También P. Fonagy y M. Target (1997), "Nuevos apuntes sobre la psicología infantil: la interface con la información empírica", *Cuadernos de Psicoanálisis*, 30: pp. 217-241.
- Freud, A. (1926), *The Psycho-Analytical Treatment of Children*, Londres, Imago Publication, 1946.
- Freud, S. (1936), *The Ego and the Mechanisms of Defense*, Nueva York, International Universities Press, 1966. También: *El Yo y los mecanismos de defensa*, Buenos Aires, Paidós, 1977.
- _____(1887-1902), "Fliess'spapers".Standar Edition, 1: 173. Nueva York, International Universities Press, 1950. También "Cartas a Wilhelm Fliess", manuscritos y notas de los años 1887 a 1902, *Obras Completas*, 3: 585-770, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1900), "The interpretation of dreams". *Standard Edition*, 4 y 5. Londres, Hogarth Press, 1953. También "La interpretación de los sueños", *Obras Completas*. 1: 231-584, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968.
- _____(1905), "Three Essays on the Theory of Sexuality", *Standard Edition*, 7: 125-245, Londres, Hogarth Press, 1953. También "Una teoría sexual", *Obras Completas*, 1: 771-824, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968.
- _____(1909), "Analysis of a Phobia in a Five-Year Old Boy", *Standard Edition*. 10, Londres, Hogarth Press. También "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", *Obras Completas*, 2: 658-715. Madrid, Biblioteca Nueva, 1968.

- _____(1920), "Beyond the Pleasure Principle". *Standard Edition*, 18: 3-64, Londres, Hogarth Press, 1955. También "Más allá del Principio del Placer", *Obras Completas*, 1: 1097-1125, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968.
- _____; J. Breuer, (1895), "Studies on hysteria". *Standard Edition*, 2: 1-305, Londres, Hogarth Press, 1955.
- Ginot, H. G. (1964), "The Theory and Practice of "Therapeutic Intervention" in Child Treatment", en M. Haworth (ed), *Child Psychotherapy*. Nueva York, Basic Books, 1.
- Gitelson, M. (1948), "Character Synthesis: the Psychotherapeutic Problem of Adolescence", *Am. J. of. Orthopsych.* 18: 422-431.
- Greenacre, P. (1950a), "Prepuberty Trauma in Girls", *Psychoanal. Quart.* 19: 298-317.
- _____(1950b), "Special Problems of Early Female Sexual Development", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5: 122- 138, Nueva York, International Universities Press.
- _____(1952), *Trauma, Growth, and Personality*.; Nueva York, International Universities Press, 1969.
- Harrison, S. (1979), "Child Psychiatry Treatment: Status and Prospects", en J. Noshpitz. *Basic Handbook of Child Psychiatry*, Nueva York, Basic Books, Tomo 3, pp. 3-20.
- Hartmann, H. (1939), *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. Nueva York, International Universities Press, 1958. También *La psicología del Yo y el problema de adaptación*, Nueva York, International Universities Press, 1958. También *La psicología del Yo y el problema de adaptación*, México, Pax, 1974.
- Hinshelwood, R. D. (1999), "Countertransference", *Int. J. Psychoanal.*, 80: 797-818.
- _____(1955), "Notes on the Theory of Sublimation", *The Psychoanalytic Study of the Child*. 10: 9-29, Nueva York, International Universities Press.
- Hud-Hellmutb, H. (1913), *A Study of the Mental Life of the Child*, Washington, D.C., Nervous and Mental Disease Publishing Company, 1919.
- Klein, N. (1932), *The Psychoanalysis of Children*, Londres, Hogarth Press.
- Kris, E. (1955), "Neutralization and Sublimation", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10: 30-46, Nueva York. International Universities Press.
- López, D. (2000), "Child and Adolescent Psychiatry is not Only Meds", en Jerry Wiener Resident Column, *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry News*, 31:155-157.
- Mahler, M. (1945), "Child Analysis", en N. D. C. Lewis y B. Pacella, *Moder Trends in Child Psychiatry*, Nueva York, International Universities Press, p. 265-289. (1975), "Symbiosis and Individuation: the Psychological Birth of the Human Infant", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29: 89-106, Nueva York, International Universities Press.

- Moustakas, C. E. (1959), *Psychotherapy with Children*, Nueva York, Harper & Row.
- Solorzano, N. (1990), "El Centro de Orientación Psicológica de la Universidad Iberoamericana", *Revista del Departamento de Psicología*, 3:51-55.
- Woltmann, A. (1969), "Concepts of Play Therapy Techniques", en M. Haworth (ed), *Child Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.

II

Aspectos generales de la técnica psicoanalítica

Ramón Parres Sáenz

En este capítulo se presenta una visión panorámica de cómo surgió la técnica psicoanalítica hace poco más de cien años, en las postrimerías del siglo XIX, en una época de grandes desarrollos y descubrimientos de la medicina. Se habían olvidado un poco los problemas emocionales de los seres humanos, daba pena hablar de emociones y de sentimientos, y por mucho tiempo todo debía ser "científico", verificado y comprobado.

En este texto se delinea el desarrollo histórico de los descubrimientos de Sigmund Freud que conducen a la creación de la disciplina psicoanalítica, y cómo paulatinamente se fueron descubriendo los diferentes elementos que constituyen la estructura del psicoanálisis como teoría, a raíz de su experiencia y el examen de su conflictiva personal, que lo llevan a la comprensión de otros seres humanos que sufrían y que tenían conflictos personales semejantes o parecidos a los suyos.

Fue muy natural que Freud entrara al campo de la psicología médica por la puerta principal de la terapéutica, tal como lo anota Zilboorg (1941). Conocía muy bien el laboratorio, que por mucho tiempo amenazaba ser la única fuente de conocimiento de la mente del hombre. Su primer trabajo fue en neuroanatomía que en ese entonces se llamaba neuropatología. La historia de su desarrollo científico es muy instructiva y demuestra la transición hacia una nueva época más claramente que la historia de cualquier científico de nuestro tiempo. Ninguno puede decirlo mejor que él mismo (véase

su autobiografía).¹ Freud, debido a necesidades personales, había dejado el laboratorio e ingresado a la práctica privada, urgido indudablemente por la situación económica, estableciéndose en el consultorio de su amigo Breuer.

En 1895 Breuer relató un incidente en el tratamiento de una joven que sufría de una variedad de síntomas físicos y emocionales

fue durante el verano, en una época muy calurosa, la paciente sufría de mucha sed; sin poderse explicar, se dio cuenta que no podía beber. Tomaba el vaso con agua, pero en cuanto tocaba sus labios, lo rechazaba, como alguien que sufriera hidrofobia [...] esto había durado unas seis semanas, cuando un día en una sesión hipnótica rezongó sobre su dama de compañía inglesa, que no le caía nada bien, describió con gran disgusto y enojo cómo, en una ocasión, había entrado al cuarto de ella y su horrendo perro había bebido agua de un vaso. La paciente no había dicho nada, queriendo ser amable. Después de dar rienda suelta a su coraje, se hizo hacia atrás y pidió algo para beber, y bebió una gran cantidad de agua sin ninguna dificultad, y despertó de la hipnosis con el vaso en sus labios, y de ahí en adelante el trastorno desapareció y nunca volvió a presentarse. (Breuer y Freud, 1895, pp. 34-35).

A partir de estas primeras observaciones sobre la desaparición de los síntomas histéricos debido simplemente a la comunicación verbal entre el paciente y el médico, en el caso ya famoso de Anna O., Breuer hizo el descubrimiento de que tanto los síntomas físicos como los psicológicos podían desaparecer cuando el paciente, bajo hipnosis, verbalizaba su pensamiento y sus sentimientos. Anna describió este método como la "cura por la palabra".

Breuer inició el tratamiento de Anna en diciembre de 1880 y lo terminó en junio de 1882. Esta decisión fue debida principalmente a los celos de su mujer, a quien había relatado el caso. Quizá también por sus propios sentimientos hacia su paciente. La liga con Breuer era tan intensa, que Anna no pudo tolerar la separación y ese mismo día tuvo un ataque histérico simbolizando un parto a la terminación de un embarazo imaginario. Pudo calmar a su paciente hipnotizándola, pero su molestia fue tan grande por este incidente que al día siguiente se fue de viaje con su mujer a Venecia.

Este caso impresionó considerablemente a Freud; por su interés científico, y posiblemente también por su temperamento sexual, la historia de esta paciente lo atraía especialmente (Chertok 1979).

¹ Freud S., *An Autobiographical Study* (1925). S. E. vol. 20, pp. 32-33.

Sabemos que Freud era un tanto austero en esta área, pues aparte de un romance platónico con Gisela Fluss a los 16 años, nunca tuvo ninguna aventura amorosa hasta que se comprometió y casó.

En el caso de Anna O., Freud descubrió dos grandes problemas, relacionados entre sí, que fueron importantes para definir el curso de su orientación profesional: la histeria y la hipnosis. No estaba muy inclinado por su temperamento a enfrentarse a estos problemas, cuya sola mención despertaba sospecha y desconfianza, a tal grado que a la histeria se la consideraba como una impostura, no digna de estudio científico.

La hipnosis tenía una reputación peor desde hacía ya casi un siglo. El mérito de Freud radica en que logró vencer estos prejuicios imponiendo su interés y curiosidad científica, con lo cual venció sus obstáculos internos y externos.

Su curiosidad y el impacto de estas impresiones en su trabajo lo llevan a París, donde estudia con Charcot en la Salpêtrière.

Breuer ya empleaba un método que consistía en dejar hablar al paciente bajo hipnosis, y mientras lo hacía el paciente desplegaba una gran cantidad de emociones.

Freud, muy entusiasmado, comunicó este hecho a Charcot, quien no le dio importancia. A su regreso a Viena volvió a trabajar con Breuer, y después de su viaje a Nancy empleó el método de éste. No se hacían sugerencias a los pacientes, la hipnosis era sólo para permitir al paciente la expresión libre de sus ideas y para que descargara sus emociones, relacionadas con sus recuerdos y fantasías. Debido a la regularidad de la descarga emocional, al método se le llamó *catártico*. En 1893 apareció un artículo de Breuer y Freud llamado "Los mecanismos psíquicos del fenómeno histérico", y en 1895 su libro *Estudios sobre la histeria*; éste marcó el descubrimiento del inconsciente. Vale la pena anotar que el descubrimiento antecede por tres años a la publicación del libro de Kraepelin, donde se presentó la formulación de la Demencia Praecox. Este descubrimiento se hizo en una paciente neurótica y se realizó por medio de una prueba terapéutica exitosa. Ésta fue la primera vez en la historia de la psicología médica que un agente terapéutico lleva al descubrimiento de la causa de la enfermedad y al mismo tiempo trata de removerla. Fue la primera vez en la historia de la psicopatología que la causa de la enfermedad, los síntomas generados por ella, y el agente terapéutico que la revela y remueve, se combinaron en una sucesión de factores. Sin embargo, no estamos seguros de que el significado de este hecho histórico haya sido adecuadamente apreciado. Fue esta combinación la que transformó la psicopatología clínica en una disciplina médica verdadera, por la incorporación de la neurosis y la psicosis al campo de la investigación científica y el tratamiento (Zilboorg, 1941, p. 487).

Freud descubrió también que podía no usar la hipnosis y la sugestión. Dejando hablar al paciente libremente podía vencer los obstáculos para la comunicación y para

recordar. Este método resultó ser más efectivo y se le llamó de la *asociación libre*; al método de analizar e interpretar lo que el paciente decía y hacía se le llamo *psicoanálisis*. Como ya se mencionó, Anna se refirió a este método como "la cura por la palabra", lo que crea e inspira las investigaciones de Freud que lo llevan al descubrimiento del psicoanálisis y a la formulación de los conceptos teóricos y técnicos en que se basan las principales formas o modalidades de tratamientos psicoterapéuticos que se practican en la actualidad.

Las técnicas terapéuticas se derivan de las formulaciones teóricas sobre el desarrollo de la personalidad y pueden influir en los datos obtenidos en el trabajo terapéutico. En sus primeros intentos para tratar a sus pacientes, Freud emplea la experiencia que había obtenido con la hipnosis: primero utilizó la sugestión hipnótica y años más tarde la hipnosis catártica. Sin embargo no todos los pacientes eran hipnotizables; este hecho da pie para que surjan las teorías de la represión y la resistencia en sus primeros años de trabajo.

El problema de la resistencia lleva a Freud a utilizar el método de la asociación libre, que llega a constituirse como la regla básica de la terapia psicoanalítica. Este método fue diseñado para sobreponerse a las dificultades que representaba revelar los pensamientos dolorosos y los sentimientos que se habían reprimido. Ésta es una aventura entre el paciente y el terapeuta: se le pide al paciente que diga todo lo que se le viene a la mente: deseos, sentimientos, sensaciones, recuerdos. La actitud del terapeuta y sus responsabilidades son parte integral del método.

La tarea de la asociación libre encuentra dificultades que se oponen a ella, de las que el paciente no se da cuenta, es decir, son inconscientes. Éstas son las resistencias que interfieren con la libre asociación, que es sólo *libre* en lo que se refiere a la intención del paciente de comunicarse sin reserva. Esta técnica fue el instrumento básico para dilucidar los elementos conscientes e inconscientes en los estados neuróticos. Al tener acceso a las resistencias, una meta sería permitir al paciente una mejor comunicación, expresada en la capacidad para pensar, para sentir, para recordar. Esta nueva libertad en la comunicación representa ya una ganancia, pues se acompaña de efectos benéficos en el paciente.

En un principio, Freud apoyaba la etiología sexual en las neurosis, posteriormente abandonó la idea de un trauma sexual verdadero en favor del efecto de la fantasía en el desarrollo de la personalidad. Esto significó un cambio teórico importante y permitió que la técnica del psicoanálisis cambiara de meta, (la del descubrimiento del trauma sexual) y se dirigiera más a liberar los instintos sexuales y agresivos que habían sido reprimidos durante el desarrollo. Esto requería recobrar los recuerdos infantiles para permitir que las emociones, que acompañaban a la represión, fueran experimentadas conscientemente.

En el curso de su trabajo, Freud descubre otro elemento que adquiriría gran importancia y un papel central en el tratamiento: la transferencia. Vale la pena, aunque sea brevemente, relatar cómo ocurre este descubrimiento. Freud decide abandonar la hipnosis por varias razones, pero la fuerza motivacional más importante, como lo anota Chertok y De Saussure (1979), fue el famoso episodio en el que una paciente le da un cálido y amoroso abrazo; Freud describe el incidente de la siguiente manera:

Un día tuve una experiencia que me mostró en una forma muy clara y cruda algo que había sospechado y se relaciona con una de mis pacientes más consentidas, con quien el hipnotismo me había permitido obtener resultados maravillosos, y a quien trataba de ayudar con su sufrimiento, tratando de encontrar el origen de sus ataques de dolor. Al despertar, me echó los brazos al cuello. La entrada repentina al cuarto de una sirvienta, nos liberó de una discusión dolorosa; de ahí en adelante, hubo el entendimiento tácito entre los dos, de que el tratamiento hipnótico debería descontinuarse. Fui lo suficientemente modesto para no atribuir el evento a mi irresistible atracción personal, y me di cuenta de la naturaleza del misterioso elemento que existía en el hipnotismo, para excluirlo a toda costa fue necesario abandonar el hipnotismo. (Freud, 1925, p. 27).

Desde el momento en que Freud se negó a admitir que la conducta de su paciente podía explicarse por su "irresistible atracción personal", parece haberse dado cuenta de la existencia de una tercera figura, interpuesta entre él y su paciente. Lógicamente este hecho debe considerarse como el punto de partida que originaría el concepto de transferencia.

El fenómeno universal de la transferencia, que es la sobreimposición inconsciente de una relación en el pasado en una figura presente, se da regularmente en la actitud del paciente hacia el médico. Este descubrimiento es una de las contribuciones más importantes de Freud. Cuando él y Breuer preparan juntos los *Estudios sobre la histeria*, Breuer habló del fenómeno de la transferencia en los siguientes términos: "Pienso que esto es lo más importante que los dos tenemos para darle al mundo" (Freud, 1925, p. 80, citado por Chertok, 1979).

No hay duda de que ésta es una de las más grandes e importantes creaciones de Freud que puede servir como ayuda tanto como obstáculo al tratamiento; es decir, como resistencia a la asociación libre. Cuando se emplea e interpreta adecuadamente, es un instrumento muy valioso para la obtención del *insight* y para la autocomprensión. En la actualidad ha llegado a ser la piedra angular del tratamiento psicoanalítico, de ahí que lo más importante sea su manejo en la actividad terapéutica.

Cada descubrimiento trajo como consecuencia cambios en la formulación teórica de la disciplina psicoanalítica y también modificaciones en la técnica, al abrir y ampliar

nuevas avenidas en su campo de acción. Por ejemplo, sabemos que los principios terapéuticos derivan de la hipótesis de que las neurosis son el resultado de la represión, que cuando este hecho entra al campo de la conciencia produce el alivio de los síntomas. Así pues, de 1900 a 1920 el tratamiento estaba considerado principalmente para la revivificación emocional de las experiencias pasadas que habían estado reprimidas. Después de los años veinte Freud modificó muchas de sus concepciones teóricas. Por ejemplo, un agregado importante fue el reconocimiento de otras variedades de defensa aparte de la represión, tales como la regresión, la sublimación, la proyección, etc. Otra de las grandes contribuciones de Freud fue su estudio sobre los sueños. Su magna obra *La interpretación de los sueños* se publicó en 1900 y es, desde luego, causa de la gran popularidad que Freud alcanzó; desde el punto de vista técnico, se la consideró la vía regia de acceso a los procesos inconscientes, ofreciendo una visión más clara y mucho más amplia de sus contenidos. El análisis de los sueños pasa a formar parte integral del tratamiento psicoanalítico. La interpretación de los sueños, con los adelantos de la época, se transforma en un análisis motivacional de situaciones vitales donde se presenta un conflicto, que se expresa en términos de las actividades actuales y en la forma en que la sensibilidad, las presiones y las tensiones se revelan como una parte del conflicto neurótico. El sueño puede representar la satisfacción de deseos frustrados, pero en general expresa mucho más que esto. Se le ve como un proceso activo, como un intento de comunicar las luchas adaptativas por las que atraviesa el paciente. Con este enfoque, el sueño es una fuente muy valiosa de información de las actividades, conflictos y actitudes del individuo que tiene dificultades para expresarse durante la vigilia. El proceso del soñar es otra operación mental derivada de fuentes conscientes e inconscientes que intentan manejar los conflictos a través de la modalidad peculiar del empleo libre de símbolos, de la imaginación, etc., sin que interfieran restricciones actuales. Es de gran ayuda recordar que el soñante es el autor del sueño y que revela no sólo sus actitudes y puntos de vista, sino qué actúan los personajes que crea en su sueño.

El estudio de otros mecanismos de defensa llevó al analista a buscar las formas en que el paciente se defiende contra las fuerzas inconscientes, lo que le motivó a estudiar los factores externos que influyen en el individuo. Esto demandó un estudio más intenso de las actividades actuales para comprender sus resistencias y sus defensas; esta modalidad de trabajo fue el principio del estudio de la psicología del Yo. Las técnicas psicoanalíticas tradicionales incluyen la revivificación de la experiencia infantil, particularmente, las relacionadas a la sexualidad y al desarrollo libidinal, y la interpretación del inconsciente por medio del análisis de los sueños y el empleo de la asociación libre, en referencia especial a la transferencia y las defensas del Yo.

A partir de 1925, con nuevas concepciones teóricas y estudios sobre el proceso del desarrollo, surgieron alteraciones en la técnica terapéutica. Estas modificaciones fueron de Freud tanto como de sus estudiantes y seguidores, y van del análisis de los síntomas al análisis de la estructura del carácter.

Este cambio de énfasis, de la reconstrucción genética del pasado a la experiencia emocional vivida en la relación terapéutica, fue estudiado por Ferenczi, Rank, Alexander y los interesados en la psicología del Yo. Este enfoque, que no descarta la reconstrucción histórica, pone énfasis en el *insight* y el aprendizaje, resultado de la repetición de viejas pautas de conducta en el contexto terapéutico, en donde el terapeuta se conduce en forma distinta de los padres u otras figuras significativas en la vida del paciente. El concepto del desarrollo como adaptación está implícito en esta concepción, que es un aspecto y factor dominante en la terapia dinámica. De ahí que la estructura del carácter del individuo, que es la forma especial en que organiza sus defensas en contra de la angustia, se transforme en el foco predominante de la terapia analítica. Muchas de las alteraciones técnicas se derivan de la concepción de la neurosis, y al elaborar la estructura del carácter es necesario obtener una visión comprensiva de cómo funciona y se adapta el individuo a la situación presente. Esto demanda un examen de la situación contemporánea para identificar las áreas de angustia y las formas en que el individuo las maneja.

El tratamiento del carácter se conduce en una forma más activa, con metas que son más claras para el paciente. El papel del analista cambia de un facilitador en revivir la experiencia pasada, a un colaborador participante en el examen de la estructura neurótica. Esto permite al paciente reconocer sus distorsiones en el trato con otros, que están fuera de sus reacciones transferenciales.

La transferencia comprende también el reconocimiento de muchas otras personas, además de las figuras parentales que son importantes en el proceso de desarrollo del individuo. Así pues, no es simplemente una repetición o transferencia de sentimientos, es un proceso dinámico que representa y reproduce el efecto de las experiencias tempranas en la conducta actual.

La actitud y la responsabilidad del terapeuta en el tratamiento, más que en ningún otro campo de actividad terapéutica en las terapias psicoanalíticas, definen la participación de la persona del analista como esencial y significativa (Parres, 1996). En otros campos el diagnóstico se ha refinado a grado extremo; en el campo de la psicoterapia continúa y permanece la impresión que da la historia clínica del paciente y el encuentro clínico relacional. El progreso en este campo está dado, principalmente, por nuevos conocimientos sobre las condiciones clínicas a tratar y por una mejor comprensión de la naturaleza del proceso terapéutico. De ahí que la preparación del terapeuta psicoanalíti-

co deba extenderse al área de su vida personal (véase el capítulo de la formación del especialista).

La meta de la preparación psicoanalítica es hacer que el terapeuta trabaje desde la posición analítica, que es una mezcla de objetividad e involucramiento que puede caracterizarse en tres formas: neutralidad, anonimidad y abstinencia (Kris, 1997).

La neutralidad se refiere al absoluto respeto por el derecho del paciente de hacer y tomar sus propias decisiones. La tarea de permanecer neutral en medio de la inmersión de la experiencia mutua en el proceso terapéutico requiere de gran preparación, especialmente en el reconocimiento de las reacciones contratransferenciales.

La anonimidad se refiere a la obligación del analista (y de cualquier terapeuta) de hablar solamente al servicio de las metas del paciente, de no invadir el campo terapéutico con autorrevelaciones. Al igual que la neutralidad, la anonimidad no indica desinterés o indiferencia; tampoco implica secreto, significa que aunque el paciente exprese intensos deseos de satisfacción, el analista no debe abandonar su postura analítica, especialmente ante deseos inconscientes derivados de experiencias anteriores, es decir, en la relación transferencial. El analista debe mantener su postura analítica.

Abstinencia es neutralidad con respecto a los deseos del paciente en general. Aunque el tratamiento asiste al paciente en la búsqueda de la satisfacción de sus deseos, el terapeuta no debe proveerle gratificación directa, así como tampoco utilizarlo para satisfacer los deseos propios.

Un resultado importante y de gran significación de la participación del analista en el proceso del tratamiento fue el reconocimiento y exploración del papel de la contratransferencia. Freud reconoció, muy pronto en su trabajo, la influencia potencial de la personalidad del terapeuta en el proceso del tratamiento. Esto llevó a la necesidad de que todo terapeuta se psicoanalizara para conocer sus propias distorsiones y dificultades neuróticas. Freud se daba cuenta de la posibilidad de contratransferencia, pensaba que podía minimizarse o eliminarse por el manto de la anonimidad. Cada vez ha sido más claro que este manto de anonimidad es muy delgado y los elementos contratransferenciales que son inevitables en el proceso terapéutico pueden utilizarse en favor del tratamiento. La actitud del terapeuta hacia el paciente puede ser un instrumento muy importante para dilucidar la estructura caracterológica del paciente.

Así pues, la contratransferencia es el desplazamiento en el paciente de las actitudes y sentimientos derivados de la propia experiencia del terapeuta, de su mundo interior, incluyendo sus experiencias tempranas. El término *contratransferencia* se emplea algunas veces para referirse a todas las reacciones emocionales del terapeuta con el pacien-

te, y otras ocasiones sólo a las reacciones que se derivan de las reacciones inconscientes del terapeuta, algo semejante a la transferencia en el paciente.

Podemos hacer algunas distinciones útiles respecto a la contratransferencia en relación con el paciente, diferenciar los siguientes aspectos: la comprensión intelectual, basada en la información del paciente y en el conocimiento del terapeuta; una respuesta general a la persona del paciente; la respuesta transferencial del terapeuta hacia el paciente, es decir, la reacción inconsciente, basada en el papel que el paciente asigna al terapeuta en la transferencia; también podemos considerar la identificación empática con el paciente. En estos términos la contratransferencia incluye tanto la transferencia del terapeuta como su contratransferencia inconsciente.

Originalmente se pensó en la contratransferencia sólo como factor de interferencia en la interacción terapéutica. En la actualidad la opinión ha cambiado bastante, pues ahora se la piensa como proporcionando indicaciones sobre el inconsciente del paciente o las distorsiones de la relación terapéutica. Por un lado, estas reacciones pueden actuar sobre el terapeuta interfiriendo con su trabajo, y en otras transformarse en valiosos instrumentos para la comprensión de su paciente, dando una visión más diáfana al proceso terapéutico.

Es obvio que al terapeuta no le gustan todos sus pacientes por igual. En algunos puede reconocer su interés y afecto, y con otros sentirse enojado o indiferente. De ahí que éste sea un campo muy delicado en el trabajo terapéutico, ya que supone una buena experiencia en el manejo de estas situaciones y, cuando se le emplea adecuadamente, puede facilitar el proceso terapéutico. Es muy importante el papel que desempeña la supervisión, sobre todo en los terapeutas en formación o con poca experiencia (véase el capítulo de la formación del especialista).

El modelo psicoanalítico de la mente es una invención de Sigmund Freud; en las líneas anteriores he anotado en forma muy esquemática el desarrollo de las ideas que lo llevaron a la creación del psicoanálisis.

El modelo psicoanalítico de la mente describe y explora las experiencias mentales, tales como los sentimientos, pensamientos, deseos, miedos, fantasías, recuerdos, actitudes y valores. Toda esta amplia gama de experiencia mental ha tratado de comprender la interacción de estas experiencias entre sí: cómo surgen de otras anteriores tempranas y cómo se transforman durante el proceso del desarrollo. Trata también de comprender su contribución a la conducta normal y patológica. Describe las estructuras, las funciones y el proceso que organiza la vida mental del individuo, basándose en las motivaciones, el conocimiento, el afecto, la representación, la memoria, la integración, el desarrollo, la adaptación y el significado. Aunque describe las experiencias mentales en sus propios términos, trata siempre de ser consistente con el conocimiento sobre las funciones

cerebrales, la cultura en general, la dotación y la experiencia que se deriva de la neurobiología y de las ciencias sociales.

El modelo psicoanalítico de la mente, según apuntan Auchincloss y Glick (1997), puede verse sencillamente como una forma sofisticada de lo que todos los seres humanos hacemos intuitivamente, en nuestros esfuerzos para entendernos y dar sentido y valor al mundo en que vivimos. La creación de modelos es parte de nuestra capacidad innata para entendernos unos a otros, algo que necesitamos para sobrevivir en el mundo interpersonal.

Este modelo psicoanalítico proporciona al clínico un buen instrumento para entender la interacción con sus pacientes, organizar la experiencia de la comunicación con ellos, con la forma de relacionarse, crear una imagen de su mundo interior que nos permita entender la situación presente, quizá poder predecir las respuestas y planear las intervenciones terapéuticas.

Los elementos básicos de este modelo son el determinismo psíquico y el inconsciente dinámico. El principio del *determinismo psíquico* establece que todos los eventos psicológicos pueden entenderse como resultado de otros eventos psicológicos anteriores a través de un proceso causal. Las relaciones causa-efecto son tan importantes para los eventos psicológicos como para los eventos físicos. Esto no implica la idea de que los eventos mentales no son el producto de la actividad cerebral, sino que solamente establece el campo de la actividad mental como sujeto de estudio científico, obedece a sus propias leyes y no es simplemente un producto sin sentido de la actividad cerebral.

El determinismo psíquico establece que todos los eventos mentales están determinados por otros eventos mentales. La suposición de que todos los eventos mentales tienen significado afecta profundamente en la forma en que el clínico escucha a sus pacientes, que demanda una atención constante y alerta ante el fluir de los sentimientos y los pensamientos para poder entenderlos adecuadamente. También establece que no hay discontinuidad en el funcionamiento de la actividad mental y que este funcionamiento ocurre sin que nos demos cuenta de él. Esto condujo a Freud a la noción del *inconsciente dinámico*, que es el otro elemento básico del modelo psicoanalítico de la mente. Freud consideró que era la proposición más importante y fundamental, única del psicoanálisis; la idea de que las fuerzas dinámicas inconscientes tienen un impacto profundo en nuestras vidas. Además gran parte del funcionamiento inconsciente ocurre sin que nos demos cuenta, es decir, no estamos conscientes de este proceso, pero continúa siendo una fuente importante de motivación que determina la conducta. El conocimiento de los procesos mentales inconscientes antecede a los conocimientos psicoanalíticos.

pero su valor principal radica en la concepción dada por Freud sobre *su poder dinámico*, que significa, como mencionamos con anterioridad, que en nuestra mente operan fuerzas poderosas, sentimientos y deseos sin que nos demos cuenta de ello.

Otro elemento básico en las hipótesis psicoanalíticas del modelo es *el punto de vista motivacional*, que establece que toda conducta surge de deseos o necesidades inherentes a la estructura constitucional del organismo —en psicoanálisis éste se organiza alrededor de los impulsos—; así pues, la mente es puesta a trabajar por la presión de los impulsos, para su satisfacción, y por lo tanto es capaz de actividad espontánea y no solamente reacciona a los estímulos. Todo este funcionamiento ocurre guiado por el principio del placer y del dolor.

El conflicto psíquico: en un momento dado, la conducta de un individuo es el resultado de deseos en conflicto, o del conflicto entre deseos y prohibiciones, que a través de defensas y compromisos se nos expresan en la conducta.

El punto de vista genético: toda conducta puede entenderse en términos de la historia individual de los estadios epigenéticos del desarrollo, determinada por la naturaleza de los impulsos, las estructuras psíquicas y su interacción con el ambiente. Toda conducta es parte de una continuidad de eventos que puede trazarse desde la infancia más temprana. Lo genético se refiere a la internalización de la realidad psíquica del individuo y puede no estar de acuerdo con eventos actuales, como podría percibirlos un observador externo.

El punto de vista social y adaptativo: el ser humano hace con preadaptaciones constitucionales al ambiente social humano y todas las conductas reflejan una serie de adaptaciones jerárquicas a las demandas cambiantes de la realidad durante el proceso de desarrollo. Las motivaciones son creadas por las demandas de la cultura y por los impulsos.

El modelo psicoanalítico de la mente se ha desarrollado progresivamente durante los últimos cien años, conservando, dentro de su cuerpo teórico, las hipótesis básicas, mismas que encontramos funcionando en los diferentes enfoques psicoanalíticos en la actualidad, lo que nos podría llevar a cuestionarnos, como lo hizo Wallerstein, si existen uno o muchos psicoanálisis.

La experiencia contemporánea nos ha mostrado la utilidad y la complementaridad de los diferentes enfoques teóricos que han dado una mayor riqueza al psicoanálisis, así como también ampliado considerablemente el rango de sus indicaciones terapéuticas, siendo susceptible su aplicación en diferentes modalidades terapéuticas y también a cuadros psicopatológicos que en un principio se consideraban como inabordables dentro del psicoanálisis.

También la influencia del modelo psicoanalítico de la mente ha contribuido ampliamente en la indicación de los tratamientos farmacológicos.

En su desarrollo este modelo comienza, como se anota en líneas anteriores, con los elementos básicos de la teoría psicoanalítica, iniciándose con el determinismo psíquico y el concepto del inconsciente dinámico, al que progresivamente se le fueron agregando la aplicación de los diferentes enfoques teóricos. Freud decía que el modelo psicoanalítico de la mente debía entenderse como una "superestructura especulativa, que podía abandonarse o cambiarse, sin pena ni lástima, en el momento que se demostrara que era inadecuada" (véase autobiografía).²

Auchincloss y Glik comentan que Freud, en sus 45 años de escribir sobre psicoanálisis, propuso muchas conceptualizaciones sobre el funcionamiento mental, cambiando de una teoría a otra cuando sus modelos fallaban para entender y explicar nuevos hallazgos en el trabajo clínico. Esto lo continúan haciendo todos los psicoanalistas, a tal grado que ahora contamos con diferentes modelos psicoanalíticos del funcionamiento mental, que más bien coexisten y explican diferentes aspectos del funcionamiento. En la actualidad el psicoanálisis continúa en la tradición que iniciara Freud, que dio a sus investigaciones una gran amplitud abarcando casi todos los aspectos de la condición humana, inspirándose desde los clásicos griegos hasta las neurociencias de su época.

Después de esta visión panorámica y un tanto esquemática del psicoanálisis, veamos en forma semejante los procesos terapéuticos en la clínica psicoanalítica, en aquellos aspectos que son comunes a todas las formas de terapias psicoanalíticas.

El terapeuta es también responsable de proporcionar las condiciones adecuadas para la práctica clínica psicoanalítica en sus diferentes modalidades: individual, de grupo, de pareja, de familia y para el tratamiento de los niños. Tiene que contarse con un espacio tranquilo, adecuado, agradable, que ofrezca además la privacidad indispensable para el trabajo terapéutico. También debe contemplarse la estructuración de un horario pertinente, en cuanto a citas, puntualidad, los arreglos económicos respecto al pago de los honorarios, y en forma muy prominente la seguridad de la confiabilidad.

Con relación a los aspectos comunes que comparten todas las modalidades de tratamiento, las consideraremos alrededor del eje que representa el proceso terapéutico,³ y son: la relación entre el diagnóstico y la forma indicada de tratamiento; la relación tera-

² Freud S., *op. cit.* pp. 32-33.

³ Véase el capítulo sobre el proceso terapéutico. Para una información más amplia sobre este tema véase "El proceso psicoanalítico", editado por J. Vives, publicado por la Asociación Psicoanalítica Mexicana y Plaza y Valdés, México. 1997.

péutica; la regresión; las resistencias y la elaboración; las metas terapéuticas y los problemas éticos relacionados con la experiencia terapéutica.

El aspecto diagnóstico (véase el capítulo sobre la evaluación) es esencial e indispensable en toda práctica terapéutica, pues es el instrumento que guía la intervención durante todo el proceso terapéutico. Debemos recordar que no existe una sola forma de tratamiento que sea adecuada para todos los pacientes, y para proceder lo más cercano posible a las condiciones ideales de trabajo, lo mejor es la creación de un *tratamiento a la medida* de cada paciente. Todo enfoque científico al tratamiento de los trastornos emocionales debe estar basado en un conocimiento sobre la eficacia de las diferentes modalidades terapéuticas para las distintas manifestaciones psicopatológicas. No se trata simplemente de poner una etiqueta clasificatoria, sino de tener un conocimiento amplio y global del ser humano en sufrimiento que está en busca de ayuda. Es importante recordar que esta actividad diagnóstica se continúa a lo largo del tratamiento, debido a los cambios que la misma terapia produce o no en el individuo. También esta actividad diagnóstica es útil para la valoración de los diferentes estadios del proceso terapéutico.

La relación terapéutica, aunque diseñada en las líneas del tratamiento médico, debido a sus énfasis en el diagnóstico y a la significación de la relación con el paciente, difiere sustancialmente, pues en el proceso terapéutico psicoanalítico se convierte en el factor primario en el tratamiento. La calidad, la cualidad y la naturaleza de la relación terapéutica puede favorecer la actividad terapéutica o también echarla a perder.

Los aspectos más significativos de la relación terapéutica son la alianza terapéutica, la transferencia y la contratransferencia. Estos tres aspectos son comunes a todas las formas de tratamiento psicoterapéutico (véanse los capítulos de tratamiento de niños, adolescentes, de las terapias de grupo, pareja y familia, donde adquieren formas específicas de manejo y utilización): en los tratamientos individuales adquieren gran relevancia ya que son el foco principal de la actividad terapéutica.

La alianza terapéutica, según anota Nicholi (1988) en una revisión a esta temática, se refiere a todos aquellos aspectos de la relación terapéutica que están basados en el deseo consciente e inconsciente del paciente de cooperar con el terapeuta en sus esfuerzos por ayudarlo. Esta noción de *alianza terapéutica* se desarrolla a partir de las funciones *yoicas* relativamente independientes de los impulsos. Se le han aplicado diferentes términos, como *alianza de trabajo*, *alianza terapéutica*, *contrato terapéutico*. Esta alianza comprende principalmente los aspectos conscientes, racionales, no neuróticos de la relación terapéutica, y está basada en el acuerdo de trabajar juntos, paciente-terapeuta, hacia un objetivo, básicamente las quejas que traen al paciente a tratamiento. Muy pronto, en el intento de establecer la alianza terapéutica, los elementos más maduros del Yo en el

paciente, se presenta una división en ambos lados de la alianza; en el paciente la división ocurre entre aquellos aspectos maduros y los que están envueltos en el proceso neurótico; en el terapeuta ocurre entre las funciones comprendidas en el proceso terapéutico y aquellas que están relacionadas con su propia neurosis, lo que puede hacer al terapeuta responder con angustia a sus impulsos inconscientes dentro de sí mismo y también en el paciente (Meissner, 1988). Esta alianza le permite al terapeuta hacer intervenciones específicas, tales como confrontaciones y clarificaciones. Además permite a ambos participantes experimentar, observar y superar obstáculos en el proceso terapéutico. El concepto de *alianza terapéutica* comprende varios componentes de la relación terapéutica y debe distinguirse de la transferencia y de los aspectos reales de la relación terapéutica.

La *transferencia* es el otro aspecto de la relación terapéutica. En líneas anteriores nos referimos a este fenómeno y cómo se originó en el pensamiento de Freud. Una definición general podría ser la siguiente: "es una repetición inconsciente, en una relación actual, de pautas de pensamiento, sentimiento y conducta que se originaron en una relación de objeto importante en la infancia y que están desplazadas hacia una persona en el presente" (Lane, 1986). Muchos autores, siguiendo las ideas de Freud, ven este fenómeno presente en todas las relaciones (Brenner, 1976), otros (Macalppine, 1950) lo ven como específico del psicoanálisis. Visto de esta manera se trata de algo inducido activamente en el contexto terapéutico que conduce a una adaptación regresiva produciendo la transferencia.

Estas pautas son anacrónicas y pertenecen a etapas tempranas que implican una regresión, por lo tanto son inapropiadas para la persona contemporánea, de modo que son inconscientemente desplazadas a una nueva relación de objeto. Solamente pensamientos derivativos, algunas actitudes, sentimientos y fantasías se expresan de una manera consciente. Esta definición contiene la noción de desplazamiento de un objeto a otro, de repetición del pasado, y de regresión como intrínseca en la definición de la transferencia. La aplicación inadecuada de ligas infantiles como modelo de la experiencia en relaciones nuevas produce distorsiones en la valoración, por el sujeto, de las personas con las que interactúa. Esto implica un trastorno en la percepción de la realidad dentro de los límites de la relación. Aunque estas reacciones transferenciales son breves tienden a ser repetitivas y estereotipadas en la nueva diada como con el terapeuta.

El estudio de la transferencia, a lo largo del proceso terapéutico, se convierte en el instrumento principal del trabajo terapéutico pues, al ir viendo sus diferentes modalidades, nos ilustra sobre la organización y estructura psicopatológica del paciente en tratamiento. Cuando estas reacciones se refieren especialmente al terapeuta, producen lo que

se llama *neurosis de transferencia*. Debido a la intensidad emocional de estas manifestaciones, se convierten en un fino instrumento terapéutico, pero también pueden transformarse en una poderosa resistencia (véase los capítulos respectivos de niños y adolescentes para las modalidades del manejo de las reacciones transferenciales).

La *contratransferencia* es otro elemento importante en la relación terapéutica que se refiere al desplazamiento en el paciente de actitudes y sentimientos derivados del mundo interno del terapeuta, incluyendo sus experiencias tempranas. Lane (*op. cit.*) la define en los siguientes términos: "...es una reacción inconsciente en el terapeuta de naturaleza regresiva, en donde los elementos de la neurosis del terapeuta, acompañados de las distorsiones hacia el paciente, surgen como respuesta a las necesidades y presiones ejercidas en el terapeuta por el paciente y por la transferencia del paciente hacia el terapeuta". En esta definición se le ve como una interferencia en el proceso terapéutico, produciendo en el terapeuta una visión distorsionada de su paciente.

Siguiendo a Kernberg (1965) en una visión más amplia, se incluyen la totalidad de las reacciones del terapeuta a los aspectos de la personalidad del paciente, al material que surge en el tratamiento y al paciente en el aquí y ahora de la relación. Esta visión contempla no sólo los recuerdos de los conflictos infantiles, sino la respuesta total hacia el paciente. Dichas reacciones, consideradas indeseables para el tratamiento (que pueden en verdad serlo), proporcionan al terapeuta información muy valiosa, desde sí mismo, en cuanto al origen de la patología de su paciente, sobre las representaciones inconscientes de sus objetos tempranos.

En esta visión más amplia, más total, pueden incluirse también aquellos aspectos sobre las actitudes del terapeuta como fuentes importantes de contratransferencia. Además de su neurosis y carácter, podríamos incluir su visión del mundo, las actitudes relacionadas con su generación, su estado socioeconómico, sus actitudes raciales y étnicas, hacia el sexo opuesto, sus inclinaciones políticas y sus convicciones religiosas y morales. Todo eso puede ser fuente importante de reacciones contratransferenciales, y si éstas se engranan con motivos inconscientes, incluyendo gratificaciones narcisistas de puntos de vista teóricos, afectan la neutralidad clínica del terapeuta y provocan reacciones distorsionadas de sus pacientes.

Así pues, la contratransferencia, que en un principio se pensó como una interferencia en la interacción terapéutica, puntos de vista más recientes enfatizan su papel en proporcionar información clave sobre el inconsciente del paciente y también sobre las distorsiones en la relación terapéutica. En otras ocasiones, estas reacciones, que llegan a ser intensas, pueden originarse de conflictos no resueltos en el terapeuta.

La *regresión* es otro elemento muy importante en el tratamiento, y se refiere a la tendencia del paciente a retornar a pautas infantiles de funcionamiento, sentimientos, pensamientos y actitudes, algo que puede observarse, fuera del tratamiento, en los diferentes estadios del desarrollo infantil. La regresión también puede verse en adultos en condiciones de juego, en la actividad creadora o durante una enfermedad. La regresión es parte del proceso terapéutico, y proporciona al terapeuta información valiosa sobre aspectos de su funcionamiento con el paciente.

El terapeuta debe valorar la capacidad del paciente para el empleo de la regresión terapéutica. La calidad de la alianza terapéutica y los recursos del paciente determinan en buena medida su capacidad para tolerar la regresión y poder integrar la información que pueda obtenerse de estos estadios. Cuando la regresión forma parte del cuadro patológico en forma prominente, una mayor regresión no sería indicada. Este elemento puede ser útil si permanece dentro de los límites de la capacidad de mantener un buen funcionamiento *yoico* y una alianza terapéutica adecuada.

Otro elemento, la *resistencia*, comprende todos aquellos recursos y fuerzas dentro del paciente, tanto conscientes como inconscientes, que se oponen al tratamiento. Desde sus primeros esfuerzos terapéuticos, Freud se refirió a los obstáculos al tratamiento como resistencias. Este concepto de *resistencia*, junto con el determinismo psíquico y la represión, son puntos angulares en el tratamiento.

Casi todo el proceso terapéutico se ocupa en el análisis de los procesos resistenciales; el terapeuta se enfrenta a resistencias en todas las formas de tratamiento, y más aún en las formas individuales. Debido a que el proceso terapéutico tiende a cambiar el equilibrio psíquico, puede crear angustia en el paciente, que a través de la resistencia moviliza sus recursos defensivos para mantener su equilibrio interno; el respeto del terapeuta por las resistencias del paciente es muy importante en las fases iniciales del tratamiento, particularmente cuando se trata de establecer una buena alianza terapéutica.

Freud (1914) comenta que el *proceso de elaboración* de las resistencias en la práctica clínica representa una tarea ardua para el analizado y una prueba para la paciencia del analista. Debemos tener en cuenta que este proceso de elaboración de las resistencias aumenta el contenido inconsciente y estimula la regresión; en la medida en que la regresión aumenta también así lo hacen las resistencias, ya que la regresión produce angustia, de la cual el paciente se defiende.

La alianza terapéutica puede ser afectada por resistencias transferenciales negativas o positivas. Los aspectos positivos pueden crear en el paciente deseos de obtener la aprobación de su terapeuta, por lo que se rehusará a presentar sus conflictos. Una resistencia transferencial negativa puede hacer ver al terapeuta como hostil y perseguidor.

por lo que el paciente considerará que sus intervenciones ya no son útiles. Las resistencias transferenciales son las formas inconscientes de resistencia más poderosas; la elaboración y resolución de estas resistencias son esenciales para la obtención de un beneficio terapéutico duradero.

Las metas terapéuticas son muy variables y están íntimamente ligadas al diagnóstico, es decir, a la problemática por la que el paciente vino a tratamiento. El rango de esta variación va desde aspectos focales muy simples, limitados y a corto plazo, como puede ser el alivio puramente sintomático o la resolución de crisis, hasta las metas a largo plazo, tales como la solución de conflictos básicos que implican profundos cambios caracterológicos, o quizá, en una forma más realista, la reducción en la intensidad de los conflictos. Es muy importante, en el establecimiento de las metas terapéuticas, no confundir lo que son metas terapéuticas puramente y las que son metas en la vida.

En el establecimiento de las metas terapéuticas con el paciente, el terapeuta debe tener en cuenta muchos factores. Primero, el diagnóstico limita la clase y extensión del tratamiento descrito, pero debido a que el diagnóstico es un proceso continuo, las metas terapéuticas pueden cambiar. Segundo, también debe considerarse la motivación del paciente. Para muchos pacientes, el alcanzar un alivio sintomático o la resolución inmediata de una crisis es suficiente. El terapeuta también debe considerar sus propias motivaciones. La falta de interés en tratar a un paciente en particular puede sabotear la efectividad de un tratamiento. Otras consideraciones incluyen los recursos económicos del paciente.

Recordemos que los objetivos del tratamiento deben establecerse desde un principio, por acuerdo mutuo, y éstos deben revisarse y modificarse a través del desarrollo del tratamiento, si es que es necesario replantear los acuerdos iniciales.

Los aspectos éticos de la práctica psicoterapéutica están basados principalmente en la confidencialidad y en la responsabilidad que abarca todo el campo de la práctica clínica psicoterapéutica. La confidencialidad es parte esencial del contrato terapéutico y de una alianza terapéutica efectiva. El terapeuta debe evitar la contaminación de su trabajo por parte de la familia del paciente, y debe resistir todos aquellos aspectos que invadan la privacidad del trabajo psicoterapéutico. El otro aspecto ético de gran importancia es la responsabilidad del terapeuta hacia su paciente, que debe establecerse desde los primeros contactos con éste y ser parte inherente del contrato del trabajo. Esto implica que el terapeuta siempre emplee su mejor destreza terapéutica para promover y obtener la mayor efectividad en el tratamiento del paciente.

La participación del paciente en la alianza terapéutica también comprende responsabilidades muy importantes, pues está obligado a participar en una forma productiva, a

trabajar en una forma cooperativa y a cumplir con los arreglos establecidos de tiempo de trabajo, de pago de honorarios, etcétera. Las dimensiones éticas de la alianza terapéutica no pueden declinarse, pues la afectarían directamente así como a la efectividad del tratamiento.

Al principio de este apartado vimos cómo las investigaciones de Freud lo llevaron al descubrimiento del psicoanálisis y a la formulación de los conceptos teóricos y técnicos en los que se basan la mayoría de las modalidades del tratamiento psicoterapéutico que se practican en la actualidad. También vimos cómo la creación del modelo psicoanalítico de la mente se transforma en un instrumento para poder entender ampliamente al paciente; lo mismo ocurre con el proceso psicoanalítico en lo que se refiere al tratamiento. En una comunicación personal con Dallal (1999), éste sugirió una enumeración de las etapas del tratamiento para redondear esta presentación. En el esquema del psicoanálisis Freud hace un recuento de las etapas del tratamiento que posteriormente Dallal (1997) resume en su presentación. El proceso psicoanalítico ha servido como modelo para las diversas formas de psicoterapia que se han derivado de sus teorías y de sus paradigmas técnicos. Según el abordaje o plan psicoterapéutico que se ofrece al paciente, o que éste es capaz de desarrollar en su tratamiento, habrá aspectos o etapas del proceso que se amplíen o reduzcan; también influye, por supuesto, la disposición, la preparación profesional y las reacciones del terapeuta al paciente y a su material clínico. La secuencia del proceso se recuerda aquí de manera condensada.

El proceso comienza con la creación de una alianza terapéutica hecha del encuentro de factores personales entre paciente y terapeuta. Incluye un lenguaje o vocabulario especial como forma de comunicación, y las expectativas y fantasías de ambos, que se puedan expresar como metas cuando son conscientes o quedarse como fantasías inconscientes que se manifestarán después.

El trabajo siguiente consiste en descubrir y trabajar con los mecanismos de defensa. El terapeuta va juzgando clínicamente si son eficientes y deben reforzarse, o no lo son y debe trabajarse con la interpretación para hacerlos conscientes y buscar el conflicto que origina la angustia, así mal defendida puesto que deriva en síntomas.

Una vez puestos de manifiesto los conflictos, se trabaja para descubrir su lugar en la secuencia del desarrollo del paciente, propiciando la evocación de la experiencia con los afectos o emociones originales para buscar las alternativas de resolución de cada conflicto.

En estas etapas se van produciendo los fenómenos de transferencia y contratransferencia, que le van dando características nuevas a la experiencia relacional del paciente. En el proceso psicoanalítico estos contenidos se hacen explícitos mediante la interpretación, trabajando el analista en la transferencia; en muchas de las técnicas o modelos

psicoterapéuticos, el terapeuta toma nota de los componentes transferenciales, pero los interpreta y trabaja sólo cuando están muy cerca de lo consciente o constituyen un obstáculo para el avance del tratamiento; es decir, trabaja desde la transferencia, muchas veces sin hacerla explícita.

Cuando se ha traído el conflicto a la conciencia, el paciente y el terapeuta encuentran las alternativas de resolución del conflicto, generalmente al liberar la energía encapsulada y propiciar los ensayos de modalidades nuevas de relación objetal y de conductas. Este proceso se llama *elaboración* y encuentra su lugar en la modificación permanente del funcionamiento psíquico del paciente.

El proceso terapéutico debe llegar, idealmente, al momento explícito en el que el paciente y el terapeuta deciden, juntos, que debe terminar. La terminación del tratamiento, generalmente de manera espontánea, revisa el proceso, los logros, la agenda pendiente del desarrollo del paciente y su capacidad de autoanálisis para recorrerla. Asimismo, la relación con el analista o terapeuta y la despedida o separación todavía forman parte de una experiencia vital para el paciente.

Bibliografía

- Auchincloss, E. L. y R. A. Glick (1997), *Psychiatry*, Lipincot, Filadelfia.
- Brenner, C. (1976), *Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict*, Int. Universities Press. Nueva York.
- Breuer, J. and S. Freud (1895), *Studies on Hysteria*, S. E. Vol. 2, Londres, Hogarth Press, 1955.
- Chertok, L. y R. de Saussure, (1979), *The Therapeutic Revolution —from Mesmer to Freud—*, Brunher and Mazel, Nueva York
- Dallal, E. (1997), "¿Por qué el proceso psicoanalítico?", en Vives, J. (compilador), *El proceso psicoanalítico*, México, Plaza y Valdés.
- _____ (1999), Comunicación personal.
- Freud, S. *An Outline of Psychoanalysis*, S. E. XXIII, 144.
- Freud, A. (1946), *The Ego and the Mechanisms of Defense*. Int. Universities Press, New York.
- Freud, S., S. E. (1925), p. 27.
- Greenson, R. R. (1963), *Técnica y práctica del psicoanálisis*, Siglo XXI, Mexico, 1976
- Hartley, D. y H. Strupp (1986), "The Therapeutic Alliance", en Masking, J., Ed. *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*.

- Hartmann, H. (1958), *Ego Psychology and The Problem of Adaptation*, Int. Universities Press, Nueva York.
- _____, H. (1964), *Essays on Ego Psychology*, Howard Press, Londres.
- Kernberg, O. F. (1965), "Notes on countertransference", *J. Amer. Psychoanal Assn*, 13: 38-54.
- Kris, A. O. (1997), *Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy in Psychiatry*, R. Michels, Ed. Lippincott.
- Lane, F. M. (1986), "Transference and Countertransference", en Meyer, H. C., *Between Analyst and Patient*, The Analytic Press.
- Macalpine, I. (1950), "The Development of Transference", *Psychoanal. Quart.*, 19: 501-539.
- Meissner, W. (1988), "The Psychotherapies", en Nicholi, Jr, A. N., *Harvard Guide to Psychiatry*, Harvard University Press.
- Menninger, K. (1958), *Theory of Psychoanalytic Technique*, Nueva York, Basic Books.
- Parres R. (1996), *La persona del analista*, presentado en FEPAL, Monterrey, México.
- Stone, L. (1967), "The Psychoanalytic Situation", *J. Amer. Psychoanal Assn*. 15: 3-58.
- Vives, J. (1991), *El proceso psicoanalítico*, APM y Plaza y Janés.
- Zetzel, E. R. (1956), Current Concepts of Transference, *Int. J Psychoanal*, 37: 369-376.
- Zilboorg, G. y G. E. Henry (1941), *A History of Medical Psychology* Norton. Nueva York.

III

El proceso psicoanalítico y sus variantes en niños y adolescentes

Juan Vives Rocabert y Teresa ¿artigue Becerra

El proceso psicoanalítico en adultos

No es fácil describir los diversos factores que intervienen en un proceso psicoterapéutico ni los pasos a seguir en cada una de las modalidades a las que podemos recurrir: psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia de guía o psicoterapia de apoyo. Es claro que la teoría psicopatológica con la que entendemos los mecanismos de la enfermedad, sus causas y desarrollo, estará íntimamente vinculada y se apoyará en la teoría de la cura que sustentamos para llevar a cabo las distintas modalidades de tratamiento.¹

De ahí la importancia de los aspectos técnicos con los que llevamos a cabo las primeras entrevistas con el fin de determinar ciertos temas fundamentales: la causa de la consulta, la motivación del paciente y su demanda específica, el carácter de los proble-

¹ En relación con el controvertido tema de las teorías de la cura dentro del psicoanálisis, pueden consultarse los trabajos específicos sobre este tema (Vives, 1986, 1991), así como el volumen colectivo **que**, con el título de *El proceso psicoanalítico*. está dedicado al estudio de los mecanismos que intervienen en el curso de un psicoanálisis (Vives, comp., 1997).'

mas y síntomas que le aquejan: su inicio y evolución, su intensidad y duración (¿se trata de un estado agudo o crónico?), los problemas asociados a los que ha dado lugar, etcétera. Estos datos nos orientan en función de establecer una aproximación a la elaboración de un diagnóstico psicodinámico tentativo que nos guíe hacia una potencial conducta terapéutica. Sólo una correcta evaluación de lo que al sujeto le sucede, su motivación para ingresar en un proceso psicoterapéutico y consideraciones relativas a las circunstancias que favorecen o se oponen a un tratamiento, nos darán los instrumentos para decidir acerca del procedimiento idóneo para abordar la problemática del sujeto que ha solicitado nuestra ayuda profesional.

Estos aspectos diagnósticos (respecto de los cuales no existe un consenso entre las y los psicoanalistas, quienes siguen o no alguna clasificación diagnóstica) son los que nos inclinarán a sugerir la necesidad de instrumentar un tratamiento psicoanalítico. una psicoterapia analíticamente orientada o algún otro tipo de procedimiento psicoterapéutico más o menos focalizado a ciertas manifestaciones sintomáticas, a procedimientos con tiempos limitados y otros parámetros establecidos desde el contrato terapéutico. Las entrevistas iniciales nos orientarán sobre la necesidad de ofrecer un método de psicoterapia de emergencia con el fin de hacer frente a una crisis psíquica aguda, o de una psicoterapia de guía para pacientes con procesos psicóticos crónicos, o psicoterapias de apoyo en el caso de problemas de tipo situational, etcétera.²

Dada la imposibilidad de abarcar en el espacio de un solo capítulo todos los aspectos relacionados con la técnica de cada una de estas modalidades terapéuticas (por lo que muchas de estas cuestiones están contempladas en otros capítulos de este mismo volumen) y en función de la amplitud del tema, nos circunscribiremos a dar los lineamientos generales del proceso psicoanalítico. La elección no es fortuita ni azarosa, ya que estamos convencidos de que el psicoanálisis freudiano es una disciplina fundante en la que, andando el tiempo, se han basado todas las otras formas de psicoterapia psicodinámica, incluyendo su aplicación al tratamiento de los niños/as y adolescentes. La excepción tiene que ver con las terapias cognitivo-conductuales, basadas en otros principios teóricos afines al conductismo.

A nuestra manera de ver, la posibilidad de entender los parámetros de la terapia psicoanalítica nos brinda la oportunidad de adquirir un marco conceptual sólido y coherente, respaldado por los hallazgos de la práctica clínica cotidiana.

² Para Kernberg (1999) las diversas formas de ayuda psicoterapéutica se pueden dividir, en términos muy generales y esquemáticos, en: a) Psicoanálisis; b) Psicoterapia psicoanalítica, y c) Psicoterapia de apoyo basada en el psicoanálisis.

Como es lógico, un tratamiento psicoanalítico estará sustentado en las indicaciones terapéuticas extraídas a partir de la primera entrevista que puede constar, en realidad, de las entrevistas que se requieran con el fin de llegar a una concepción sobre la demanda del paciente y lo que le obliga a tomar un tratamiento. Dichas entrevistas tienen como finalidad la toma de contacto con los conflictos psíquicos, presentes y pasados, que perturban el equilibrio del sujeto que solicita nuestra ayuda (Díaz Portillo, 1989) y que le han provocado el dolor y sufrimiento que lo impulsan al tratamiento, así como para establecer los criterios pertinentes en cuanto al tipo de tratamiento que requiere, incluyendo, si es pertinente, su analizabilidad.³ Sin embargo, más allá de su aparente trivialidad y de sus aspectos relacionados con la formulación de un diagnóstico y con el eventual establecimiento de una estrategia terapéutica, la primera entrevista es un suceso en el que el sujeto tiene un encuentro consigo mismo, principalmente con *esa otra parte de sí mismo* que habitualmente tiende a ignorar (Mannoni, 1965).

El contrato terapéutico es una convención cuyo objetivo reside en la formalización del tipo de trabajo que se realizará durante la terapia con el fin de que la persona que solicita la ayuda del analista tenga una idea clara acerca de lo que puede esperar de dicho procedimiento. Incluye la formulación de la frecuencia de las sesiones, el uso o no del diván, el acuerdo en tomo de los honorarios y las reglamentaciones en cuanto a inasistencias del analizado o del analista, así como de los periodos de vacaciones. En estricto sentido, los intentos de ruptura o trasgresión a dicho contrato denotan una de las formas en las que se van a manifestar las primeras resistencias. Freud fue muy claro al explicitar las bases de sustentación del contrato de trabajo (Freud, 1912b, 1913).

Dicho encuadre servirá de marco referencial más o menos permanente con el fin de que emerja con toda claridad la problemática por la que el paciente sufre y está limitado. En algunos casos —como recomienda Kernberg en la psicoterapia psicoanalítica (antes denominada por este autor "psicoterapia expresiva") en el tratamiento de pacientes con una organización *borderline* de la personalidad— este contrato puede incluso formalizarse por escrito e incluir cláusulas perfectamente establecidas ante la posibilidad de que el paciente transgreda ciertos parámetros. Por ejemplo, este autor suele advertir desde el contrato inicial en el tratamiento de pacientes con *anorexia nervosa* la posibilidad de suspender el tratamiento en el caso de que pierdan peso más allá del límite mínimo inferior establecido por el internista; cuando esto sucede, el paciente es hospita-

³ Los interesados en un estudio más detallado de estos aspectos pueden consultar el estudio clásico de E. Glover (1955): *The Technique of Psychoanalysis*, o bien los trabajos reunidos en la Monografía *Analizabilidad*. que la Asociación Psicoanalítica Mexicana dedicó al tema (Garma et al., 1975).

lizado y tratado por el equipo hospitalario hasta que se haya logrado una recuperación ponderal, y cuando los parámetros mínimos de seguridad en cuanto al peso se alcanzan de nueva cuenta, entonces el tratamiento psicoterapéutico es retomado por el analista. Algo semejante es instrumentado en pacientes suicidas, con conductas antisociales o cuando presentan problemas de impulsividad extrema.

Cualquiera que sea la modalidad con la que dicho contrato es llevado a cabo, el analizando tiende a depositar en dicho encuadre las partes más regresivas, primitivas y ocultas de su psiquismo, aspectos que sólo aparecen cuando fortuitamente se dan variaciones en dichas condiciones (Bleger, 1967).

El método psicoanalítico se basa en las asociaciones libres del paciente que son escuchadas por un analista en atención flotante, es decir, sin privilegiar ningún tipo de material; estamos hablando de una actitud de escucha atenta y neutral del analista, que no juzga ni critica lo verbalizado por el analizando.⁴ El descubrimiento de este método pasó por una serie de etapas intermedias que dan cuenta de la larga historia por la que Freud transitó hasta formalizar el método propio del psicoanálisis. Siguiendo la minuciosa descripción llevada a cabo por Perres (1989), advertirnos que Freud pasó por cuatro etapas previas antes de llegar al método basado en las asociaciones libres. Dichas etapas pueden ser descritas desde los siguientes rubros: periodo *tradicional*, en el que aplicaba tratamientos físicos, y el llamado *tratamiento moral* (basado en la anulación de los pensamientos y criterios del paciente y la sustitución de su voluntad y sus deseos por los de su médico); periodo en que empleó el método de la sugestión hipnótica, época que podemos estudiar con toda claridad en "Un caso de curación hipnótica" (Freud, 1892-3). Este caso trata sobre una paciente que acababa de parir y que presentaba severas dificultades para amamantar a su bebé, siendo tratada durante dos breves periodos con hipnosis. Posteriormente, el periodo del método hipnocartártico, cuyo primer esbozo podemos ver en el tratamiento de Emmy von N. y, más adelante, el periodo del método catártico, en cuyo desarrollo tuvo gran importancia el tratamiento de la paciente que conocemos como Cecilie M. Finalmente, luego de estos ensayos sucesivos, Freud desembocó en el método psicoanalítico propiamente dicho, cuyas primeras intuiciones muy posiblemente fueron entrevistas por él en el tratamiento de la misma Emmy von N. (cuyo historial fue redactado en 1894), cuando pudo darse cuenta de la necesidad de su paciente de expresarse con mayor libertad de la que le otorgaba el interrogatorio médico

⁴ Para una descripción detallada del método psicoanalítico. véanse los trabajos dedicados al estudio de este tema (Vives, 1993, 1994).

más o menos tradicional y el método catártico que usaba Freud en aquella época (Breuer y Freud, 1893,1895). Se trata de una serie de ensayos que, probados inicialmente en su autoanálisis, como podemos ver en el *Sueño de la inyección a Irma* (Freud, 1900) y pasando por el procedimiento descrito en el historial de la adolescente Dora (Freud, 1905a), desembocará en un trabajo que con el título de *El método psicoanalítico de Freud* (1903), dejará sentadas las bases del psicoanálisis.⁵

Como podemos ver, uno de los aspectos más importantes en el descubrimiento de este método no es tanto que el paciente se exprese con entera libertad, sino que el médico aprenda a escuchar sin interferir en lo que el paciente tiene que decir. A partir de entonces, la escucha analítica es la base más importante para entender y otorgar sentido a lo que el paciente manifiesta, incluyendo los significados inconscientes de sus verbalizaciones.

Un aspecto importante a destacar como parte de este método —compartido por la investigación y la terapia— es que el tratamiento psicoanalítico transcurre en un estado de frustración para el paciente, ya que el no gratificar las necesidades neuróticas del mismo es lo que permite que el conflicto emerja en toda su magnitud para así poder ser interpretado y elaborado en profundidad. De ahí la regla de la abstinencia dentro de los parámetros de la escucha analítica.

Esto es particularmente importante porque los parámetros y reglas del tratamiento inducen cierto grado de regresión en el paciente, llevándolo a la revivencia de experiencias pasadas y, más importante aún, a la reintegración de los deseos frustrados en etapas hace tiempo superadas, lo que entre otras cosas le hizo ver a Freud la indestructibilidad del deseo y su fuerza actuante pese a haberse mantenido reprimido durante mucho tiempo. La fuerza con la que dichos deseos pugnan por exteriorizarse es lo que provoca la emergencia de esa señal de alarma que conocemos con el nombre de angustia (Freud, 1926), así como el gran gasto que el Yo tiene que hacer (mediante la represión o empleando otros mecanismos de defensa) para mantener fuera de la conciencia dichas apetencias imposibles de satisfacer, (Breuer y Freud 1893, 1895; Freud, 1894a, 1894b, 1894c, 1896. 1926; Anna Freud, 1936). Dicha señal se desencadena ya sea por las condiciones adversas de la realidad o por los conflictos con los que entran en relación a las normas y regulaciones del Superyó, quien dictamina cuáles deseos pueden ser gratificados y cuáles no, así como las circunstancias en las que, eventualmente, pueden ser satisfechos. Dichos mecanismos de defensa son formas con las que el Yo evita la emer-

⁵ Freud en *Pegan a un niño* subrayó que "sólo podemos hablar de un psicoanálisis correcto cuando la labor psicoanalítica ha conseguido suprimir la amnesia que oculta al adulto el conocimiento de su vida infantil entre los dos y los cinco años" (Freud. 1919, p. 2467).

gencia de la angustia (así como esas formas afectivas que en psicoanálisis se conciben como "angustias del Superyó", es decir, la culpa, la vergüenza y la repugnancia o asco), y comprenden desde mecanismos *yoicos* tan primitivos, como los de introyección, identificación y proyección, descritos por Freud (1905b. 1917, 1921), de identificación proyectiva e introyectiva (M. Klein), escisión y fragmentación del Yo, negación o repudio y la regresión, hasta mecanismos más sofisticados, como la represión secundaria (o represión propiamente dicha), la formación reactiva, la transformación en lo contrario y la anulación, hasta la sublimación, considerada como un mecanismo de defensa no patológico,⁶ ya que permite la expresión de la pulsión, aunque con su meta inhibida.

Los síntomas representan una de las formas que tienen dichas representaciones desiderativas de hacerse presentes, donde el deseo retorna desde lo reprimido, aunque en forma disfrazada. El o los síntomas representan, por tanto, una cierta —muy discreta— gratificación del deseo emergente; por ello constituye una ganancia primaria y se manifiesta como una solución de compromiso entre tendencias opuestas y contradictorias. El síntoma nos revela, sin embargo, ambas tendencias en conflicto, la del deseo y la de su prohibición.

Desde el mero inicio de las exploraciones que forman parte de la terapia psicoanalítica, se advierte de inmediato una serie de impedimentos, bloqueos y dificultades que sienten las y los analizandos para poder apegarse a la regla fundamental de la libre asociación: es lo que se conoce con el nombre de resistencias. Las resistencias serán, desde el inicio del tratamiento y hasta la última sesión del mismo, las fuerzas que tenderán a impedir la exploración del psiquismo del paciente y el avance del tratamiento, ya que tienen la misma naturaleza de aquellas contratexias que provocaron que ciertas representaciones tuviesen que ser sumergidas en el inconsciente, o que bloquearon la manifestación de pulsiones en forma de deseos intolerables para los parámetros y juicio de la instancia crítica del Superyó.

Tradicionalmente, las resistencias que emergen en el curso de un psicoanálisis se suelen clasificar dentro de cinco categorías distintivas: *a)* defensas o resistencias del Yo, *b)* la transferencia como defensa, *c)* las defensas del Ello, *d)* las defensas del Superyó, y *e)* la defensa representada por la ganancia secundaria de la enfermedad (Freud. 1938).

Lo que conocemos como las resistencias del Yo está formado por los mecanismos de defensa mencionados en párrafos anteriores y son, por definición, inconscientes. Cuan-

⁶ Es conveniente aclarar que los mecanismos de defensa no son, en si mismos, patológicos; sólo su eventual rigidización y su utilización reiterativa fuera de contexto los hace dinámica y económicamente poco favorables para el funcionamiento del sistema psíquico y sus relaciones con el propio sujeto y con la realidad.

do Freud postuló una nueva hipótesis para concebir al aparato psíquico (resultado de las insuficiencias que, para explicar los fenómenos clínicos, tenía el esquema anterior, que dividía al psiquismo en un aparato de percepción-conciencia, un preconsciente y un inconsciente) y construyó un nuevo paradigma con tres instancias psíquicas a las que dio el nombre de Yo, Ello y Superyó (en donde se integró el Ideal del Yo, entrevisto con anterioridad), se dio cuenta de que los mecanismos de defensa eran recursos del Yo, pero a la vez tenían la particularidad de ser inconscientes. De ahí dedujo que una parte del Yo, como luego también postularía para el Superyó, es inconsciente (Freud, 1923). De esta manera, proyección e introyección, identificación, regresión, represión, negación, formación reactiva, transformación en lo contrario, anulación, escisión y fragmentación —junto con la sublimación—, conformaban ese grupo de defensas que se constituían en resistencias al avance de los descubrimientos del paciente durante el proceso analítico.

Un caso especial de resistencia, que fue descubierto en el curso de su experiencia clínica, de particular importancia para el destino del tratamiento, tiene que ver con la emergencia de la transferencia. La transferencia es, antes que cualquier otra cosa, una resistencia en la que el paciente toma al analista como centro y motivo de sus asociaciones con el fin de evitar seguir la introspección de su propio psiquismo (Freud, 1912, 1915). Sin embargo, Freud advirtió pronto que ese fenómeno tan peculiar era la llave de acceso a ciertas partes del psiquismo de los analizandos no accesibles desde sus rememoraciones, pero sí desde su repetición en forma de vivencias en su vínculo con el analista. La transferencia, de esta suerte, se convirtió en una poderosa herramienta para explorar contenidos vivenciales no accesibles desde la perspectiva de la memoria conceptual de los analizandos, pero sí como repeticiones (Freud, 1914).

Un punto de particular relevancia es la discusión en torno de las formas positivas y negativas de la transferencia, ya que tradicionalmente se ha considerado que los aspectos cariñosos —incluso francamente amorosos o eróticos— de la transferencia son positivos, mientras que la hostilidad, el odio y las manifestaciones generales de animadversión en contra del analista o del procedimiento psicoanalítico son manifestaciones de transferencia negativa. Tenemos que aclarar enfáticamente que desde la perspectiva de las resistencias, toda manifestación transferencial es negativa, ya que comporta la intencionalidad de bloquear, frenar, impedir o interrumpir el proceso psicoanalítico que se está llevando a cabo.⁷ Ahora bien, desde la perspectiva de la repetición vivencial

⁷ Pienso que la disunción que se ha hecho entre transferencia erótica y transferencia erotizada da cuenta de este carácter negativo de toda transferencia, pese a que su manifestación vincular tenga características de corte libidinal (Sandler, Dare y Holder, 1973)

que se da con la persona del analista —esa nueva forma del recuerdo descubierta por Freud—, solemos hablar de transferencia positiva cuando las vivencias repetidas en el aquí y ahora de la situación analítica tienen un carácter primordialmente libidinal, mientras que calificamos de transferencia negativa aquellas revivencias cuyo contenido emocional es predominantemente hostil y agresivo. Quizá sería conveniente hablar en términos de libido y agresión para describir la cualidad de la transferencia y no en términos de positivo y negativo, con sus connotaciones normativas, incluso morales. Por el contrario, hablar del valor negativo de la transferencia, cuando impide el avance del proceso, es más adecuado desde el punto de vista descriptivo y dinámico.

El estudio del fenómeno transferencial como repetición vivencial que el paciente sitúa en el aquí y ahora del tratamiento psicoanalítico, hizo posible la identificación de otro aspecto que se desarrolla durante dicha terapia: la evolución de un cuadro al que se denominó como neurosis de transferencia; esto quiere decir que la neurosis y sus manifestaciones se despliegan ahora en el campo mismo del tratamiento y en la relación con el analista. De ahí que Freud la considerase como uno de los instrumentos más valiosos para el destino final del procedimiento terapéutico, ya que la liquidación de la neurosis de transferencia se daba en forma simultánea y coincidía con la desaparición de la neurosis con la que el analizando había llegado a pedir ayuda. Con el tiempo, este concepto fue generosamente ampliado, ya que se advirtió que la neurosis de transferencia es un desarrollo que sólo se da en las neurosis, mientras que en los cuadros de otros tipos habría que hablar de psicosis de transferencia, transferencia psicopática, perversa, narcisista, limítrofe, simbiótica, delirante, etc. Cada cuadro nosográfico correspondería a una manifestación particular en su repetición vivencial en el aquí y ahora de la situación analítica. También hay que dejar establecido que la situación transferencial reedita los patrones de apego, según el tipo establecido con los primeros objetos de amor e identificación durante la infancia (Lartigue y Córdova, 1994).

Mientras se sostuvo la ilusión de que el analista era un espejo que sólo reflejaba lo que los analizandos depositaban en él, la transferencia fue vista como un aspecto unidireccional. Más adelante, el propio Freud (1910, 1912b, 1915) descubrió que existían procesos transferenciales paralelos en el analista —que denominó como contratransferencia—, e intentó precisar la parte del proceso transferencial en la persona del terapeuta. El descubrimiento de este tipo de mecanismo en el analista y los peligros que se desprendían de su presencia, inadvertida durante un tratamiento, hizo que resultara particularmente importante que el profesional que se dedicara a estos menesteres tuviese el cuidado de analizarse previamente con el fin de no mezclar sus propios problemas emocionales con los del paciente. Evitar que la problemática del analista

interfiriera en el proceso terapéutico del analizando hizo imperativo el análisis didáctico, así como los procesos de supervisión clínica donde podían ser detectadas las áreas "ciegas" del analista que le impedían tomar contacto con ciertos aspectos de la problemática de sus analizandos. De esta forma, la contratransferencia fue vista de momento como un grave impedimento, indeseable desde cualquier punto de vista, para el feliz curso de un tratamiento psicoanalítico; lo que hizo que Freud afirmara, con toda razón, que "[como] ningún psicoanalista llega más allá de cuanto se lo permiten sus propios complejos y resistencias, [...] exigimos que todo principiante inicie su actividad con un autoanálisis" (Freud, 1910, p. 1566).

Annie Reich (1951), siguiendo a Freud, comenta que el *insight* del analista y la comprensión del material *del paciente* acuden súbitamente a la mente de Annie Reich como si emergieran de algún lugar dentro de sí mismo, lo cual indica su procedencia del inconsciente. Esto hace evidente que lo que ocurre en el inconsciente del paciente puede ser captado por lo que sucede en el inconsciente del propio analista. Pero esta identificación tiene una vida corta y el analista tiene que virar a una postura externa con el fin de hacer una evaluación objetiva de lo que ha emergido de su interior. Por lo tanto, define la contratransferencia como aquello que tiene que ver con las propias necesidades y conflictos inconscientes del analista, cuyo efecto es obstaculizarlo en su capacidad de comprensión o en su técnica.

Andando el tiempo, sin embargo, ocurrió con la contratransferencia algo muy semejante a lo que había sucedido con el fenómeno transferencial, que de haber sido visto inicialmente como un grave impedimento resistencial, pudo ser rescatado después como un valioso instrumento al servicio del tratamiento. Así, ocurrió que la contratransferencia pudo ser vista cada vez más como un importante fenómeno dinámico e intersubjetivo que podía ser utilizado con grandes beneficios en el curso del tratamiento psicoanalítico. Ciertas oscuridades que aún existen en la literatura psicoanalítica tienen que ver con el empleo del mismo término para describir, por una parte, los procesos de la transferencia del analista (por ejemplo cuando comienza a ver a su analizando con las características de un objeto relevante de su mundo interno y, consecuentemente, tiende a tratarlo como tal) y, por la otra, con la contratransferencia, vista como la reacción emocional del analista como respuesta a los contenidos ideacionales, afectivos, de las fantasías inconscientes existentes en el psiquismo del paciente.

Dentro del largo debate en torno de tan importante tema, Ella F. Sharpe fue una de las primeras en abordarlo. Desde 1927, en un trabajo pionero, ya hablaba de la importancia de la contratransferencia y su centralidad dentro del proceso terapéutico, idea que enfatiza posteriormente en una serie de trabajos sobre técnica (Sharpe, 1930a, 1930b),

donde comenta incluso las raíces inconscientes del profundo interés por la vida y la curiosidad insaciable de los psicoanalistas. Por su parte, Fenichel (1939), apoyándose en la necesidad de que el analista fuera un "espejo" para su paciente, fundamenta el requisito de estar bien analizado él mismo, ya que la personalidad del analista influye sobre la forma de la transferencia. Esto lo lleva a concluir que incluso el sexo del analista desempeña un papel muy importante en las modalidades con que se dan las reacciones transferenciales en muchos pacientes.⁸ Para este autor, el analista debe estar consciente de lo que ocurre dentro de él mismo con el fin de controlar su contratransferencia. Lo importante no es tanto si el analista se irrita o se siente satisfecho con lo que su paciente hace, sino el grado en el que su irritación o satisfacción interfieren —o no— con su capacidad de observación y comprensión de las resistencias del paciente. Otro de los peligros advertidos por Fenichel tiene que ver con el miedo del analista a su contratransferencia, ya que esto puede llevarle a una parálisis y suprimir su libertad en el trabajo. Lejos de que el analista sea un ser insensible y frío, el paciente debe poder encontrar siempre en él una forma humana de comprensión.

Fromm-Reichmann (1939), por su parte, aunque no explícita el término de contratransferencia, señala que los analistas idealmente deberían ser capaces de enfrentar la hostilidad de sus pacientes sin oponerles una contrahostilidad, lo cual a veces es bastante difícil. Estas nociones son de particular importancia en el tratamiento del paciente psicótico, ya que mientras menos miedo le tenga el analista —y así se lo transmita con su actitud general— más disminuirá la peligrosidad de aquél.

Winnicott (1949) acuña el concepto de una contratransferencia verdaderamente *objetiva* al entender el amor o el odio que siente el analista como una reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente; de ahí que enfatice la necesidad de que el analista sea capaz de tomar conciencia de este tipo de sentimientos contratransferenciales al hacerse cargo de pacientes psicóticos o antisociales.

La tesis de Paula Heimann (1950) es que la respuesta emocional del analista hacia su paciente —dentro de la situación analítica— representa una de las herramientas más importantes para su trabajo. La contratransferencia del analista es un instrumento insustituible en la investigación del inconsciente del paciente. Esto es así, entre otras cosas, porque la situación analítica es una relación entre dos personas.

* Diez años después. Lacan (1951) presentó una hipótesis muy controversial, al tratar de establecer mediante la revisión crítica del análisis del caso Dora- que la transferencia era el producto de la contratransferencia del analista. De esta forma, según Lacan, la transferencia de Dora había sido una forma de respuesta a la contratransferencia de Freud a! no haber podido reconocer el vínculo homosexual de Dora con la señora K.

Es desde esta perspectiva que toma como punto de partida las exploraciones de P. Heimann, como la mayoría de los autores contemporáneos conceptúan a la contratransferencia; es decir, como un importante instrumento al servicio de la comprensión de lo que ocurre en el mundo psíquico del paciente, posibilitando así su devolución en forma de interpretación.

Finalmente queremos señalar la contribución de H. Racker (1952, 1953), quien, inspirado en los trabajos de M. Klein de 1946 sobre los mecanismos de escisión y de identificación proyectiva, establece el primer estudio en el que sistematiza formalmente el tema de la contratransferencia, definiéndola como la reacción total del analista ante el material de su paciente. Racker también destaca la utilidad de prestar atención a la intensidad de la reacción emocional del analista, ya que ésta puede guiarle sobre lo que resulta de mayor relevancia para ser interpretado en un momento dado. Este autor es quien sistematiza las reacciones contratransferenciales en complementarias y concordantes, y una de sus aportaciones más relevantes deriva de entender la dinámica transferencial-contratransferencial como el eje central del proceso analítico y como una unidad activa insoluble. Por su parte, Kolteniuk (1998) considera que sólo cuando la contratransferencia permanece en el nivel inconsciente es cuando se convierte en un obstáculo para el proceso analítico; en cambio, la contratransferencia preconscious es susceptible de convertirse en un instrumento útil por medio del trabajo de autoanálisis del analista (o mediante la supervisión, o por el propio proceso analítico del analista). En la contratransferencia consciente participan la capacidad de *reverie*, la empatía, la atención libremente flotante, así como la totalidad de las respuestas conscientes, ya sean parciales o totales que las y los pacientes despiertan en el analista.

La tercera fuente de resistencia la representa un factor que fue llamado por Freud "viscosidad de la libido", una suerte de tendencia de la energía de la pulsión sexual a adherirse a sus objetos de amor más primitivos. Durante el tratamiento, dicha adhesividad libidinal opera en forma de resistencia al tratamiento, ya que el analizando no desea renunciar a sus primeros objetos de amor, lo que hace necesario el lento proceso de la elaboración (Freud, 1926). No es infrecuente que este tipo de resistencias se manifiesten transferencialmente en ciertos analizandos como una "adicción al análisis", por lo que se trata de mantener a toda costa el vínculo con el analista, más allá de toda necesidad terapéutica. No se trata de un análisis interminable, sino de la dificultad de desvincularse del analista.

Las resistencias provenientes de las influencias *superyoicas* tienen que ver con los denominados sentimientos inconscientes de culpa, o para hablar con mayor propiedad, con las necesidades de castigo del sujeto, como el propio Freud (1923) lo propone, ya

que la discusión acerca de si pueden existir o no sentimientos (que por definición tienen que ser conscientes) inconscientes nos obligaría a una ardua discusión sobre su estatuto metapsicológico. Baste decir que las resistencias del Superyó son las responsables de fenómenos tan paradójicos como la reacción terapéutica negativa, situación en la que todo avance o éxito, toda nueva comprensión y ahondamiento en la exploración del analizando, le están negados en función de la severidad de esta instancia censora que, irracionalmente, le prohíbe todo triunfo y le rehúsa al sujeto toda posibilidad de satisfacción. Este tipo de resistencias obliga a grandes rodeos en los que se hace imperativo un análisis riguroso de las introyecciones prohibitivas parentales con el fin de lograr una mayor permisividad y una actitud menos severa y cruel del Superyó.

Para terminar, las resistencias derivadas de las ganancias secundarias que la enfermedad ofrece al neurótico son, según el propio Freud dejó escrito, de las más difíciles de vencer, ya que se trata de defensas al servicio de lo que el paciente ha obtenido mediante la invalidez que le da su enfermedad neurótica: una dependencia siempre anhelada, el control sádico de familiares que quedan sometidos a la voluntad del enfermo y la obtención de atenciones y manifestaciones de cariño que, según el paciente piensa, no obtendría sin la neurosis o perdería con la recuperación de la salud. Entre estos factores, uno de no poca importancia en cierto tipo de psicopatología deriva del hecho de que la enfermedad proporciona al paciente un beneficio secundario consistente en una suerte de sentimiento de identidad, incluso de lugar en el mundo, identidad que siente que perdería en caso de sanar.

El análisis de las resistencias provenientes de las tres instancias psíquicas y del manejo de la realidad circundante, así como la comprensión de la dinámica que se juega en la transferencia-contratransferencia, son explicitadas por el analista mediante una serie de intervenciones terapéuticas entre las que destacan la interpretación y la construcción como instrumentos por excelencia del tratamiento psicoanalítico. No olvidemos, sin embargo, que éstas no son las únicas formas de intervención del analista, ya que los señalamientos, las preguntas que orientan el flujo del pensamiento en una determinada dirección, las confrontaciones y otras intervenciones (Freud incluye cierto montante de intervenciones de tipo pedagógico en pacientes muy desvalidos) también forman parte del instrumental con el que trabaja el psicoanalista. Resaltamos el hecho de que la interpretación, si bien es la más importante de las intervenciones del analista, no es la única, ya que como ha aclarado Menninger (1958) con pertinencia, hay quien tiende a calificar como interpretación cualquier verbalización del psicoanalista.

Muy poco se ha dicho en torno al problema de la comunicación. Sabemos que dentro del encuadre psicoanalítico ésta tiene múltiples vectores: no sólo con relación a lo que

se juega en los diversos tipos de lenguaje: verbal, gestual, corporal; sino con relación a la forma como se comunican los contenidos de un inconsciente (el del paciente) a otro inconsciente (el del analista). Éste no es el lugar para abordar un tema tan controvertido, sin embargo, queremos dejar apuntada la necesidad de investigar sobre el proceso que va de la representación al pensamiento y su eventual externalización en forma de lenguaje verbal, gestual, corporal, musical, plástico, etcétera. De manera similar, la exploración de cómo lo comunicado por un sujeto es susceptible de ser comprendido por otro (independientemente de que nos reservemos la pregunta de hasta qué punto es lícito hablar de una correcta comprensión de lo comunicado por el otro y en qué grado se da este proceso) es un tema casi virgen. Codificación de mensajes en el paciente emitidos como comunicación a través de uno o varios canales simultáneamente, decodificación del mensaje en el analista que a su vez codifica un mensaje para metacomunicar a su analizando el sentido que su comunicación tiene; determinar lo que corre por canales conscientes, preconscientes, inconscientes —y aun viscerales— es un tema que se esconde tras las explicaciones simples que ofrecemos al decir: "el paciente habla y el analista escucha e interpreta".⁹

Como Freud puntualizó en uno de sus últimos artículos sobre técnica (Freud, 1937), las interpretaciones son verbalizaciones del analista que dan cuenta de pequeños fragmentos de conducta verbal, mientras que las construcciones que el analista ofrece pretenden señalar fragmentos más abarcativos de la historia olvidada del analizando. Tampoco es éste el lugar para discutir el problema de la realidad histórica (lo que ocurrió en determinado momento de la infancia olvidada que puede ser inferido y reconstruido a partir del material asociativo del analizando) en oposición al concepto de realidad psíquica (el mundo interno); ni la polémica en torno a si las intervenciones del analista son reconstrucciones de un pasado sepultado, aunque vigente desde el punto de vista de su fuerza dinámica, o si son construcciones elaboradas por él mismo que ofrecen coherencia y congruencia, o que historizan y le dan linealidad a lo que en el inconsciente tiene la forma de complejos representacionales atemporales (Vives, 1990).

Una vieja regla psicoanalítica nos advierte que las interpretaciones deben seguir ciertas reglas: en primer lugar, deben proceder siempre de la superficie a la profundidad, sin intentar ahorrarse ningún paso intermedio, lo que sólo redundaría en un incremento de las resistencias. La clásica metáfora de las *capas de la cebolla* nos advierte de

⁹ Una aportación importante es la de Rainer Krause, quien actualmente estudia el eje transferencial-contratransferencial mediante videograbaciones, en las que trata de determinar el papel que desempeña la expresión facial tanto del analizando como del analista en los procesos de comunicación.

ese ejercicio de paciencia que implica conducirse con interpretaciones que vayan avanzando por estratos. También es clara la regla que aconseja primero interpretar las resistencias y posteriormente los contenidos, ya que proceder sin tener esto en cuenta alarga innecesariamente los tratamientos al no modificarse las estructuras que han hecho posible la consolidación de los diversos cuadros neuróticos —o los diferentes tipos de psicosis, patologías perversas, padecimientos psicósomáticos, patologías narcisistas u organizaciones límite de la personalidad (*borderline*).

Según Strachey dejó consignado en un trabajo ya clásico (Strachey, 1934), las interpretaciones deben incluir una referencia a la situación transferencial del "aquí y ahora conmigo" con el fin de adquirir un potencial mutativo estructural. Idealmente, las interpretaciones deberían incluir una situación de triangularidad en las que se pudiese integrar lo que ocurre "allá afuera" como semejante a lo que ocurre "aquí ahora conmigo", a su vez determinado por lo que ocurrió en el "allá y entonces" histórico-genético.

También es importante distinguir entre dos tipos de interpretaciones que difieren de manera muy significativa. El primer tipo tiene que ver con la interpretación clásica para los casos de neurosis, que postula la necesidad de hacer consciente aquello que había permanecido inconsciente, de la que Freud nos ofrece ejemplos a lo largo y ancho de toda su obra, desde sus historiales clínicos de la histeria (Freud, 1905b) y el método por excelencia esgrimido en *La interpretación de los sueños* [Freud, 1900], hasta sus últimos escritos técnicos (Freud, 1937a, 1937b). Se trata de interpretaciones derivadas y sustentadas teóricamente en el modelo etiológico del conflicto psíquico y en la existencia de la represión como organizadora del espacio mental en dos ámbitos distintos: lo inconsciente y la conciencia. El segundo tipo de interpretación, actualmente paradigma en el tratamiento de los pacientes con patologías limítrofes o narcisistas, con perversiones y en algunos casos con problemas psicósomáticos, es aquella que intenta integrar partes escindidas dentro de la estructura psíquica del sujeto. Este segundo tipo de interpretación deriva de la teoría del conflicto y se sustenta en los hallazgos que tienen que ver con las carencias y los aspectos deficitarios del desarrollo. De cualquier manera, hacer consciente lo inconsciente, integrar partes *yoicas* antes escindidas, hacer que el Yo sea donde antes era el Ello, son todas maniobras que integran lo antes separado. En este aspecto, operan en el mismo sentido de las pulsiones de vida (o Eros): favoreciendo la ligadura y la unión.

Un aspecto fundamental del trabajo psicoanalítico, más allá de las interpretaciones que promueven el *insight* de los analizandos y que no bastan para promover los cambios estructurales requeridos, es la necesidad de la elaboración (el *working through* de la literatura anglosajona), concepto que también ha sido traducido como *perlaboración* o

translaboración. La elaboración (originalmente tratada por Freud en *Recuerdo, repetición y elaboración*, de 1914) se hace necesaria con el fin de vencer las resistencias del Ello, por una parte, así como esa tendencia repetitiva, luego conceptualizada como compulsión a la repetición y dependiente, en la segunda doctrina freudiana de las pulsiones, de la pulsión de muerte (Freud, 1920a).

En el curso del tratamiento psicoanalítico aún se presentarán numerosas dificultades, como las emergencias derivadas de un tipo especial de resistencia consistente en actuar fuera del consultorio ciertas problemáticas con el fin de impedir su acceso a la conciencia —el llamado *acting out* en la literatura de habla inglesa— y que pueden ser fuente de problemas graves, como cuando se actúan impulsos destructivos, ya sea en forma de autoagresión o de heteroagresión, pero también presentes en ciertas "decisiones" tomadas sin haberlas sometido previamente a un análisis detallado —como sucede en ocasión de matrimonios o divorcios apresurados impulsivamente—, o en casos en los que la propensión a sufrir accidentes evidencia una necesidad de castigo inconsciente que se resiste a ser analizada, así como en algunos casos de policirugía (hay quien se somete a una vasectomía sin pensar que la decisión debe contar con el beneficio del análisis).

El *impasse* constituye otra de las modalidades particulares en donde se evidencia la fuerza de las resistencias. En estos casos, las contrarresistencias del analista toman parte y se suman paralelamente a las del paciente, constituyéndose así en bastiones inexpugnables: lo que conocemos como baluartes resistenciales, para usar el afortunado término de los Baranger (1969).

Freud, en *Análisis terminable e interminable* (1937a), determinó con toda claridad la no terminación del proceso analítico disparado y promovido desde su inicio por una exploración psicoanalítica. Lo que termina es el vínculo entre el analista y el analizando, la relación terapéutica que los convocó durante varios años, pero el proceso continúa en este último de manera interminable y deviene una forma particularmente rica y poderosa de reflexión en torno de sí mismo, una herramienta con la cual seguir explorando sus sueños y deseos, con la cual estar en condiciones de entender sus frustraciones y limitaciones, así como para valorar sus logros, las gratificaciones a las que razonablemente tiene acceso, y esa maravillosa locura que le habita en el fondo de sí mismo, esa fuente de la que emana lo más maravilloso de sí mismo así como lo más siniestro y demoniaco.

La terminación del vínculo terapéutico se establece en el momento en que analista y analizando coinciden en que este último ya no necesita de la presencia del primero para seguir realizando su tarea en pos de la recuperación de su capacidad para el amor y para el trabajo, cuando puede darse la oportunidad del disfrute y del juego, y de ver su

locura y la de los demás hombres y mujeres que le rodean con una mayor comprensión y sabiduría, pero sobre todo, con una buena dosis de humor. Ese momento ocurre también cuando ha sabido aquilatar en lo que vale la moral social convencional, se da cuenta de sus contradicciones e hipocresías y, en consecuencia, se permite una flexibilidad más acorde con la naturaleza de las pasiones y limitaciones humanas. Entonces puede decirse que el analizando/a ha logrado aquella meta a la que Freud se refería cuando afirmaba que el psicoanálisis lograba convertir una grave miseria neurótica en un simple infortunio cotidiano.

El proceso analítico en adolescentes

Sabemos que a partir de la pubertad

el individuo humano se halla ante la gran labor de desligarse de sus padres, y solamente después de haber llevado a cabo esta labor podrá cesar de ser niño y convertirse en miembro de la comunidad social. La labor del hijo consiste en desligar de su madre sus deseos libidinosos, haciéndolos recaer sobre un objeto real no incestuoso, reconciliarse con el padre, si ha conservado contra él alguna hostilidad, o emanciparse de su tiranía cuando por reacción contra su infantil rebelión se ha convertido en un sumiso esclavo del mismo. Es ésta una labor que se impone a todos y cada uno de los hombres, pero que sólo en muy raros casos consigue alcanzar un término ideal; esto es, desarrollarse de un modo perfecto, tanto psicológica como socialmente (Freud, 1915-1917, p. 2333).

Lo anterior es particularmente relevante en la adolescencia, debido a que una de las metas del proceso de desarrollo es el logro de relaciones vinculares no incestuosas, adultas y significativas, y la constitución de una relación de pareja real.¹⁰ Al parecer, en muchos de los primeros discípulos de Freud (Siegfried Bernfeld, August Aichorn e Isidor Sadger entre otros) se despertó un gran interés por las posibilidades de aplicar el método psicoanalítico en adolescentes con alteraciones emocionales.

Abrams, Neubauer y Solnit (1999) mencionan que mientras los analistas de adultos han encontrado que el modelo del proceso analítico es totalmente aplicable en adultos, los analistas de niños y adolescentes deben tener en cuenta y trabajar directamente con las vicisitudes del proceso de desarrollo que ocurre de manera simultánea en sus pacientes, por lo que uno de los objetivos de su grupo de estudios ha sido la identificación de

¹⁰ Véase el capítulo de Manuel I. López en este mismo volumen.

las dificultades específicas implicadas en su trabajo con adolescentes, así como el manejo adecuado de las mismas. Un segundo punto a tener en cuenta, es considerar las técnicas adicionales que pueden asistir al proceso de desarrollo, sin comprometer el abordaje psicoanalítico fundamental. Por ejemplo, es un hecho conocido que los conflictos intrapsíquicos pueden interferir con el desarrollo, donde las condiciones patológicas tempranas entorpecen u obstaculizan el proceso sin haber sido resueltas y coexisten con los cambios que el crecimiento y la maduración producen. En estos casos, es necesaria la resolución de dichos conflictos para liberar al desarrollo de sus inhibiciones o constricciones. Dos de los problemas más frecuentes tienen que ver, en primer término, con que la fuerza o empuje libidinal hacia el crecimiento y desarrollo esté muy debilitada; y, en segundo lugar, con que las funciones del Yo estén tan empobrecidas que la habilidad para manejar los impulsos provenientes del interior o los estímulos del mundo externo se encuentre totalmente desgastada. Al mismo tiempo, las oportunidades para el trabajo analítico con los adolescentes se ven limitadas por la inestabilidad de la organización psicológica disponible.¹¹

En las entrevistas diagnósticas o de evaluación inicial, tanto en niños/as como en adolescentes, es importante explorar la relación establecida por el sujeto con los miembros de la familia extensa, como son los abuelos, tíos o padrinos, así como con el personal de servicio (nana, chofer, sirvienta) debido a que, en ocasiones, son personas que desempeñan una función muy importante en el proceso de desarrollo psicológico, asimismo la indagación sobre la presencia o no de mascotas. También es pertinente la indagación sobre los cambios de colonia, barrio y/o ciudad, debido a que son eventos que pueden incrementar las ansiedades de separación o propiciar la instalación de procesos de duelo patológico. Ocurre que algunos niños son traídos a tratamiento con síntomas depresivos o fobias escolares consecutivos a este tipo de cambios geográficos, con la consecuente pérdida de amigos, familiares, casa o ambiente físico; en ocasiones la pérdida incluye el idioma y los códigos culturales.

Es conveniente rastrear también la historia de intentos previos de tratamiento, así como la actitud de los padres hacia el análisis y el analista. Levisky (1999) considera que puede llegar a ser necesaria la participación de un equipo interdisciplinario con el fin de esclarecer el planeamiento terapéutico de las diferentes áreas afectadas, en virtud de que los adolescentes y los niños, como ya fue mencionado, están inmersos en un

¹¹ Los psicoanalistas o psicoterapeutas interesados en profundizar sobre las técnicas específicas a emplearse en este enlrecruzamiento del análisis con el proceso de desarrollo, pueden consultar el detallado informe de Schmukler (1999) sobre el caso de una joven de 16 años.

proceso de desarrollo. Muchas de sus manifestaciones pueden ser de carácter transitorio, características del momento evolutivo, mientras que otras no. Este autor recomienda también tener en cuenta las influencias directas e indirectas que niños/as y adolescentes sufren como resultado de cuestiones de naturaleza social.

En relación con las consideraciones diagnósticas, debemos advertir que existen diversas y variadas clasificaciones nosológicas. Nos parecen de particular importancia los siete volúmenes titulados *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente* de Lebovici, Diatkine y Soulé (1988a, 1988b, 1989, 1990a, 1990b, 1993, 1995), en los que se abordan los cuadros nosológicos desde una perspectiva sustentada primordialmente en conceptos psicoanalíticos. Cabe destacar, también desde una perspectiva psicodinámica, la mención del reciente libro de P. Kernberg, A. Weiner y K. Bardenstein (2000), quienes, entre otras cosas, dejan claramente establecido el diagnóstico de trastorno de la personalidad en la etapa de latencia, al tiempo que proporcionan los lineamientos específicos para diseñar una estrategia de tratamiento según se trate de un niño o adolescente con una organización neurótica, *borderline* o psicótica de la personalidad. Otra fuente de consulta puede ser el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (American Psychiatric Association, 1994) que contiene un amplio capítulo dedicado a los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia. Un concentrado de dichos datos puede consultarse en el *DSM-IV Training Guide for Diagnosis of Childhood Disorders* (Rapoport e Ismond, 1996), así como la clasificación contenida en la *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders* (el ICD-10) establecida por la World Health Organization (1996).

Otra de las importantes diferencias en el tratamiento analítico de las y los adolescentes tiene que ver con la presencia de los padres que son, en la mayoría de las veces, los que solicitan el tratamiento. Un claro ejemplo, ya clásico, nos lo ofrece Freud en el relato del famoso caso Dora (Freud, 1905a), así como en el de otra paciente descrita en *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* (Freud, 1920b). En el primero es el padre quien acude al psicoanalista con el fin de pedir ayuda para su hija adolescente, en el segundo también son los padres quienes "aproximadamente medio año después de este suceso (una tentativa de suicidio de su hija de 18 años) acudieron... al médico, encargándole de reintegrar a su hija a la normalidad" (Freud, 1920b, p. 2546). En este segundo caso podemos ver algunos de los problemas que el creador del psicoanálisis enfrentaba al tomar en tratamiento a una adolescente, ya que la posibilidad de tratar a

la muchacha tropezaba con varias dificultades. No hallaba constituida la situación exigida por el análisis, única en la que éste puede desarrollar su plena eficacia. El tipo ideal de

situación queda constituido cuando un individuo, dependiente sólo de su propia voluntad, se ve aquejado por un conflicto interno al que no puede poner término por sí solo, y acude al psicoanalista en demanda de ayuda. El médico labora entonces, de acuerdo con una de las partes de la personalidad patológicamente disociada, en contra de la parte contraria. Las situaciones que difieren de ésta son siempre más o menos desfavorables para el análisis y añaden a las dificultades internas del caso otras nuevas (*op. cit.*, pp. 2546-2547).

Como podemos ver, los problemas derivados de una falta de motivación autónoma y la situación de dependencia de los niños/as y adolescentes, obliga al diseño de estrategias especiales para abordar con éxito este tipo de pacientes.

Por ejemplo, uno de los requerimientos para el tratamiento psicoanalítico de adolescentes es que los padres posean un cierto grado de sofisticación que les permita percibir que su hijo/a tiene problemas emocionales serios, y que éstos no se curarán espontáneamente con el paso del tiempo; que sus esfuerzos —en términos de tiempo, dinero y emociones— son una inversión razonablemente buena en su hijo/a. También se espera que puedan estar suficientemente libres de una ambivalencia crítica, o bien que la puedan manejar de una manera más o menos razonable. Tanto el adolescente como el analista necesitan reconocer la importancia de los padres, tanto en la iniciación como en el mantenimiento de la situación analítica, por lo que no puede soslayarse el poder de éstos, ya sea como un elemento de ayuda o bien como un factor disruptivo o de intrusión en el proceso. Se trata de un aspecto muy delicado que debe ser reconocido a tiempo y manejado de manera eficaz (Shopper, 1995).

Una diferencia más en el tratamiento de las y los adolescentes tiene que ver con la gran importancia que reviste el grupo de amigos (de la colonia o barrio, de la escuela) para la aceptación o rechazo de un tratamiento analítico. Un ejemplo de esta situación lo constituye el caso de una adolescente temprana de 14 años, quien solicitó tratamiento debido a las dificultades existentes en el vínculo con su madre, problemas que se vieron agravados cuando la joven inició una relación de noviazgo. Con esta adolescente fue necesario establecer un encuadre limitado a únicamente 20 sesiones, con una frecuencia de tres veces por semana, dado que (independientemente de la presencia de todo tipo de resistencias) ella era la "única de su escuela" que iba a psicoterapia, lo que era vivido como un estigma más en una jovencita especialmente sensible a las críticas y comentarios de sus amigas cercanas. En este caso, la madre decidió ingresar a una psicoterapia (lo cual no es muy común), por lo que fue remitida con una colega.

En relación con el tratamiento psicoanalítico de adolescentes es importante distinguir los siguientes problemas especiales: 1) aquellos relacionados con la autonomía y la

dependencia, 2) las conductas contrafóbicas, 3) los asuntos relacionados con la sexualidad, 4) la contratransferencia, 5) la interrupción prematura (Shopper, 1995) y 6) el problema del *acting out* (Levisky, 1999).

Autonomía y dependencia. La autonomía del Yo tiene que abrirse campo a través de dos aspectos: por una parte, el Yo se encuentra sometido a fuerzas internas (impulsos, deseos y fantasías) con respecto a las cuales debe adquirir cierto grado de autonomía; y, por otra, también está sujeto a las presiones y tropiezos de la realidad externa (escuela, compañeros, padres, etc.), fuerzas de las que también debe independizarse, aunque en cierta medida. Es importante entender que muchos de los esfuerzos conscientes del adolescente están dirigidos hacia el logro de una autonomía creciente sobre las fuerzas externas; sin embargo, en forma simultánea, estas presiones suelen demandarle una mayor restricción de sus funciones autónomas. Esto se manifiesta en el hecho de que, por una parte, el adolescente resiente tener que ir a análisis, aunque, por la otra, aprecia en gran medida la ayuda que recibe. En lo referente a los aspectos que tienen que ver con la técnica, es conveniente establecer la cita inicial directamente con el adolescente para obtener la historia del desarrollo y, si es necesario, completar la historia con registros médicos o académicos, y solicitarle que haga lo necesario para que sean enviados al analista. Algunos padres sólo desean "ver" al analista con el fin de conocerlo; otros, en cambio, solicitan entrevistas que se llevan a cabo en presencia del paciente, a menos que éste explícitamente manifieste su deseo de no estar presente. Los principios éticos son fundamentales en el trabajo con adolescentes y niños/as, especialmente todo aquello que tiene que ver con la confidencialidad: el adolescente debe saber que el material que vierte en las sesiones no podrá ser divulgado bajo ninguna circunstancia, a menos que se presentara una situación de extrema emergencia (como cuando está en peligro su vida o la de otras personas).

Propensión a adoptar una conducta contrafóbica. Este tipo de mecanismos habitualmente incluyen el uso de drogas y alcohol, conducir en forma peligrosa y la actividad sexual riesgosa (es decir, aquélla que se actúa sin las precauciones adecuadas y, por tanto, con la posibilidad de derivar en un embarazo no previsto o una infección de transmisión sexual). Es parte normal del proceso de desarrollo que el adolescente manifieste un sentido de omnipotencia e invulnerabilidad, que al combinarse con una negación de los riesgos y peligros puede ocasionar que ponga su vida en riesgo. En este sentido, resulta muy importante la sensibilidad del analista en el manejo de la contratransferencia con el fin de no caer en actuaciones de carácter complementario asumiendo el papel —frecuentemente limitante— de uno de los padres; o, por el contrario, en fantasías de rescate o en actitudes pedagógicas desnaturalizando el tratamiento y transformándolo en una mera distribución de consejos o en una terapia de guía.

Asuntos sexuales. El adolescente ha entrado ya a una etapa de madurez sexual y parte de sus problemas de desarrollo tienen que ver con la aceptación de su cuerpo y con la creciente habilidad de éste para tener excitación sexual y orgasmo. En este periodo, el adolescente suele luchar por controlar su conducta sexual, así como las fantasías e impulsos masturbatorios, empujado por pulsiones cuya fuerza nunca antes había sentido con tal intensidad. Por otra parte, la adolescencia es la etapa en la que se consolida un tipo predominante de orientación en la elección de objeto, ya sea heterosexual u homosexual. Al mismo tiempo, desean e intentan relaciones de tipo monogámico, **aunque** con frecuencia se involucran en lo que podría considerarse como promiscuidad. "Nuestras actitudes hacia la homosexualidad, hacia las perversiones, hacia el incesto **entre** hermanos o padre/hijo, hacia el abuso sexual, la promiscuidad y el embarazo fuera **del** matrimonio, son puestos a prueba" (Shopper, 1995, p. 25). Esto ocasiona que, con cierta frecuencia, sean nuestros juicios morales los que motivan la adherencia a ciertos puntos de vista considerados como "científicos". Para Shopper, una de las metas del análisis es la de ayudar al adolescente a comprender su sexualidad y a manejarla en una forma que no sea nociva para él o ella, ni para los demás.

Contratransferencia. En comparación con el análisis de adultos, hemos observado que la intensidad de los afectos a los que se ve expuesto el analista en el tratamiento psicoanalítico de un adolescente tiende a provocar un mayor número de respuestas contratransferenciales. En Latinoamérica, la formación del analista de niños y adolescentes suele ser posterior a su formación como analista de adultos y después de haber concluido su análisis personal (o bien, puede comenzar en el último año de su formación). La crudeza de la sexualidad y de los impulsos agresivos y destructivos, las conductas de alto riesgo —sobre todo cuando se trata de pacientes con una organización *borderline* de la personalidad— generan diversas reacciones, siempre intensas y de difícil manejo, en el campo de la transferencia y contratransferencia que pueden dañar u obstaculizar el progreso del análisis. Merecen mención aparte las reacciones contratransferenciales en las que se transparentan los aspectos ideológicos del analista, principalmente aquellas que tienden a perpetuar el modelo de dominación masculina y subordinación femenina vigente en los países latinoamericanos (Lartigue, 1998).

Interrupción y terminación del tratamiento. El impulso de terminar un **análisis** puede originarse en el adolescente o en sus padres; también puede tener su origen en otras circunstancias externas, como el hecho de haber concluido los estudios de preparatoria o bachillerato y el deseo de ingresar a una universidad localizada en otra ciudad o país. También puede estar motivado por el inicio de un empleo remunerado, o por un cambio del mismo. Es importante, en cualquiera de las situaciones descritas, analizar a

profundidad las causas y, si es posible, tomar la decisión de terminación por consentimiento mutuo, dejando las puertas abiertas para continuar el análisis después de la interrupción en cualquier otro momento del ciclo vital (Shopper, 1995).

Acting out. Un problema especial —aunque común— en el tratamiento de las y los adolescentes es el *acting out*, fenómeno psicológico que aparece en la transferencia como una defensa o con la emergencia de sentimientos muy primitivos. Ocurre principalmente en pacientes cuya capacidad simbólica se encuentra poco desarrollada, o que han regresado a estados mentales en los que la vía motora se convierte en medio de expresión de los afectos y del pensamiento. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la actuación —*acting out*— también puede ser vista como un proceso indispensable e inherente a la maduración del adolescente que mediante ella tiende a repetir el conflicto con sus objetos primarios, pero ahora en el ámbito del grupo de pares, con el fin de ir elaborándolo para encontrar las soluciones más apropiadas, "ya no sólo a las necesidades internas sino también a las externas, que son sociales y culturales" (Dupont, 1973, p. 48). Para este autor, la actuación del adolescente es tan importante como el juego de los niños, y su trascendencia tiene que ver con su efecto de ensayo sobre la realidad. Por su parte Levisky (1999), retomando el concepto de Anna Freud, lo extiende hasta la adolescencia, especialmente cuando se encuentra en auge la crisis de identidad; en esos momentos emerge lo primitivo y se entrelaza con los aspectos actuales de la personalidad o el carácter.

Las formas de intervención del analista en el tratamiento psicoanalítico de adolescentes son las mismas que en el análisis de adultos: interpretación, construcciones, análisis de sueños y ensoñaciones, señalamientos y confrontaciones, cuya formulación va a depender de si se trata de un adolescente en la etapa inicial —al que también se ha denominado puberal—, en la etapa media (o nuclear), o en la adolescencia tardía, así como del tipo de psicopatología con la que nos enfrentamos. En ocasiones, los adolescentes más cercanos al periodo de latencia gustan de combinar algunas técnicas de juego y/o de dibujos junto con las asociaciones verbales, que se manejan de manera muy semejante a su uso en el tratamiento de latentes.

En este periodo de la vida debe tenerse muy en cuenta la importancia de un parámetro, que tiene que ver con la condición del analista como objeto real, como el objeto creado y encontrado a la vez —descrito por Winnicott— y con el hecho de que se establece una relación real analista-analizando, —relación descrita con todo cuidado en el capítulo de M. I. López de este volumen.

El proceso psicoanalítico en niñas y niños

Debido a la imposibilidad de lograr en el niño/a asociaciones verbales (ya que las verbalizaciones del niño no constituyen un material utilizable como asociación libre), faltando así el instrumento fundamental del proceso psicoanalítico. se han efectuado en este siglo —a partir del reporte pionero del caso Juanito, quien por cierto era muy comunicativo (Freud, 1909)— diferentes intentos por adaptar el método psicoanalítico a las condiciones psíquicas de las y los niños, dando origen a las técnicas mediante el juego empleadas por las corrientes actuales de esta especialidad del psicoanálisis.

Además del empleo del juego, otras diferencias con el tratamiento de adultos es la no existencia de la conciencia de enfermedad ni el deseo de cura (aunque en ocasiones recibimos a niños con intenso sufrimiento personal y claros deseos de ser ayudados a resolver sus angustias), debido a que, en lo general, no padecen las consecuencias de su psicopatología. por lo que no acuden al analista por libre decisión. Sucede con frecuencia que los padres, ya sea por decisión propia o por recomendaciones de las autoridades escolares, del pediatra o del neurólogo, son quienes solicitan el tratamiento.

¿Cuáles son las diferentes técnicas de intervención terapéutica con niños/as? ¿De qué manera se puede abordar el tratamiento psicoanalítico de niñas y niños? En las décadas comprendidas entre 1920 y 1940 surgieron las siguientes modalidades técnicas, algunas de las cuales permanecen en la actualidad.¹²

Una primera modalidad instrumentada consistió en la observación del juego de los pacientes niños y el jugar con ellos dentro de su ambiente, en su hogar (Hug-Hellmuth, 1913, 1921).

Una segunda modalidad fue la propuesta por Anna Freud (quien trabajaba en el Centro de Asistencia de Niños de Viena, cuya directora fue H. Hug-Hellmuth), quien desarrolló un método particularmente útil en la etapa de latencia en niños aquejados de neurosis graves, procedimiento que se inicia con una labor previa, introductoria, que prepara al niño para afrontar el ulterior análisis. Las técnicas de intervención están enfocadas primordialmente a la interpretación de los sueños, las ensoñaciones y las fantasías, los dibujos,¹³ que repiten y/o constatan el material de los sueños nocturnos o diurnos, así como la observación del juego del paciente para poder comprender la ma•

¹² Véase en este mismo volumen el capítulo de Manuel I. López y Norma León, así como los trabajos de A. Aberasturi (1946-47, 1971).

¹³ También Winnicott desarrolló una técnica basada en la creación, a través del garabato, de un dibujo compuesto por analista y paciente, material luego interpretado en el curso de la sesión.

nera en que el Yo enfrenta las pulsiones, el Superyó y la realidad exterior (A. Freud, 1927). Aquí cabe recordar que en los sueños de los niños la realización de deseos se presenta de manera evidente y—casi— sin disfraz o censura (Freud, 1900). Suele suceder que cuando los niños recuerdan estos sueños simples y de gran coherencia, este hecho les convierte en pequeños descubridores de su realidad psíquica. En estos sueños se atisba con claridad la ligazón de ambas pulsiones, con predominio de lo libidinal, cuya rememoración puede acompañarse —o no— de angustia, dado el despliegue de una manera casi no desfigurada, de los deseos, frustraciones y todo tipo de fantasías inconscientes —tanto preedípicas como edípicas. Los pequeños/as revelan también sus paulatinas posibilidades de elaboración, sublimación y reparación sobre las imágenes de su mundo interno, así como sobre sus emociones placenteras o displacenteras. Además, al agregar sus juegos, dibujos y cantos, así como el lenguaje gestual y corporal que emplean con largueza, los niños/as suelen aportar elementos nuevos sobre aspectos reprimidos y olvidados —que confirman y desarrollan la temática onírica (Medici de Steiner, 1994).

En relación con el tema de los productos oníricos, es importante tener en cuenta que los niños entre los tres y los seis años de edad manejan por momentos los contenidos de los sueños y las fantasías diurnas (o ensoñaciones) de manera indiscriminada, por lo que sucede que cuando hablan de sus sueños pueden estarse refiriendo a sus ensueños y viceversa. Al hacerlo así, transforman los sueños en sueños diurnos y discurren libremente acerca de lo onírico, cual si se tratara de fantasías diurnas. Por su parte, Carmen Medici de Steiner (1994) recomienda indagar, durante el análisis de niños/as, además de los sueños de deseo y los sueños repetitivos libidinales (con o sin angustia), la presencia de sueños traumáticos y de sueños-trauma. Los sueños traumáticos son complejos psíquicos displacenteros de los que el niño no puede desprenderse y que, por su naturaleza, repiten compulsivamente situaciones, contenidos y emociones traumáticos pasados. En cambio, los sueños-trauma serían en sí mismos un acto traumático, en donde los contenidos latentes irrumpen casi directamente en el soñante y resultan tan aterradoras que dan lugar a una situación traumática. Su comprensión es casi inaccesible durante el trabajo psicoanalítico y se diferencian de las pesadillas en que estas últimas son más elaborables, a pesar de la intensa angustia que generan. Retomando las contribuciones de Anna Freud, es importante destacar el énfasis que hace en el establecimiento del perfil del desarrollo previo al tratamiento (A. Freud, 1965), método que ha permitido llevar a cabo la investigación más completa realizada hasta el día de hoy con relación a la efectividad del tratamiento psicoanalítico en comparación con la psicoterapia.

pía psicoanalítica por diagnóstico y por grupos de edad (Fonagy y Target, 1996; Target y Fonagy, 1997).

Una tercera modalidad del análisis de niños/as fue instrumentada por Melanie Klein (1921, 1926, 1932), quien además del estudio de sueños en la situación analítica (que ejemplifica con Trude, una niña de tres años y tres meses de edad tratada por ella), desarrolló una técnica que se puede emplear con niños preescolares, latentes y púberes, donde las asociaciones libres son reemplazadas por el juego. A través de la actividad lúdica, el niño expresa sus fantasías, deseos y experiencias de un modo simbólico; y por ser la acción un proceso de descarga anterior al pensamiento, es fundamental en el análisis de los niños adquirir la destreza para desentrañar los significados de cada símbolo expresado mediante la actuación lúdica del pequeño/a, así como la significación de las palabras con las que se acompañan en sus juegos, y que tienen el valor de las asociaciones libres. En palabras de una de sus principales seguidoras latinoamericanas

la técnica de juego permite el análisis de la situación de transferencia y resistencia, la supresión de la amnesia infantil y de los efectos de la represión, así como el descubrimiento de la escena primaria. Por lo tanto, se ajusta no sólo a las mismas normas del método analítico para adultos, sino que también llega a los mismos resultados. La única diferencia es técnica y no de principios, y consiste en adaptar el procedimiento a la mente infantil (Aberastury, 1946-1947, p. 275).

De acuerdo con Pérez de Plá (1992), lo característico de M. Klein es la consideración exclusiva de la realidad psíquica, lo que condujo a una técnica que consiste en una sustitución sistemática de las diversas producciones electivas de sentido del niño/a (juego, palabras, dibujos y gestos) por las relaciones postuladas en el orden de las fantasías. De esta manera, el juego posibilita desplazar al mundo externo los procesos intrapsíquicos, al mismo tiempo que la posibilidad de reparar, de manera simbólica, el cuerpo materno, al reparar la imagen materna como objeto interno. Desde esta perspectiva, el objetivo de la interpretación es promover la manifestación y reducción de la angustia, que le permita al pequeño hacerse cargo de su realidad psíquica. Estas interpretaciones se efectúan dentro del marco de la relación transferencial.

Una modalidad de trabajo es la de Morgensten (1937), quien emprendió el estudio de todas las creaciones de los menores de edad en el consultorio, como pueden ser el análisis de sueños, ensoñaciones, fantasías, cuentos o historias y dibujos, enfocándolos desde la perspectiva de la técnica de la interpretación de los sueños, buscando siempre el contenido latente, oculto en el contenido manifiesto.

Otra modalidad técnica, aplicable sólo en niños más grandes, consiste en tener en el consultorio un teatro de títeres con personajes típicos, como son la madre, el padre y los hermanos, además de hombres y mujeres en general, con el fin de representar diferentes personajes como el médico, la maestra, entre otros, así como un repertorio de trajes que se emplean para representar a la policía, la muerte, etc., lo que permite que el niño/a haga una clara dramatización de sus conflictos internos y de las situaciones por las que está atravesando, de las cuales difícilmente hablaría (Rampert, 1938).

Cabe hacer notar que los análisis llevados a cabo durante el periodo de latencia, en niños entre los seis y los doce años, ofrecen dificultades especiales en virtud de que en esta época hay un predominio de la represión, lo que ocasiona que su vida imaginativa se vea un tanto limitada, de que sus experiencias están ya desexualizadas, de que la lucha en contra de la masturbación origina, en cierto modo, cierta desconfianza y reserva en los niños durante esta fase, y debido a que su Yo es todavía débil. Por todo lo anterior, en los análisis en niños en periodo de latencia predominan los temas sobre las diferencias de los sexos y la curiosidad sexual en general (Bomstein, 1951).

Arminda Aberastury, una de las primeras psicoanalistas de niños en América Latina (supervisada por M. Klein), siempre enfatizó la necesidad de que el niño sea reconocido como un sujeto psíquico con plenos derechos. Su técnica prescinde de la formulación de preguntas o de esperar asociaciones, recomienda que el analista explicité en términos claros, puestos en palabras, el conflicto pulsional y las angustias, así como la manera en que dichos factores afectan la vida emocional del pequeño, y los modos en que éste imagina su posibilidad de curación. Su aporte consiste en las posibilidades derivadas de la explicitación tanto de las fantasías de enfermedad como de las de curación; al mismo tiempo, esta autora también consideraba que la transferencia era la clave del análisis, en virtud de que es lo que posibilita el despliegue del inconsciente sobre la figura del analista y permite llegar al núcleo de la repetición (Gurman, 1993).

Maud Mannoni, relacionada estrechamente con Françoise Dolto, consideraba que el campo del psicoanálisis de niños (como el de cualquier psicoanálisis) es el campo del lenguaje, y que las modificaciones técnicas, como la utilización del juego, el hecho de que se lleve a cabo cara a cara y las entrevistas con los padres, no alteran su esencia. El juego es considerado como un texto a descifrar, ya que existe en él una dimensión simbólica, una creación poética y un espacio de repetición. Por su parte, el discurso que rige en estos análisis abarca a los padres, al niño/a y al analista. La dirección de la cura que esta autora propone está centrada en la identificación de lo que el niño representa dentro del mundo fantasmático de los padres. El niño, actuando como una bisagra implícita de esta representación, despliega en sus juegos y producciones ese mundo

fantasmático. De ahí la importancia de desentrañar el lugar que ocupa la palabra de la madre en su mundo íntimo, ya que si bien se trata de una palabra generalmente perdida para la conciencia, conserva, sin embargo, una eficacia a la que hay que prestar atención. El síntoma es uno de sus aspectos; aquí es visto como el producto de la conflictiva parental y es portador de una verdad que está oculta, no en el sentido de una mentira, sino de lo no dicho, de lo no integrado simbólicamente. Es por esto que el dispositivo analítico con los niños, desde la perspectiva de M. Mannoni, no puede ser pensado sin el discurso de los padres. En relación a *los aspectos transferenciales*, la autora concuerda con Octave Mannoni en poder entenderlos y pensarlos como un sueño. A su vez, en los sueños se manifiesta la transferencia hacia la persona del analista. En todo análisis de niños tiene lugar un entrecruzamiento transferencial: la transferencia de los padres hacia el niño y el analista, la del niño hacia los padres y el analista, y, por último, la del analista hacia los padres y el niño, por lo que ésta adquiere un carácter de "encrucijada". En función de este tipo de enfoque, resulta particularmente importante tomar en cuenta lo delicada que es, la mayoría de las veces, la resolución del síntoma en el niño, ya que esto suele poner al descubierto su función en la dinámica familiar y su utilidad al servicio de la obturación de la angustia parental (Frizzera *et al*, 1998).

Siguiendo una línea de pensamiento similar, Rozenbaum de Schwartzman (1998) señala la necesidad de rastrear—en el análisis de niños y adolescentes— ciertos hechos trascendentes que han dejado su marca en las generaciones anteriores para poder formular una historización que logre resignificar el padecimiento presente, en virtud de que aquello que no ha podido encontrar su inscripción psíquica en los padres, su figuración imaginaria, corre el riesgo de hacer un retorno sobre el otro, designado en la genealogía para reproducir sin comprender, en una sucesión sin fin que se perpetúa de una generación a otra, desafiando el paso del tiempo. En este tipo de escucha analítica, de corte un tanto estructuralista, se pone a prueba tanto la facultad de traducción como el reordenamiento del tiempo con la adecuada ubicación de las generaciones y la distribución de los conflictos, estableciéndose las secuencias que permiten un nuevo reordenamiento simbólico. "La historización propiamente dicha recién surgirá en el movimiento transferencial, creando causalidad donde no la había, aportando eslabones a aquello que no estaba conectado, develando enigmas que el sujeto ignoraba poseer" (Rozenbaum de Schwartzman, 1998, p.137).

Como se puede apreciar en esta apretada síntesis del proceso analítico en niños/as, las diferentes modalidades privilegian, como en el análisis de adultos y adolescentes, a la interpretación como instrumento central de la terapia, si bien en el trabajo con niños/as, además de la palabra, también toman particular importancia el acto y el gesto. Poco a

poco, el niño/a va adquiriendo *insight* acerca de él mismo según su capacidad de pensar y, conforme avanza el proceso terapéutico, se va centrando en aquello que lo aqueja profundamente, material que irá expresando por medio de sus relatos y conductas no verbales, sus juegos y sueños, sus dibujos y ensoñaciones. El analista advierte y aprecia los diferentes intentos elaborativos del paciente y le ayuda en los mismos, al facilitarle la comprensión de las diversas facetas del problema y los distintos caminos posibles para su resolución. Cuando se acerca la terminación del tratamiento, se continúa interpretando la transferencia al tiempo que se promueve la expresión de los sentimientos que surgen y que son propios de la terminación (o de la interrupción), por lo que la tarea se centra en el trabajo acerca de la separación del analista como objeto real (Salles, 1992).

Por último, cabe destacar que en cada sesión analítica:

decimos, hablamos, pero también miramos, jugamos, actuamos, nos movemos en un espacio-tiempo analítico donde el cuerpo con toda su funcionalidad instrumental dialoga en el cuerpo a cuerpo del encuentro. Juegos, dramatizaciones y escenificaciones convocan y despliegan registros multimodales donde las aferencias de la sensorialidad toman sentidos que se entranan y colorean en la singularidad del encuentro transferencial con el otro (López de Cayaffa y Ameglio, 1999, p. 90).

Ser psicoanalista de niños/as y adolescentes es una experiencia que repercute en la clínica con pacientes adultos y en la elección del esquema conceptual y referencial del analista. Al pensar en la identidad del psicoanalista de niños/as, una parte de su formación es común a todo trabajo psicoanalítico, como es la vivencia —siempre inquietante— del inconsciente dinámico en el trabajo cotidiano, la posibilidad de instalar un proceso que lleve al sujeto a un cambio psíquico y la utilización de la interpretación y la transferencia como método de conocimiento de los procesos emocionales subyacentes. En el análisis con niños/as, los analistas debemos añadir conocimientos mucho más profundos sobre la infancia y los procesos de maduración y desarrollo, una capacidad *yoica* adecuada para enfrentar las regresiones y la fuerza de las pulsiones, que en algunos momentos puede ser de gran intensidad, y su expresión extraordinariamente descarnada, así como el conocimiento de nuestra propia patología, que nos hace fuertes o vulnerables según el paciente que tratamos.

Martín (1997) ha destacado cuatro aspectos significativos de la clínica del psicoanálisis de niños que influyen en el trabajo con adultos: 1) la función de contención y el significado del encuadre, 2) la inclusión de los padres, 3) la existencia de un nivel espe-

cífico dentro de la elaboración psíquica mediante el juego, el dibujo y el comportamiento y 4) el trabajo con la transferencia, en donde destaca tres aspectos que pueden encajar el peligro de un grave riesgo si no son bien comprendidos, como son el uso de la contratransferencia, el interés teórico por el paciente y la idealización del mismo. Para este autor se trata de aspectos que siendo experimentados en el trabajo cotidiano con niños, son experiencias que pueden ser percibidas de manera más clara en el proceso analítico con adultos.

A manera de conclusión, podemos hacer notar la importancia que tiene el psicoanálisis como cuerpo teórico de conocimientos aplicable a la niñez y a la adolescencia, no sólo desde la perspectiva terapéutica, sino también desde el punto de vista de la comprensión integral que nos ofrece sobre la vida psíquica y emocional del niño/a y del joven. Se trata de una dimensión en la que se destaca con mayor relevancia la importancia de las estructuras tempranas, el gran alcance que se les adjudica a las primeras experiencias estructurantes del psiquismo infantil, la característica fundante de las relaciones objetales que se entablan desde el inicio de la vida y la constitución de las ansiedades básicas así como las defensas erigidas en contra de su aparición, con las cuales el Yo incipiente se prepara para defenderse tanto de las pulsiones que presionan desde el mundo interno como de los estímulos y presiones provenientes del externo. Asimismo, nos da la oportunidad de poder comprender la riqueza formativa que implican las actividades lúdica y de expresión gráfica, de la mímica, la expresión corporal y la expresión verbal, acrecentando la capacidad de escucha del analista que, de esta forma, estará en la posibilidad de hacer devoluciones tanto verbales como a través de su propia actividad lúdica. Desde esta perspectiva, la interpretación puede ser vista como una actividad de gran ductilidad y plasticidad, lo cual nos coloca frente a un panorama fascinante a la vez que de una extraordinaria riqueza y variedad creativa (Lustig de Ferrer, 1998).

Por otra parte, hay que hacer notar que el psicoanálisis de niños/as abrió las puertas no sólo al amplio campo de la observación directa de niños/as y lactantes, así como al de las psicoterapias padres-bebé (véase el capítulo dedicado a este tema, de Lartigue y Maldonado-Durán, en este volumen), sino también al trabajo conjunto con otras disciplinas y otras corrientes teóricas. Basta recordar las contribuciones de John Bowlby, un psicoanalista de niños que aportó el paradigma que conocemos como la teoría del apego, concepción que además de apoyarse en la teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto, integró las aportaciones de la teoría general de sistemas, de la teoría de la información, la cibernética y los estudios sobre *biofeedback* (Lartigue y Vives, 1997). Asimismo, las aportaciones del psicoanálisis se han extendido al campo de la pedagogía y las ciencias de la educación, han repercutido sobre los estudiosos del fenómeno estético

y la dinámica de la creatividad; finalmente, forman parte integrante de la antropología y la etnología modernas. Las contribuciones pioneras de Geza Roheim, los estudios de Erik Erikson y las aportaciones de George Devereux son ejemplos de la fecunda fertilización que el psicoanálisis ha promovido en estos campos.

El tratamiento psicoanalítico, independientemente de si se aplica a los adultos, los adolescentes o a los niños/as, ha permitido mejorar las condiciones de vida, la capacidad de amar, de trabajo y disfrute —así como, con frecuencia, de creatividad— de miles de seres humanos en el siglo que acaba de concluir. Como teoría, ha quedado inscrito en la historia de las ideas; de hecho, la filosofía actual es impensable sin tomar en cuenta la aportación de Freud y la necesidad de incluir al inconsciente dinámico en su campo de trabajo. El arte literario y la plástica, así como la cinematografía, el teatro, la música y el ballet han quedado marcados por sus descubrimientos al igual que la historia, la sociología y la psicolingüística. A su vez, el psicoanálisis, al ser un cuerpo de conocimientos relativamente nuevo, está necesariamente abierto al creciente número de aportaciones emanadas de la neuroquímica, de la biología molecular y de la psicofarmacología; así como sigue beneficiándose de las producciones míticas, religiosas y de los hallazgos arqueológicos, por lo que se puede afirmar que el territorio descubierto por Freud forma parte integrante de múltiples campos interdisciplinarios.

Bibliografía

- Aberastury, A. (1946-47), "Psicoanálisis de niños", *Revista de Psicoanálisis*, (Argentina), 4 (2): 267-286.
- Aberastury, A. (1971), *Aportaciones al psicoanálisis de niños*, Ed. Paidós, 3ª ed., Buenos Aires, 1973.
- Abrams, S., P. Neubauer, y A. Solnit (1999), "Coordinating the Developmental and Psychoanalytic Processes: Three Case Reports" -Introducción, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 52: 19-24.
- American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, trad. de T. de Flores, J. toro, J. Masana, J. Treserra y C. Udina, Ed. Masson, Barcelona, 1995.
- Baranger, W. y M. Baranger (1969), *Problemas del campo psicoanalítico*, Ed. Kargieman, Buenos Aires.
- Bleger, J. (1967), "Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico", en *Simbiosis y ambigüedad*, Ed. Paidós, Buenos Aires, pp. 237-250.

- Bornstein, B. (1951), "On Latency", *The Psychoanalytic Study of the Child*, VI: 279-285.
- Breuer, J. y S. Freud (1893-95), "Estudios sobre la histeria", en Freud, S., *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. I: 39-168.
- Díaz Portillo, I. (1989), *Técnica de la entrevista psicodinámica*, Ed. Pax, México.
- Dupont M., M. A. (1973), "Fantasía y realidad en el adolescente", en *El desarrollo humano: siete estudios psicoanalíticos*, Ed. Joaquín Mortiz, México, 1976, pp. 38-61.
- Etchegoyen, H. R. (1986), *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- Fenichel, O. (1939), "Problems of Psychoanalytic Technique", Partes IV y V, trad, por David Brunswick, *Psychoanal. Quarterly*, VIII: 164-185.
- Fonagy, P. y M. Target (1996), "Predictors of Outcome in Child Psychoanalysis: A Retrospective Study of 763 Cases at the Anna Freud Centre", *J. Amer. Psychoanal Assoc*, 44: 27-77.
- Freud, A. (1927), "Four Lectures on Child Analysis", en *The Writings of Anna Freud*, Int. Univ. Press, 1974, Vol. I: 3-69.
- _____ (1936), *El Yo y los mecanismos de defensa*, trad, de Y. P. de Cárcamo y CE. Cárcamo, Ed. Paidós, 4ª ed., Buenos Aires, 1965.
- _____ (1965), "Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development", en *The Writings of Anna Freud*, Int. Univ. Press, 1969. Vol. VI.
- Freud, S. (1892-1893), "Un caso de curación hipnótica", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. I: 22-29.
- _____ (1894), "Las neuropsicosis de defensa", en: *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. I: 169-177.
- _____ (1895a), "Obsesiones y fobias", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. I: 178-182.
- _____ (1895b), "La neurastenia y la neurosis de angustia", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. I: 183-198.
- _____ (1986), "Nuevas aportaciones sobre las neuropsicosis de defensa", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. I: 286-298.
- _____ (1900), "La interpretación de los sueños", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. I: 343-720.
- _____ (1903), "El método psicoanalítico de Freud", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. I: 1003-1006.

- _____ (1905a), "Análisis fragmentario de una histeria", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. I: 933-1002.
- _____ (1905b), "Tres ensayos para una teoría sexual", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. II: 1169-1237.
- Freud, S. (1909), "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. II: 1365-1440.
- _____ (1910), "El porvenir de la terapia psicoanalítica", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. II: 1564-1570.
- _____ (1912a), "La dinámica de la transferencia", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. n: 1648-1653.
- _____ (1912b), "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. II: 1654-1660.
- _____ (1913), "Sobre la iniciación del tratamiento", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros. Biblioteca Nueva, 3ª ed.. Madrid, Vol. II: 1661-1674.
- _____ (1914), "Recuerdo, repetición y elaboración", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. u: 1683-1688.
- _____ (1915), "Observaciones sobre el "amor de transferencia", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. II: 1689-1696.
- _____ (1915-1917), "Lecciones introductorias al psicoanálisis", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. n: 2123-2412.
- _____ (1919), "Pegan a un niño", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. III: 2465-2480.
- _____ (1920a): "Más allá del principio del placer", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. III: 2507-2541.
- _____ (1920b), "Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. III: 2545-2561.
- _____ (1923), "El Yo y el Ello", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva. 3ª ed., Madrid, Vol. III: 2701-2728.
- _____ (1926), "Inhibición, síntoma y angustia", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. III: 2833-2883.

- _____ (1937a), "Análisis terminable e interminable", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. III: 3339-3364.
- _____ (1937b), "Construcciones en psicoanálisis", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed.. Madrid. Vol. III: 3365-3373.
- Freud, S. (1938), "Compendio del psicoanálisis", en *Obras completas*, trad, de Luis López-Ballesteros. Biblioteca Nueva. 3ª ed., Madrid, Vol. III: 3379-3418.
- Frizzera, O., S. Lustig de Ferrer, *et al.* (1998), "Mesa redonda: psicoanálisis de niños hoy", *Revista de Psicoanálisis* (Argentina), 55 (1): 201-221.
- Fromm- Reichmann, F. (1939), "Transference Problems in Schizophrenics", *Psychoanal. Quarterly*, VIII: 412-426.
- Garma, A., Mendizábal, A. Aiza, V. M. Santamaría. A. Diaz Infante, F. Hinojosa, J. R. Feder, L. y M. A. Dupont (1975). *Analizabilidad*, Ed. El Manual Moderno y Asoc. Psicoanalítica Mexicana, México.
- Glover, E. (1955), *The Technique of Psychoanalysis*, Int. Univ. Press, Nueva York.
- Gurman, I.(1993), ".lugar, jugando con Arminda Aberastury", *Revista de Psicoanálisis* (Argentina), 50 (2): 305-317.
- Heimann, P. (1950), "On Counter-Transference", *Int. J. Psycho-Anal.*, XXXI: 81-84.
- Hug-Helimumth, H. (1913), "A Study of the Mental Life of the Child", Nervous and Mental Disease Publishing Co, Washington D. C, 1919.
- Hug-Hellmuth, H. (1921), "On the Technique of Child Analysis", *Int. J. Psycho-Anal.*, II.
- Kernberg, O. (1999). "Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy and Supportive Psychotherapy: Contemporary Controversies", *Int. J. Psycho-Anal.*, 80: 1075-1091.
- Kernberg, P., A. Weiner y K. Bardenstein (2000), *Personality Disorders in Children and Adolescents*, Basic Books, Nueva York.
- Klein, M. (1921). "El desarrollo de un niño", en *Contribuciones al psicoanálisis*, trad. de Hebe Friedenthal, Ed. Hormé, Buenos Aires. 1964, pp. 19-63.
- _____ (1926), "Principios psicológicos del análisis infantil", en *Contribuciones al psicoanálisis*, trad, de Hebe Friedenthal, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1964. pp. 127-136.
- _____ (1932), "El psicoanálisis de niños", en *Obras completas*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1987, Vol. II.
- Kolteniuk, M. (1997), "Reflexiones sobre la contratransferencia", en Vives, J. (comp.) *El proceso psicoanalítico*, Asociación Psicoanalítica Mexicana/Plaza y Valdés, México, pp. 189-199.
- Lacan, J. (1951), "Intervención sobre la transferencia", en *Escritos I*, trad, de T. Segovia, Ed. Siglo XXI. 5ª ed., México. 1977, pp. 37-48.

- Lartigue, T. (1998), "Representaciones inconscientes de género. Su influencia en la contratransferencia" en *Cuadernos de Psicoanálisis*, XXXI (1-2): 23-42.
- Lartigue, T. y A. Córdova (1994), "Modalidades de maternaje, trastornos del apego y sus manifestaciones clínicas", en J. Vives y T. Lartigue (coord.), *Apego y vínculo materno-infantil*, Univ. de Guadalajara/Asoc. Psicoanál. Jalisco, pp. 190-209.
- Lartigue, T. y J. Vives (1997), "El concepto de apego en el desarrollo infantil temprano", en Dallal, E. (coord.), *Caminos del desarrollo psicológico*. Vol. I: De lo prenatal al primer año de vida, Plaza y Valdés, México, pp. 85-165.
- Lebovici, S., R. Diatkine y M. Soulé (1988a), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Vol. I, trad, de Ignacio Avellanosa, Biblioteca Nueva, Madrid.
- _____, Diatkine, R. y M. Soulé (1988b), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Vol. II, trad, de Ignacio Avellanosa, Biblioteca Nueva, Madrid.
- _____, Diatkine, R. y M. Soulé (1989), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Vol. III, trad, de Alberto Lasa y José María Marco, Biblioteca Nueva, Madrid.
- _____, Diatkine, R. y M. Soulé (1990a), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Vol. IV, trad, de Eloísa Castellano y José María Marco, Biblioteca Nueva, Madrid.
- _____, Diatkine, R. y M. Soulé (1990b), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Vol. v, trad, de Ignacio Avellanosa, Biblioteca Nueva, Madrid.
- _____, Diatkine, R. y M. Soulé (1993), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Vol. VI. trad, de Alberto Barrenechea, José M. Erroteta e Itziar Landaburu, Biblioteca Nueva, Madrid.
- _____, Diatkine, R. y M. Soulé (1995), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Vol. VII, trad, de Alberto Barrenechea, Biblioteca Nueva, Madrid.
- Levisky, D. L. (1998), *Adolescencia. Reflexiones psicoanalíticas*, trad, de Claudio C. Montoto, Ed. Lumen, Argentina, 1999.
- López de Cayaffa, C. y F. Ameglio (1999), "En tomo a la interpretación en el análisis de niños", *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 90: 88-97.
- Lustig de Ferrer, S. (1998), [Intervención en]: "Mesa redonda. Psicoanálisis de niños hoy", *Revista de Psicoanálisis (Argentina)*, 55 (1): 201-221.
- Mannoni, M. (1965), *La primera entrevista con el psicoanalista*, trad, de Víctor Fischman, Ed. Gedisa, Barcelona, 1979.
- Martín, M. (1997), "La identidad del psicoanalista de niños en el trabajo con adultos". *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, Número extra: 159-166.
- Medici de Steiner, C. (1994), "Analizando sueños de niños", *Revista de Psicoanálisis (Argentina)*, 51 (1-2): 75-86.

- Menninger, K. (1958), *Teoría de la técnica psicoanalítica*, trad, de M. González, Ed. Pax, México, 1960.
- Morgensten, S. (1937), *Psychanalyse infantile (Symbolisme et valeur clinique des créations imaginatives chez l'enfant)*, (cit. por Aberastury, 1946-47).
- Pérez de Plá, E. (1992), "Melanie Klein y el nacimiento del psicoanálisis de niños. Parte II. Juego e Interpretación", en Salles, M. (comp.), *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes*, Ed. Planeta, México, pp. 151-188.
- Perres, J. (1989), *Proceso de constitución del método psicoanalítico*, Univ. Autónoma Metropolitana, México.
- Racker, H. (1952), "Observaciones sobre la contratransferencia como instrumento técnico". Comunicación preliminar, *Rev. de Psicoanálisis*, IX (3): 342-354.
- Racker, H. (1953), "A Contribution to the Problem of Counter-Transference", *Int. J. Psycho-Anal.*, XXXIC: 313-324.
- Rampert, M. (1938), "Une nouvelle technique en psychanalyse infantile, le jeu des guignols", en *Rev. Française de Psychanalyse*, x: 50.
- Rapoport, J. e D. Ismond (1996), *DSM-IV Training Guide for Diagnosis of Childhood Disorders*, Brunner/Mazel, Nueva York.
- Reich, A. (1951), "On Countertransference", en *Psychoanalytic Contributions*, Internat. Univ. Press, Nueva York, 1973, pp. 136-154.
- _____(1960), "Further Remarks on Countertransference", *Op. cit.*, pp. 271-287.
- _____(1966), "Empathy and Countertransference", *Op. cit.*, pp. 344-360.
- Rozenbaum de Schwartzman, A. (1998), "Más allá de la historia. Transmisión generacional, particularidades en el psicoanálisis de niños y adolescentes", *Revista de Psicoanálisis (Argentina)*, 55 (1): 131-144.
- Salles, M. (1992), "La terapia psicoanalítica del niño, en Salles", M. (comp.), *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes*, Ed. Planeta, México, pp.111-127.
- Sandler, J., C. Dare y A. Holdeer (1973), *El paciente y el analista*, trad, de Max Hernández y Klaus Fink, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Schmukler, A. (1999), "Detours in Adolescent Development. Implications for Technique", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 54: 47-67.
- Sharpe, E, F. (1927), "Contribution to Symposium on Child Analysis", en *Collected Papers on Psychoanalysis*, Brunner/Mazel, Nueva York, 1978, pp. 3-8.
- Sharpe, E. F. (1930a), "The Technique of Psycho-Analysis. I. The Analyst", *Int. J. Psycho-Anal*, XI (3): 251-263.

- Sharpe, E. F. (1930b), "The Technique of Psycho-Analysis, IV. The Dynamics of the Method-the Transference", *Int. J. Psycho-Anal.*, XI (4): 374-386.
- Schopper, M. (1995), "Problemas especiales en el tratamiento psicoanalítico de adolescentes", presentado en la Sesión Científica de la Asociación Psicoanalítica Mexicana", México, D.F., el 27 de octubre de 1995.
- Strachey, J. (1934), "The Nature of the Therapeutic Action of Psycho-Analysis", en Bermann, M. S. y Hartman, F. R. (ed), *The Evolution of Psychoanalytic Technique*, Basic Books, Nueva York, pp. 331-360.
- Target, M. y P. Fonagy (1997). "Research of Intensive Psychotherapy with Children and Adolescents", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 6(1): 39-51.
- Vives, J. (1986), "Incertidumbre en la teoría psicoanalítica", *Cuadernos de Psicoanálisis*, México, XIX (3-4): 123.
- Vives, J. (1990), "Reconstrucció en psicoanàlisi, passat o present?", *Rev. Catalana de Psicoanàlisi*, Barcelona, II (2): 245-257.
- Vives, J. (1991), "Teorías de la cura", *Cuadernos de Psicoanálisis*. México, xxiv (1-2): 85-89
- Vives, J. (1993), "La regla fundamental, I- La asociación libre", *Cuadernos de Psicoanálisis*, México, xxvi (3-4).
- Vives, J. (1994), "La regla fundamental, II.- La atención flotante", *Cuadernos de Psicoanálisis*, México, xxvn (3-4): 187-198.
- Vives, J. (comp.) (1997), *El proceso psicoanalítico*, Plaza y Valdés, México.
- Winnicott, D.W. (1949), "El odio en la contratransferencia", en: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, trad. de Jordi Beltrán, Ed. Laia, Barcelona, 1981, pp. 267-279.
- World Health Organization (1996), *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders*, Cambridge University Press, Reino Unido.

IV

Psicoanálisis y psicoterapia de niños

Pablo Cuevas Corona

Aspectos históricos de las actitudes hacia la infancia

Muchos años debieron de transcurrir a lo largo de la historia de la humanidad para que surgiera en las sociedades un cambio de actitud con respecto a los niños. En realidad, hasta antes del siglo pasado, el concepto que se tenía de los niños era sólo un poco diferente del que se tenía de los animales; incluso éstos eran mejor cuidados y protegidos que aquéllos, dado su valor alimenticio o comercial.

Sorprende encontrar muy pocas referencias bibliográficas que nos hablen de lo que ha sucedido con los niños durante todos estos siglos: la forma en que fueron sacrificados por ser una carga en los movimientos migratorios de las tribus, o para "reforzar" con sus cuerpos mutilados la construcción de las paredes de los templos, o asesinados los gemelos por la creencia de que eran producto de relaciones adúlteras, o presentados como ofrendas rituales para aplacar la ira amenazante de los dioses.

El infanticidio y su no menos terrible variante, el filicidio (Raskovsky 1970), tienen una historia amplia: están consignados en la mitología griega, en la forma en que Cronos, el padre-tiempo, devora a sus hijos (para evitar que alguno de ellos lo destronase como él hizo con su padre Urano); en el abandono de los hijos, como en la leyenda de Edipo (intentando cambiar los amagos del destino); en la exigencia bíblica hecha a Abraham

para sacrificar a su primogénito Isaac; en la desaparición de múltiples jóvenes héroes depositarios de la amenaza para la sobrevivencia de los padres o de ciudades: en la creación de sistemas bélicos de los que son protagonistas los jóvenes y con mucha frecuencia los niños. Cabe hacer notar que muchas de estas conductas son repeticiones de actos que los progenitores realizaron previamente contra sus padres, y que su intención primera es la de prevenir (de manera paranoide) que los propios hijos las realicen a su vez en contra de ellos.

En otras palabras, el filicidio, en cualquiera de sus formas, pareciera ser una conducta que está al servicio de la supervivencia individual, pero que se opone al instinto de conservación de la especie. Da la impresión de que, en su narcisismo, el hombre intenta de manera absurda preservar su propia vida sacrificando la de sus hijos. Parece ser éste un fenómeno de ambivalencia en el que surgen multitud de emociones opuestas, sentimientos de culpa y de envidia que acompañan la vida psíquica del hombre y se ven reflejadas en la creación de mitos y deidades, ficciones y consejas, tradiciones y costumbres: "Si los dioses son malos con el hombre, habrá que aplacarlos para obtener sus favores; si los dioses dan la vida, pueden también quitarla", son ejemplos de ansiedades persecutorias que se desplazan hacia la parte más indefensa de la sociedad, sus niños.

Muchas de estas tendencias destructivas reducen su intensidad con el paso del tiempo y con el avance de la civilización. En épocas como el Renacimiento, las encontramos ocultas en el gran desprecio que se observa en el arte por las formas y características infantiles, de tal manera que ángeles y querubines eran pintados y esculpidos con cuerpos que tienen atributos sexuales secundarios.

Estas características contradictorias y muchas más están presentes en el fondo inconsciente de la mente del hombre. Con ellas trabajamos al procurar la salud mental de los individuos o de las comunidades. Se hacen evidentes clínicamente en forma de resistencias, de mecanismos de defensa, en el contenido latente de los sueños y de las fantasías, en los *lapsus*, olvidos y actos fallidos, en el lenguaje corporal, en las actitudes y en el juego.

Pocas culturas, entre ellas las precolombinas y en especial las que se desarrollaron en Mesoamérica, pueden preciarse de mantener actitudes distintas con respecto a los niños. Coincido con Shein (1986) cuando compara las diferentes maneras con que los aztecas, por ejemplo, manejaban la alegría del embarazo, los rituales del parto y del bautizo y los consejos que daban a sus hijos, comparación en la que se incluyen los sacrificios de niños a los dioses, y que a pesar de esto, da un balance positivo a nuestras culturas ancestrales, lo cual es digno de rescatarse.

Por ejemplo, para la educación entre los pueblos náhuatl, actuaban los *tlamatimine*, hombres ancianos que, elegidos por su sensatez y juicio basado en la experiencia, se

encargaban de orientar, enseñar y ayudar a todos para tener una identidad propia, educándolos con base en dar sabiduría a los rostros y firmeza al corazón. Decían de ellos, describiéndolos: "El que hace sabios los rostros ajenos, hace a los otros tomar una cara, los hace desarrollarla... Pone un espejo delante de los otros, los hace cuerdos, cuidadosos, hace que en ellos aparezca una cara... Gracias a él la gente humaniza su querer y recibe una estricta enseñanza..." (León Portilla, 1956, p. 192).

Describe Díaz Infante (1982) que "la secuencia educativa de hombres y mujeres, desde lactantes, niños, jovencitos y adultos", concluía sólo cuando ya estaban maduros, conscientes, responsables, dueños de una forma honesta y creativa de vivir, con una perfecta ubicación en su familia, en la sociedad, en el Universo. Eran entonces conocedores de su interioridad psicológica y estaban en armonía con los buenos sentimientos alojados en su corazón. En toda actividad se les inculcaba un gran sentido de la familia y del grupo humano, porque un rostro y un corazón no andaban solos en el mundo, sino cerca, a un lado o enfrente de muchos otros rostros y muchos otros corazones.

En nuestra cultura occidental, fue a mediados del siglo XVIII cuando Rousseau (1762) publicó su obra pedagógica *Emilio*, en la que por primera vez se aceptaron los derechos naturales del niño y que la educación comienza "desde el momento de nacer, ya que incluso antes de poder hablar o comprender, el niño ha aprendido ya por experiencia muchas cosas". Pero es realmente hasta finales del siglo pasado cuando se manifiesta una genuina preocupación por lograr una buena crianza y un completo desarrollo de los niños, es decir, cuando comienza a considerárseles como seres independientes, personas en desarrollo, con características individuales de inteligencia, capacidad de observación y de razonamiento. En un tiempo, eran tratados como "pequeños adultos" y se les exigían los mismos modales y comportamiento, incluso en lo laboral. De esta manera y ya en plena era industrial, los niños se convirtieron y son en la actualidad, una fuerza de trabajo importante, con mayor o menor protección legal, de acuerdo principalmente a las necesidades de las áreas urbanas o rurales de los países.

Todos estos aspectos se abordan actualmente, desde varios puntos de vista, según se considere al niño como objeto de estudio de diferentes áreas del conocimiento: la educación, la pedagogía, la religión, la pediatría, la psiquiatría infantil o el psicoanálisis. Al parecer, este interés por el cuidado y protección que se muestra por los niños, proviene igualmente de la ambivalencia, pero sus manifestaciones son más positivas y humanas y han permitido el abatimiento de las tasas de mortalidad y morbilidad infantiles tan altas todavía hasta hace pocos años.

Breve historia del psicoanálisis de niños

Los temas acerca del desarrollo psicológico y emocional son más recientes aún. Surgen cuando Freud inicia sus descubrimientos acerca de la sexualidad infantil, comunicadas inicialmente en sus *Estudios sobre la histeria* (1895), comentados después a Fliess (1897). integrados en su descripción del *Complejo de Edipo* (1900) y elaborados en sus *Ensayos sobre la sexualidad infantil* (1905). Posteriormente publicó (1909) el tratamiento de la íbbia del pequeño Herbert, lo que marcó el inicio de la aplicación del psicoanálisis al tratamiento de niños.

Los temas que más llamaron la atención de los autores de los primeros escritos sobre psicoanálisis infantil (Burlingham, 1951), se referían a la diferente respuesta psicológica que podía observarse en niños alimentados de pecho de la madre o del pecho de una nodriza; después, a la diferencia que implicaba la alimentación de pecho o con fórmulas lácteas en mamila; posteriormente, al mejor momento para el destete, la ablactación y el impacto de la dentición en el comportamiento del niño; en seguida, a la necesidad de cuidar los aspectos emocionales del niño durante enfermedades orgánicas o durante los periodos de hospitalización y tratamiento; luego, a la aparición del padre en el esquema psicológico del bebé y su participación en las actividades de crianza y cuidado del infante, temas, todos ellos, que desde un principio establecieron las conexiones entre los aspectos netamente biológicos del crecimiento con los psicológicos y emocionales del desarrollo. Como se puede ver, han sido precisamente los aspectos normales del desarrollo los temas principales de estudio y de investigación del psicoanálisis de niños, a diferencia del psicoanálisis de adultos, el cual se interesa más por los aspectos de psicopatología y de reconstrucción del pasado psicológico.

Los aspectos históricos de la psiquiatría infantil, de la psicoterapia y del psicoanálisis de niños y adolescentes en nuestro medio, se describen en el capítulo de Manuel I. López en este mismo libro. En la actualidad, la creciente necesidad de atención que demanda la mitad de la población del país que tiene menos de 25 años ha despertado el interés por el ejercicio de alguna de estas profesiones de intervención y ayuda mediante la preparación que ofrecen varios de los programas académicos en universidades e instituciones privadas que, basados en diversas escuelas de pensamiento, tendencias teóricas y prácticas, capacitan con mayor o menor efectividad a los profesionales de la salud mental para satisfacer la demanda de tratamiento, orientación y prevención en las áreas institucionales y particulares de psicología, psiquiatría, psicoterapia y psicoanálisis.

En la práctica profesional de las ciencias de la conducta en nuestro país, se distinguen dos tendencias que derivan los conceptos de los modelos médico y psicológico del

ejercicio de estas especialidades. Existe una gran pugna por validar ambos tipos de práctica; una, ligada al esquema de evaluación, diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico, incluyendo el uso de medicación cuando está indicado; y otra, más próxima a los esquemas del funcionamiento mental y sus alteraciones manifiestas en la conducta y su modificación por medio de terapia conductual, educativa o de desarrollo humano.

Tanto el psicoanálisis como la psicoterapia analítica de niños y adolescentes comparten principios derivados del modelo de la psicología profunda:

Conflicto psíquico. La presencia del conflicto es inevitable a lo largo del desarrollo infantil. La oposición entre impulso y defensa, o entre necesidad y gratificación, son causa de malestar e inseguridad. La superación del conflicto es una forma inherente al desarrollo normal, de manera que la persistencia del conflicto produce dificultad para enfrentar y resolver adecuadamente los problemas cotidianos.

Mecanismos mentales o de defensa. Con objeto de reducir la ansiedad y la inquietud que despierta la presencia del conflicto entre dos impulsos inconscientes, los mecanismos mentales aparecen desde los principios del desarrollo infantil, de manera que por estos medios se puede modificar los deseos, las ideas y los afectos (básicamente inconscientes) que son inaceptables por cuestiones inherentes también al desarrollo, sean de origen moral, educativo, o simplemente se han tornado peligrosos porque su expresión está asociada a un castigo *superyoico* (incorporado al esquema de funcionamiento mental). Los mecanismos mentales permiten reducir la angustia resultante del conflicto, por lo que hacen tolerable, hasta cierto punto, la presencia de éste en la vida psíquica. Los mecanismos que aparecen funcionando desde el principio del desarrollo son los que apuntan a la presencia de psicopatologías más severas; mientras que los que aparecen en etapas más evolucionadas, corresponden lógicamente a entidades nosológicas menos graves.

Transferencia. El análisis de la relación transferencial es una de las características primordiales del tratamiento analítico de niños, adolescentes y adultos. El mecanismo principal de la transferencia es el desplazamiento, por medio del cual se depositan en la figura del analista ideas, fantasías, emociones y experiencias desagradables y rechazadas, o se repiten partes de las relaciones actuales con los padres, hermanos y otras personas significativas. Durante el proceso del tratamiento, los diversos papeles que el analista se ve "forzado" a actuar con los pequeños pacientes, proporcionan una idea acerca de las características del mundo interno que prevalece en un determinado momento en el paciente.

Relación real con el analista. Al mantener una actitud empática de escucha atenta, respeto y genuino interés, promoviendo además la verbalización y la expresión de ideas y sentimientos se busca entre ambos, paciente y analista, el probable significado oculto

de conductas en otro momento incomprensibles, al tiempo que se proporciona al niño una oportunidad para organizar de distinta manera las experiencias previas y dar solución más adecuada a los conflictos cotidianos.

Multideterminación de la conducta. Las diferentes alteraciones expresadas en los trastornos de conducta (problemas del niño con su medio externo) o en los trastornos emocionales (conflicto internalizado), obedecen a diferentes causas psicológicas, como la presencia o no de experiencias traumáticas en la historia del niño o niña, o de factores que detienen o desvían el proceso normal del desarrollo. El significado consciente o inconsciente que se da a estos hechos y la respuesta adaptativa que resulta de ello son factores a analizar en el proceso de tratamiento.

Aspectos inconscientes de la conducta. La presencia de fantasías inconscientes relacionadas con la gratificación pasiva de deseos o de recibir seguridad y contención, está unida a la capacidad de regular las emociones y con las normas de adaptación a la realidad social, y desempeña así un papel muy importante en la determinación de la conducta.

Psicoterapia infantil

El criterio más adecuado para abordar los diferentes problemas que plantea la práctica clínica con niños y adolescentes es el de iniciar el estudio de cada caso a profundidad, para obtener una visión global del problema del paciente, con el clima emocional de la familia, el contexto social y cultural, los aspectos de desarrollo individual con la historia del desarrollo y la evaluación de los logros y metas, incluyendo los escolares, que el niño ha alcanzado de acuerdo a su edad cronológica, emocional y física.

Todos estos datos, independientemente de su profundidad o de la orientación teórica que los avale, deben quedar organizados dentro de un marco de referencia útil y coherente que permita sistematizar, en esquemas, el conocimiento del desarrollo y organización de la personalidad del paciente, agregar las observaciones clínicas, llegar a una conclusión diagnóstica, y con ésta, realizar un plan de tratamiento y evaluar las intervenciones terapéuticas que se realicen.

En este sentido, una de las pautas más apropiadas es la que sugiere el Grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP, 1973), el cual propone cinco diferentes tipos de intervención terapéutica que dependen de cuál aspecto de la problemática del niño es el que se identifica como primer objetivo a resolver o cambiar. Se pueden utilizar, así:

- La modificación intrapsíquica;
- La modificación del funcionamiento intrafamiliar;
- La modificación de la interacción del grupo de edad del niño;
- La modificación del ajuste del niño a la escuela o a la comunidad;
- El aislamiento o retiro del niño, por un periodo de tiempo determinado, a un medio ambiente totalmente distinto.

La elección de una o varias de estas formas de intervención para solucionar el problema que presenta un pequeño o joven paciente, debe ser el resultado del estudio clínico completo de su situación individual, familiar, social, escolar, económica y cultural, que permita al clínico conocer, además, las causas que motivaron el problema, las que lo precipitaron, las que lo agravan o disminuyen y las alternativas adecuadas de solución. En otras palabras, debemos conocer la serie de factores internos y externos que promueve o altera el equilibrio emocional del paciente y de su medio ambiente para definir con precisión la mejor forma de intervención y de ayuda.

En la actualidad existen cuatro esquemas teóricos generales en los que se sustentan las diferentes formas de intervención en el tratamiento de niños y adolescentes:

- La teoría psicoanalítica de la génesis, evolución y resolución de los trastornos emocionales, a la que se agregan las diferentes teorías del desarrollo psicoemocional;
- Las teorías de aprendizaje social y de comportamiento;
- Las teorías de psicopatología y tratamiento de los grupos familiares, basadas en la teoría de sistemas;
- Las teorías biológicas y bioquímicas acerca del comportamiento humano y sus alteraciones.

La preferencia teórica de cada terapeuta lo inclina por el ejercicio de alguno de los tipos de psicoterapia vigentes en la actualidad, que pueden clasificarse, en general, dentro de dos grupos: el de la terapia de apoyo, supresión o directiva, y el de la expresiva, exploratoria o ventilatoria. De entre ellos, describiré los principales:

Psicoterapia educativa o de modelos. Intenta enseñar nuevas actitudes y modelos de conducta a los niños que persisten en utilizar patrones inmaduros y poco eficientes, los cuales, se presume con frecuencia, tienen su origen en alguna alteración del proceso de maduración.

Psicoterapia de apoyo. Es particularmente útil cuando el objetivo es el de permitir que un joven, con un buen ajuste global de su personalidad, pueda manejar y superar los

efectos emocionales intensos provenientes de una crisis. También se utiliza con aquellos niños con graves trastornos, en quienes el funcionamiento *yoico* es menos que adecuado, y por lo tanto, puede verse alterado por otro tipo de psicoterapia como la expresiva-exploratoria debido a la naturaleza de las intervenciones terapéuticas. Al principio de casi todos los tipos de terapia, los esfuerzos generales del terapeuta para hacerse confiable y responsable se basan en elementos importantes que son básicamente de apoyo. De hecho, algunas terapias nunca deben pasar del nivel de apoyo, en tanto que otras desarrollan técnicamente un énfasis en la modificación conductual por encima de la base de apoyo, y se convierten en terapias expresivas y exploratorias.

Terapia de liberación o descarga. Este tipo de terapia facilita la abreacción de emociones reprimidas. Aunque la abreacción es en sí un aspecto que se busca en muchas formas de terapia, en la de liberación la situación de tratamiento se estructura para facilitar solamente este factor. Se indica principalmente para los niños preescolares que sufren de una reacción emocional intensa ante un trauma aislado.

Psicoterapia psicoanalítica. En general, éste es el tipo de terapia más utilizada con niños y adolescentes. Se trabaja mediante la comprensión y la autoobservación, lo que permite a los niños desarrollar más sus potenciales, al liberar la energía psíquica que presumiblemente se utiliza para defensas en contra de peligros fantaseados, y emplearla así en forma más constructiva. Por lo general los pequeños pacientes no están conscientes de estos peligros irreales, de sus miedos y de las defensas psicológicas que utilizan para evitar tanto el peligro como el miedo. Al darse cuenta de esto, por medio de la facilitación de la psicoterapia, los pacientes pueden evaluar la utilidad de sus maniobras defensivas y renunciar a aquellas que son innecesarias y que constituyen los síntomas de su trastorno emocional.

Todos los modelos de psicoterapia se basan en ciertas premisas relacionadas con las características gregarias de nuestra especie. Sabemos, por ejemplo, que el contacto entre los seres humanos, verbal o no, produce alivio ante situaciones tensionales, y que tal contacto e interacción pueden provocar cambios en los patrones de comportamiento y modificar y ampliar los puntos de vista de cada uno acerca de sí mismo y del mundo circundante. De igual manera, conocemos muchos de los eventos que se presentan durante las fases de crecimiento y que afectan al proceso de desarrollo individual, produciendo en él detenciones, distorsiones y alteraciones. En especial los niños y adolescentes deben tener la oportunidad de corregir tales alteraciones para resolver posteriormente, con mayor eficacia, los problemas y tensiones vitales.

En este sentido, podemos definir la psicoterapia para niños como el proceso en el que se ayuda a un pequeño o joven paciente a resolver algún problema emocional, de

comportamiento o de relación interpersonal, por medio de la relación que establece con un terapeuta, con el propósito de hacer posible un cambio interno que le permita reducir su angustia, corregir un comportamiento indeseable o poco adaptativo, o mejorar el tipo de relaciones que establece con las personas que son importantes en su vida, al tiempo que se puede obtener un método preciso de evaluación al eliminarse en lo posible la ambigüedad en la comunicación producida por los patrones de la psicopatología.

Para lograr estos cambios, la psicoterapia utiliza una variedad de métodos diversos como la exploración y expresión, las terapias, cognitivas, las técnicas de modificación conductual, las diferentes formas de terapia de juego, la terapia familiar de distintas orientaciones y la asesoría directiva, así como los descritos en párrafos anteriores. Un elemento importante que se pone al servicio del proceso psicoterapéutico, es la tendencia natural de niños y adolescentes hacia el crecimiento, el desarrollo y la maduración, lo que consiste en la adquisición de destrezas, de capacidades, de flexibilidad emocional, y el movimiento hacia niveles más complejos de organización psicológica, lo que facilita el aprendizaje de mecanismos más adaptativos para resolver los problemas y las tensiones vitales.

Para establecer la relación terapéutica se han propuesto muchas técnicas, desde la incondicionalidad total del terapeuta en el sentido de mostrarse de manera neutral como una pantalla en blanco, hasta la intervención para modificar el medio en que se desenvuelve el niño. Siempre debe tomarse en cuenta que el terapeuta es un representante de la realidad para el niño y, de hecho, al hacer un acuerdo terapéutico con él, limita la expresión conductual abierta e indiscriminada del niño. La relación se complica si tomamos en cuenta que tanto las reacciones básicamente humanas como las que derivan del rol de terapeuta, son también elementos importantes que intervienen en el desarrollo de la terapia.

Además de la sensibilidad clínica y humana y de las características especiales de su personalidad, el terapeuta posee un modelo teórico que le permite responder a sus propias preguntas acerca del origen de la conducta de los niños, cómo llegan éstos a determinado tipo de manifestaciones y a elegir el tipo de intervención que mejor ayudará al niño a superar sus problemas, así como a evaluar el progreso de la terapia. Inclusive, la observación de las reacciones emocionales propias de cada paciente, sirve a manera de dato que contesta muchas de las dudas planteadas por cada caso. De esta manera, el terapeuta opera simultáneamente en tres canales de interacción con el niño: el cognitivo, el emocional y el interpersonal.

El proceso de psicoterapia no es indefinido. Su duración depende de los objetivos a lograr en cada caso, de acuerdo a la estrategia del tratamiento que marca la evaluación y

el estudio previos del caso, procedimiento que también lleva un tiempo determinado, acorde con las habilidades clínicas y diagnósticas del terapeuta, tiempo que, por lo general, marca también el inicio de la relación con el paciente. Con el propósito de facilitar la enseñanza y el aprendizaje de la psicoterapia, muchos autores prefieren dividir el proceso en varias fases, las cuales se traslapan unas con otras, varían en el énfasis y en los tópicos que se manejan, y su duración en el tiempo es también diferente, dependiendo de la técnica utilizada. En general, tomando como base las propuestas del Grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP), se coincide en que hay cuatro etapas que se distinguen de manera natural: la inicial, o de establecimiento de la relación de trabajo; la de análisis del problema y su causa; la intermedia o de establecimiento de una fórmula para el cambio, y la final o de terminación.

Establecimiento de una relación de trabajo. En esta fase, la característica más importante es el planteamiento de la expectativa de ayuda y la confianza en una persona capacitada para hacerlo, independientemente del tipo de terapia. Los factores principales que se ponen en juego por parte del terapeuta son los de sus capacidades de comprensión del niño y de los problemas que presenta, y los de la respuesta que puede dar a las necesidades de éste y su familia. Esta fase suele prolongarse en el caso de niños pequeños, ya que les es difícil establecer rápidamente una relación de confianza con un adulto desconocido y necesitan tiempo para considerar al terapeuta como una persona importante para ellos que puede ayudar porque conoce más el problema. Además, sólo en casos excepcionales los niños tienen alguna conciencia de enfermedad y, por lo general, son llevados por los padres a tratamiento sin que haya al principio un convencimiento para ello, lo que dificulta a veces el encuentro.

Examen del problema y de sus causas. Esta fase tiene relación directa con la manera en que el niño ha vivido sus experiencias, traumáticas o no. Debe observarse la forma en que el pequeño se da cuenta de la relación que puede haber entre su funcionamiento actual y su conducta en el pasado, de manera que las causas puedan encontrarse recreando los problemas, reinterpretando eventos del pasado o en ocasiones "inventándolos". En general, puede decirse que la eficacia del tratamiento está relacionada con el grado en que el niño participa en el proceso de búsqueda o investigación de las posibles causas de su problema. En otras palabras, en esta fase se inicia el proceso de comprensión o *insight* por parte del niño.

Interpretación del problema y propuesta de una fórmula para el cambio. A pesar del gran interés por distinguir los procesos educativos de los de la psicoterapia, esta fase se considera de aprendizaje e involucra un componente emocional importante. Una vez establecida la relación terapéutica, con sus componentes de confianza, idealización y

comprensión, el niño se sitúa en una posición emocional que le permite identificarse con las características, habilidades y conocimientos del terapeuta, lo que le permite escuchar y aprender, por sí mismo, la explicación y la forma en que puede lograr el control sobre sus síntomas. El aprendizaje, como siempre, se facilita con la existencia de un clima emocional adecuado y es el momento en el que los componentes conductuales toman el lugar de los cognitivos y emocionales que tuvieron énfasis en las otras fases del tratamiento. El conocimiento adquirido es puesto en práctica y se intenta traducir la comprensión del problema en acciones que reducen el síntoma.

Terminación. En esta fase, posterior a la evaluación de los avances de la terapia, se pretende lograr la separación del terapeuta y romper la relación establecida, con sus componentes lógicos de dependencia. Los obstáculos en esta fase dependen de que tanto el niño como la familia acepten que las metas del tratamiento se lograron y que se obtuvo el control de ciertos problemas, así como la adaptación o la aceptación de otros.

Psicoanálisis de niños

Es un método de tratamiento psicológico basado en la teoría psicoanalítica, que utiliza métodos apropiados para las capacidades inmaduras y las características particulares del niño, las cuales permiten abordar los conflictos psicológicos y las perturbaciones que han dañado el desarrollo normal del infante, los reconstruye en el presente con el propósito de producir suficientes cambios estructurales y capacidades adaptativas que ayudarán a que el desarrollo normal progrese nuevamente. Es un tratamiento mucho más intensivo y menos común que la psicoterapia. En el psicoanálisis, los elementos inconscientes se interpretan de manera sistemática desde afuera hacia adentro, lo que da por resultado la secuencia interpretativa de afecto-defensa-impulso. Bajo estas circunstancias el terapeuta anticipa las resistencias inconscientes y permite la expresión de las manifestaciones transferenciales y su maduración, hasta lograr una neurosis de transferencia completa, a través de la cual se resuelven los conflictos neuróticos.

La mayor parte de las definiciones del psicoanálisis son descriptivas y muchas de ellas enfatizan algunos aspectos que fueron investigados y trabajados a profundidad por cada autor, desde Freud hasta los más actuales, y han sufrido cambios en la dirección de sus supuestos básicos al modificar y actualizar las formas teóricas de observación. Por ejemplo, en un principio Freud expuso su primera teoría derivando sus hipótesis de manera reconstructiva del análisis de adultos en relación con las experiencias infantiles. Suponía que los traumas de la infancia eran externos, producidos por el medio ambiente, tal y como sucedía en la seducción sexual. Sin embargo la observación continua de

los casos le permitió modificar este punto de vista y lo llevó a restar énfasis a las supuestas experiencias de seducción en la infancia, y a subrayar en su lugar las fantasías de seducción. De esta forma, su visión acerca del origen de la alteración emocional en los niños cambió, de ser externa y ambiental, a ser interna y originada por factores intrapsíquicos.

Las bases teóricas del psicoanálisis aplicado al tratamiento de niños y de adolescentes incluyen los postulados que Greenspan (1981) describe magistralmente: "El enfoque psicoanalítico permite observar los fenómenos clínicos del paciente desde las perspectivas dinámica, estructural, genética, *yoica*, y objetal, relacionándolas con las capacidades de maduración y de experiencia de la personalidad en cada caso".

[...] La perspectiva dinámica enfoca su atención en los deseos e impulsos; los miedos; las prohibiciones internalizadas; la relación con la realidad y los mecanismos de defensa de la personalidad, y se constituye en una especie de "ventana" a través de la cual se pueden estudiar ciertas experiencias únicas. .

[...] La perspectiva genética, nos permite observar el desarrollo histórico de los eventos que influyen de manera dinámica en el comportamiento, relacionados con los factores biológicos y de adaptación de la conducta...

[...] La perspectiva estructural *o yoica*, se enfoca también en el conflicto, y nos permite conocer las características mediadoras del Yo, su habilidad para sintetizar tanto los impulsos, los deseos, las prohibiciones internalizadas como las consideraciones de la realidad que hace cada niño de acuerdo a su edad y momento del desarrollo. En este sentido, el conocimiento de las operaciones o mecanismos defensivos del Yo y las capacidades de integración y de síntesis son fundamentales para el estudio de la personalidad.

Con respecto a las relaciones objetales, sabemos que son las diferentes formas en que los patrones de las relaciones tempranas se incorporan o internalizan, convirtiéndose en representaciones del *self* y de los objetos. La manera en que estas internalizaciones sustentan las funciones básicas de la personalidad, nos explican cómo se logran ciertas capacidades de organización de la misma y las posibilidades de modificación de tales experiencias.

El tratamiento psicoanalítico de niños tiene como meta aumentar la influencia y control del Yo, convirtiendo lo que ha sido inconsciente en concientización efectiva y operante. Debido a las características especiales del desarrollo infantil, se requiere de ciertos cambios técnicos y adaptaciones del método analítico, mismos que han llevado a elaboraciones y refinaciones de la técnica. Como en el análisis de adultos, el análisis

infantil requiere condiciones que permitan y promuevan el manejo de la resistencia y del fenómeno transferencial.

En el psicoanálisis de niños se forma una alianza apropiada con el chico, pasando del juego a la verbalización e interpretación, en la que el niño usa la figura del analista como el objeto libidinal y agresivo de la transferencia, como su Yo auxiliar, y en ciertas ocasiones, también como su Superyó auxiliar. El psicoanalista de niños aprende a verbalizar las percepciones del mundo externo del niño y el contenido de su mundo interno, de tal manera de que el Yo sea reforzado y los contenidos del Ello puedan estar bajo un mayor control efectivo *yoico*. Como en el análisis de adultos, las interpretaciones van de la superficie a la profundidad, de la defensa al contenido.

El trabajo del análisis permitirá al niño recobrar o reconstruir sus experiencias reprimidas, reducir la necesidad de la utilización de maniobras defensivas y adquirir operaciones adaptativas mucho más efectivas y constructivas. Las condiciones y técnicas del análisis infantil están diseñadas de tal manera que el análisis de las reacciones transferenciales y la neurosis de transferencia sean el método efectivo para que el niño adquiera una mejor comprensión de sí mismo.

La educación es independiente del psicoanálisis, ya que éste, como técnica curativa, se dirige a la solución del conflicto inconsciente del paciente. En otro momento, Anna Freud (1954) utilizó el término educación para definir a "todos los tipos de interferencia con el proceso espontáneo del desarrollo tal y como existe en el organismo infantil". Pero en este mismo sentido, el psicoanálisis con niños puede quedar definido también como una terapia reeducativa, es decir, un intento de modificar alteraciones provocadas por un proceso de educación previo. El psicoanalista de niños suele hacer uso de elementos educativos cuando prescribe alguna indicación concreta a los padres, como por ejemplo, la de suspender el colecho con sus hijos; o bien, cuando se informa al niño o a sus familiares acerca de algún dato o evento importante, valga decir, la clarificación de aspectos sexuales.

De esta manera, podemos distinguir dos tipos distintos de intervención del psicoanalista; por un lado, aquella que se refiere estrictamente a la labor terapéutica y que se realiza con este fin dentro del contexto del psicoanálisis, y por otro, aquella que por carecer de estas características no es de tipo psicoanalítico estrictamente hablando, pero que indudablemente está también al servicio de la terapia. Debemos tomar en cuenta que la teoría de la técnica analítica nos guía hacia la protección del proceso analítico ya que éste es un proceso que requiere Ja interacción regulada de las estructuras mentales de dos personas: el paciente y el analista.

En el caso en que el analista se transforma en asesor de los padres, comienza a contaminar su relación con el paciente al formar parte de su vida cotidiana. Al hacer esto, el analista se transforma para el paciente en otra persona más que deja de ser parte de la experiencia diádica necesaria para la facilitación del proceso analítico y lo altera. Es preferible permanecer como analista del paciente más que transformarse en consejero de los padres.

El problema de la relación con los padres es particularmente difícil de manejar. Con frecuencia aparece la fantasía en el analista de niños de ser "el padre o madre ideal" y entra en competencia con los padres del niño. Esto crea culpa persecutoria en el analista y puede ser captado por los padres que comienzan a obstaculizar el tratamiento y pueden decidir interrumpirlo. Es por ello que desde un principio es importante evaluar la disposición y cooperación de los padres, ya que para iniciar el análisis del niño, la relación de trabajo debe establecerse con ellos. Pero más allá de la cooperación de los padres y todo lo que implica (esfuerzo emocional, sacrificio en tiempo y dinero, etc.), lo importante es formalizar una relación de trabajo con el **niño, manteniendo** al mismo tiempo cierto grado de abstención y neutralidad, y la **actitud de un adulto** normal, amigable y cercano. Sabemos que la cooperación del niño es **manifiesta** y positiva cuando comienza a verbalizar sus sentimientos más inmediatos, **en el aquí** y ahora, en sus fantasías y mediante el juego.

El analista se enfrenta con un material clínico más difícil, tanto por el modo de expresión como por la fuerza y naturaleza primitiva de las fantasías que encierra. La responsabilidad es mucho más intensa, debido a la escasa madurez del Yo del paciente. Las ansiedades contratransferenciales son intensas; dudas, inseguridad, reactivación de los conflictos paterno-filiales de cada analista. La técnica de juego se presta a contraactuaciones y a perder el rol; se puede, con facilidad, ligarse demasiado al niño o sentirse atacado por él o, por lo contrario, hacer responsables a los padres de la patología infantil y olvidar el proceso de tratamiento del paciente.

En relación con este tema, Geleerd (1967) propone cuatro diferentes formas de relación del niño con el analista, que se dan:

- Cuando el analista es otro adulto más en la vida del niño, una figura parental que algunas veces pone límites, pero también es su amigo.
- Cuando el analista es un objeto de transferencia real, como sucede en el análisis de adultos. Conforme el niño pasa por las distintas etapas del desarrollo, las relaciones objetales llegan a ser historia pasada. Se erigen las defensas y comienza el desarrollo del Superyó. Todas estas manifestaciones se presentan en la relación con

el analista en forma de manifestaciones transferenciales y, en algunos casos, se puede establecer una verdadera neurosis de transferencia.

- Cuando el niño utiliza al analista como el objeto de amor anaclítico de las fases más tempranas de relación de objeto para compensar los déficit residuales de la satisfacción de sus necesidades. (El grado de satisfacción o frustración dependerá de la etapa de la relación de objeto en que se encuentre el niño).
- Cuando la asignación de un rol en el juego o en la fantasía no es necesariamente un fenómeno transferencial. Sin embargo, la asignación repetitiva de un rol durante una fase particular del análisis puede indicar implicaciones transferenciales y será necesario analizarlas.

Debido a que la verbalización es un procedimiento poco accesible para la mayor parte de los niños, principalmente en las etapas iniciales del tratamiento, el niño busca comunicar —y descargar— el impacto de los eventos importantes inmediatos o pasados, a través de actos de conducta en forma directa, o mediante el contenido de su juego durante la consulta. Si al niño le es difícil verbalizar sus experiencias, es punto menos que imposible que haga un intento por asociar libremente su pensamiento, ya que este proceso conlleva el riesgo de perder la incipiente estructura mental que se está desarrollando y el proceso secundario, base de su contacto con la realidad, se vería amenazado y le produciría algunas alteraciones.

Los puntos de vista que mantienen tanto Anna Freud como Melanie Klein, aunque distintos, reconocen la necesidad que tiene el niño de jugar, estimulan el juego y lo utilizan. Klein lo utiliza como franco equivalente de las asociaciones libres del adulto y, de hecho, interpreta el juego directamente en términos de símbolos, manejándolos como si fuesen parte del proceso primario. Anna Freud, a su vez, lo observa para entender las formas en que el Yo infantil se enfrenta a los impulsos, al Superyó y a la realidad, es decir, trata de estudiar la interacción de las fuerzas mentales en un escenario —el juego— que le es natural al niño.

El juego ha sido un tema de discusión constante en el análisis, y constituye un ejemplo claro del respeto que la técnica impone a la autonomía de los pequeños pacientes. El juego es la forma natural de comunicación para el niño pequeño y nos proporciona, analíticamente hablando, datos comparables con los que se obtienen a través de la asociación libre en el adulto. Cuando el juego se establece ante la presencia reguladora del analista, se transforma en una comunicación que está determinada inconscientemente, y en ella influye la relación que se ha establecido entre paciente y analista.

Dicha forma de comunicación infantil constituye el material básico de trabajo del analista en el proceso terapéutico. Sin embargo, y al igual que sucede con la regla básica de la asociación libre en el adulto, técnicamente las interpretaciones no se hacen al paciente acerca del juego en sí, sino que se realizan dentro del contexto de las situaciones lúdicas y en relación con las figuras y fantasías utilizadas en las mismas. Cuando el jugar del niño conduce a los sentimientos reales que el paciente ha experimentado en relación a su propio *self real*, las interpretaciones se deben dirigir hacia ese *self*. Interpretar el juego directamente produce una alteración en la comunicación del paciente y, con mucha frecuencia, esa interpretación no queda lo suficientemente cerca de su experiencia real para ser utilizada por él en el proceso evolutivo hacia la curación.

En un artículo de homenaje, Feigelson (1974) sintetiza las aportaciones que Bertha Bornstein realizó con respecto al juego:

el niño no se avergüenza de su deseo de jugar, ya que el juego es una expresión adecuada a su edad y aceptada por el mundo que lo rodea... Podemos distinguir al psicoanálisis de la terapia en la que el niño juega y en la que no se introduce ninguna interpretación. La terapia de juego es útil en dos situaciones: para preparar al niño a una futura experiencia que lo amenaza o que tenga un efecto traumático; o bien, para ayudarlo, a través de la abreacción, a elaborar una experiencia traumática del pasado... (Describe)... cinco reglas básicas para la comprensión del juego:

- Cada elemento en el juego tiene un significado que está sobredeterminado.
- Cada juego repetitivo contiene un conflicto inconsciente relacionado al síntoma del niño.
- El juego repetitivo contiene, con frecuencia, una expresión simbólica, sea de la actividad masturbatoria, o de la fantasía conectada con ella.
- El contenido del juego repetitivo refleja con frecuencia una experiencia traumática en particular.
- El juego repetitivo que contiene características más impulsivas, parece indicar la expresión de una experiencia real pasada (no sólo una fantasía), sufrida antes del desarrollo de la verbalización.

P. Kernberg (1991), en línea con la literatura de análisis infantil, considera la interpretación como el aspecto central del análisis infantil. Ella distingue tres tipos de interpretaciones. La primera, la interpretación de las defensas permite al niño darse cuenta cómo se protege de pensamientos, sentimientos y conductas inaceptables. La segunda clase de interpretación va enfocada hacia los deseos e intenciones inconscientes del

niño. De manera frecuente, arabas interpretaciones mencionadas anteriormente son expuestas al mismo tiempo, en donde el analista motiva a los pacientes a que aprecien este deseo inconsciente por medio del señalamiento de cómo protegerse de él. El tercer tipo de interpretación, la de transferencia, tiene como objetivo identificar el papel en donde es puesto el analista por los niños.

Un aspecto importante de toda interpretación es que debe existir el esfuerzo para hacer explícita esta lucha activa contra ciertos deseos y que las experiencias pasadas y presentes han convencido a los niños de la necesidad de utilizar defensas que los protegen pero que les limitan la libertad y gozo de la vida. En términos psicoanalíticos, esto es llamado interpretación del conflicto.

En un artículo de lectura muy recomendable, Bleiberg, Fonagy y Target (1997), resumen de manera brillante diferentes aspectos del psicoanálisis de niños y adolescentes en la actualidad.

Mentalización: el factor de protección y el enfoque de la psicoterapia

La mentalización o la función reflexiva es una adquisición del desarrollo que permite a los niños responder no sólo a la conducta de otra persona sino también a las actitudes, intenciones y planes de otros. La mentalización permite a los niños "leer" las mentes de otros y de comprender los sentimientos, pensamientos e intenciones que subyacen en la conducta humana. Al atribuir estados mentales a otros, los niños perciben la conducta de éstos con significado comprensible y anticipan efectivamente sus acciones. A medida que el niño evalúa el significado de la conducta de otros, puede activar de forma flexible de una entre serie de representaciones mentales que ha organizado en base a experiencias pasadas, la mejor y la más adecuada para responder de forma adaptativa a transacciones interpersonales particulares.

Existen ciertas metas de la intervención terapéutica:

- Dirigirse a los procesos mentales por medio de representaciones del *self* y de otros.
- Verbalizar estados internos y diferenciar sentimientos.
- Romper las experiencias inmanejables y ansiosas en entidades más pequeñas y manejables para el niño.
- Desarrollar representaciones internas de afecto para que el niño pueda dominar sus propios sentimientos.
- Facilitar el pensamiento mediante la reducción de la ansiedad y lograr asociaciones entre distintos aspectos del proceso de pensamiento.

- Facilitar la comprensión de causa y efecto dentro de las relaciones.
- Ayudar al niño a separar lo interno de lo externo, lo real de lo irreal.
- Poner y explicar límites.
- Establecer reciprocidad en dar y recibir.
- Desarrollar la tolerancia a la frustración y la capacidad de retrasar la gratificación.
- Ayudar a desarrollar una actitud "como si"; la suspensión de la realidad y la motivación de la fantasía.
- Confrontar gradualmente al niño con ideas opuestas (conflictivas) y ampliar el ámbito de cambio.

Mejoramiento de procesos reflexivos

Para el mejoramiento de la mentalización los niños deben aprender a observar sus propias emociones. Los niños con capacidades limitadas de mentalización necesitan comprender e identificar sus propios estados emocionales, incluyendo las señales fisiológicas y afectivas. Los niños deben entender la relación entre su conducta y sus estados internos, por ejemplo, frustración y ansiedad.

El enfoque del terapeuta es que los niños estén conscientes de las circunstancias que llevan hacia ciertas conductas. El enfoque se mantiene, al menos en un comienzo, en estados mentales. El terapeuta tiene como objetivo mejorar el proceso reflexivo al motivar a los niños a que observen e identifiquen experiencias somáticas y psicológicas, enfocándose en estados experimentados inmediatamente después de una situación particular y motivando a verbalizar los sentimientos.

En resumen: el psicoanálisis de niños pretende, a través de su aplicación clínica, remover los obstáculos que impiden el mejor desarrollo del Yo. Para su aplicación, se basa fundamentalmente en el conocimiento psicoanalítico del desarrollo infantil normal, de la psicopatología, del inconsciente, del fenómeno de la transferencia/contratransferencia, de la resistencia, de la relación impulso-defensa, así como del desarrollo del Yo.

Con respecto a las diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis, ya en 1914 Freud estableció que la "elaboración de la resistencia puede convertirse, en la práctica, en una tarea ardua para el sujeto de análisis y un reto también de paciencia para el analista [...] sin embargo —continúa—, es la parte del trabajo que produce los mayores cambios en el paciente y la cual distingue al tratamiento analítico de cualquier otro tratamiento realizado por sugestión". Subraya, además, la necesidad de la elaboración en el análisis enfocando una característica importante de la terapia psicoanalítica en la cual las opor-

tunidades para la elaboración están restringidas por la limitación de tiempo, por un lado, y por la necesidad de enfoque y precisión, por el otro.

Es precisamente el estudio del proceso psicoanalítico, sus métodos y técnicas, lo que nos facilita comprender qué constituye el análisis, qué lo define y qué se opone a él. Sabemos, por ejemplo, que en el análisis la interpretación de los afectos, de las defensas y de los fenómenos de paradigma transferencia/contratransferencia, constituyen parte del método que lleva a descubrir el material reprimido que es motivo de conflicto.

Al tratar de distinguir el psicoanálisis de la psicoterapia, Feigelson (1976) concluye que:

considerando las técnicas que son parte del psicoanálisis...deben evaluarse en términos de la facilitación del proceso psicoanalítico...una cierta frecuencia de consultas, entre cuatro cinco veces por semana, la interpretación de la defensa y la resistencia, la no-gratificación de los deseos transferenciales, la atención empática en la autonomía del paciente, la cual incluye la atención y el respeto por el estadio de desarrollo específico de cada fase del crecimiento. Esto último es una consideración que debe estar presente en el análisis de cada niño y constituye el centro de las diferencias de la técnica en el análisis de niños, adolescentes y adultos... Sin embargo lo que estos procedimientos tienen en común es la atención que tiene el analista hacia la facilitación del proceso. Desde su punto de vista, además, distingue al psicoanálisis como un proceso que permite la predicción.

En la psicoterapia psicoanalítica el paciente acude con mucho menos frecuencia. La orientación del proceso es básicamente hacia el síntoma y los problemas; por lo tanto, el foco de la atención terapéutica es mucho más preciso y concreto y constituye una interferencia con el proceso de desarrollo. Simplemente tiene que ver con lo que está en la superficie de la mente del paciente.

Para la actualidad de nuestro país y la situación en que se ejercen las diferentes modalidades de terapia con niños y adolescentes, pueden hacerse las siguientes consideraciones:

El psicoanálisis nace a finales del siglo pasado y a principios del presente. Freud y algunos de sus seguidores realizan sus estudios y sus primeras aplicaciones clínicas en la ciudad de Viena, caracterizada en ese entonces por una clase media prejuiciada, pero asentada en una culta y sofisticada nación europea. El surgimiento del psicoanálisis infantil en los años veinte se inicia en un medio social semejante.

Nuestra realidad mexicana actual es diferente. Si bien tenemos una clase media alta, parecida a la que vio Freud, y que es con la que habitualmente trabajamos, ésta consti-

tuye una minoría de nuestra población general. La mayoría de nuestra población se encuentra marginada y por lo tanto carece de la capacidad económica para tratarse mediante el psicoanálisis, y acude por ayuda a las instituciones de asistencia o a las de prestación social. Sabemos también que las clases sociales se distinguen, además del distinto nivel económico, por otros elementos entre los que contamos:

- Diferentes tipos de pensamiento que van desde el llamado mágico-primitivo, en un extremo, y el moderno, organizado y más orientado a la realidad, en el otro.
- Diferentes niveles de instrucción académica.
- Por lo tanto, diferentes niveles de conocimiento.
- Utilización de símbolos distintos.
- Diferentes circunstancias culturales.
- Diferentes niveles de sofisticación, entre otros.

El psicoanálisis infantil, en su aplicación clínica en el niño o en el adolescente, así como la utilización de su cuerpo teórico y su aplicación a otras disciplinas o áreas del conocimiento, como pudieran ser la pediatría o la educación, para mencionar sólo algunas, no tiene por qué enajenarse de nuestra realidad social. Nuestras instituciones nos ofrecen un terreno fértil y el vínculo para evitar dicha enajenación. Así, al vincular el psicoanálisis infantil a nuestras instituciones se amplía su contacto con la sociedad y, más importante aún, se aferra a la idea del posible beneficio del psicoanálisis infantil y de la aplicación de su teoría general a clases sociales marginadas, que constituyen nuestra realidad nacional.

Cuadro sinóptico de diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia

Psicoanálisis

Psicoterapia

Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si existe un estado intrapsíquico permanente que indique una patología. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuando el niño presenta problemas emocionales que amenazan su desarrollo y cuando el apoyo familiar y de amigos no es suficiente.
Complicaciones, desventajas y efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> ■ El tiempo que implica el tratamiento ■ La dependencia del analista. ■ <i>Acting-out</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Acting-out</i>. ■ Repercusiones en la escuela, el hogar o el contexto social en general.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ■ Niños que no hablan (A. Freud). ■ Impreparación de los padres. ■ Falta de capacidad <i>yoica</i>, es decir, cuando el niño no tiene habilidad para expresar sus conflictos y exponer su mundo interno a través del juego o la palabra. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adolescentes que presentan problemas en la realidad, en el control de sus impulsos o en sus relaciones objetales.
Técnica	<ul style="list-style-type: none"> ■ Observar el juego del niño para entender su estado mental interno. ■ Alianza terapéutica. ■ Trabajar sobre la transferencia negativa rápidamente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Es una relación genuina, basada en la honestidad. ■ Se promueve la espontaneidad. El tratamiento se mantiene al nivel de formación que el niño presenta.
Juego	<ul style="list-style-type: none"> ■ Puede ser un vehículo para la expresión de sí mismo o ser una forma de catarsis que permita la descarga de impulsos y emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Puede ser estructurado o no estructurado. ■ El terapeuta puede desempeñar un rol activo o pasivo, puede ser una persona real o una figura transferencial.

(continúa)

Cuadro sinóptico de diferencias

Psicoanálisis

Psicoterapia

Frecuencia

- Cuatro a cinco veces por semana durante varios meses. En ocasiones es recomendable un análisis intermitente.
- Depende de las metas establecidas, de la evaluación de las necesidades y de las capacidades del niño. Se sugiere dos veces por semana.

Preparación del niño y la familia

- En la etapa de evaluación y diagnóstico es importante incluir a los padres, ya que es necesario que estén preparados y puedan participar.
- Es importante la transferencia de los padres hacia el analista.
- Explicar al niño la naturaleza de su problema emocional, específicamente refiriéndose a los síntomas.
- Informar al niño acerca del proceso de la psicoterapia y aclararle lo que se espera de él; asegurarle confidencialidad y que se puede solicitar o dar información a los padres durante la evolución del tratamiento.

Metas

- Lograr un cambio intrapsíquico.
- Las metas o cambios son avances, no una recuperación total.
- 1a. meta: resolver el problema particular con el que el niño llegó.
- 2a. meta: ayudar al niño a descubrir patrones neuróticos o maladaptativos y a desarrollar destrezas.
- Más que tratar de alterar o eliminar rasgos problemáticos de personalidad, el terapeuta debe ayudar al niño a darse cuenta de su vulnerabilidad.

Bibliografía

- Burlingham, D. (1951). "Precursors of Some Psychoanalytic Ideas about Children in the Sixteenth and Seventeenth Centuries", *Psa St. Child.* 6: 244-254. International Universities Press, Nueva York, 1951.
- Bleiberg, E. MD., Fonagy, P. PHD., Target, M. PHD., "Child Psychoanalysis: Critical Overview and a Proposed Reconsideration". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North-America.* Vol. 6, No. 1. 1-38.
- Diaz Infante, F. (1982), *La educación de los aztecas*, Panorama Editorial, México, 1982.
- Dodds, J. B. PH.B. (1987), *A Child Psychotherapy Premier.* Human Sciences Press. Nueva York, 1987, (pp. 11-18).
- Feigelson, CH. I, M. D. (1974). "Play in Child Analysis". *Psa St. Child.* 29: 21 -26, Yale University Press, 1974.
- (1976). "On the Essential Characteristics of Child Analysis", *Psa St. Child.* 32: 353-361, Yale University Press, 1977.
- Freud, A. (1936), "The Ego and the Mechanisms of Defense", *The Writings of Anna Freud*, 4: 407-421, International Universities Press, Nueva York.
- Freud, A. (1954), "Psychoanalysis and Education", *Psa St. Child.* 9: 9-15, International Universities Press, Nueva York. 1954.
- Freud, S. (1895), "Studies on Hysteria", *S. E.* 2: 240-251.
- (1897), "Extracts from the Fliess Papers", *S.E.I.*: 179-189.
- (1900), "The Interpretation of Dreams", *S. E.* 4: 260-267.
- (1905), "Three Essays on the Theory of Sexuality", *S. E.* 7: 179-185.
- (1909), "Analysis of a Phobia in a Five Year Old Boy", *S. E.* 10: 101-147.
- (1914), "Remembering, Repeating and Working Through". *S. E.* 12: 145-156.
- Geleerd, E. R., *The Child Analyst at Work*, International Universities Press, Nueva York, 1967, pp. 5-12.
- Greenacre, Phyllis (1954), "The Role of Transference", *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2: 671-684'.
- (1968), "Symposium. The Psychoanalytic Process, Transference, and Acting Out", *Int. J. Psycho Anal.* 49: 211-218.
- Greenspan, S. I. M. D. (1981), *The Clinical Interview with the Child.* McGraw-Hill Book. Co., Nueva York, pp. 6-11.
- Group for the Advancement of Psychiatry, *Committee on Child Psychiatry. The Process of Child Therapy*, Brunner/Mazel Publishers, Nueva York, 1982, pp.47-59.

- *Committee on Child Psychiatry*, Vol. VIII, Report No. 87. Chapter. S. Treatment planning in practice, Publications Office. Nueva York, 1973, pp. 603-607.
- Hartmann, H. (1950), "Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego", *Psa. St. Child.* 5: 74-96.
- Kernberg, P. MD. (1991), "Termination in Child Analysis: Criteria from Within the Sessions", en Schmuckler AG (ed), *Saying Good Bye, A Case Book of Termination in Child and Adolescent Analysis and Therapy*, The Analytic Press, Hillsdale, N. J., pp. 321-337
- Kris, E. (1956), "On some Vicissitudes of Insight in Psychoanalysis", *Int. J. Psychoanal.* 37: 445-455.
- León Portilla, M. (1956). *Los antiguos mexicanos*. Fondo de Cultura Económica, México, 1970, pp. 125-128.
- Loewald, H. W. (1970), "Psychoanalytic Theory and Psychoanalytic Process", *Psa. St. Child*, 25: 45-68.
- Mahler, Margaret S. (1967), "On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation", *Am. Psychoanal. Assoc.* 15: 740-763.
- Raskovsky, A. (1970), "*La matanza de los hijos y otros ensayos* ", Ediciones Kargieman. Buenos Aires, 1970. pp. 9-37.
- Shein, M. (1986), *El niño precolombino*, Ed. Villicaña, México, 1986, pp. 93-9.

Bibliografía actualizada

- Altman, N. (1994), "Child Analysis 1994: Recognition of Relational Theory, Technique..", *Psychoanal. Psychol.*, 11: 383-396.
- Babatzanis, G. (1991), "Analysis of a Pre-Homosexual Child with Twelve-Year Follow-up...", *Psychoanal. Study Child*, 52: 159-189.
- Barros, E. L. (1992) "Psychic Change in Child Analysis". *Int..J. Psychoanal.*, 73: 303-312.
- Beiser, H. R. (1995), "A Follow-up of Child Analysis: the analyst as a real person", *Psychoanal. Study Child*, 50: 106-121.
- Blum, V. (1995), *Hide and Seek. The Child between Psychoanalysis and Fiction.*, Urbana Univ. of Illinois Press.
- Casaula, E., J. Colona y J. Jordan (1991), *Cuarenta años de psicoanálisis en Chile (Forty Years of Psychoanalysis in Chile. The Biography of a Scientific Sacien)*, Santiago de Chile, Editorial Ananke.
- Cohen, S. (1996), "Trauma and Developmental Process: Analysis of an Adopted Child", *Psychoanal. Study Child*, 51: 287-302.

- Cohen, J. (1997), "Child and Adolescent Psychoanalysis: Research, Practice, and Theory", *Int. J. Psychoanal*, 78: 499-520.
- Dowling, S. (ed.) (1990), *Child and Adolescent Analysis: Its Significance for Clinical Work with Adults*, Madison, CT, International Universities.
- Etchegoyen, A. rep. (1996), "Psychoanalysis of Child: Psychic Reality of Patient & Analyst...", *Int. J. Psychoanal*, 11: 353-358.
- Fabricáis, J., V. Green (1995), "Termination in Child Analysis: a Child-Led Process?", *Psychoanal. Study Child*, 50: 205-226.
- Ferro, A. (1992), *La técnica nella psicoanalisi infantile (Technique in Child Analysis)*, Milan, Cortina Editore.
- Fischer, N. (1991), "Review of a Child Analysis With Anna Freud", *Psychoanal. Books*, 2:25-31.
- Fleming, E. (1993). "Some Brief Thoughts on Unsuccessful Cases in Child Analysis". *Child Analysis*, 4: 104-112.
- Frankiel, R. (1998), "Manifestations of Sexuality in Child Analysis", *Int. J. Psychoanal.*, 79: 794-797.
- Fonagy, P., M. Target (1996), "Predictors Outcome Child Psychoanalysis: 763 Cases at A. Freud", *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 44: 27-78.
- Fonagy, P., Target, M. (1997), "Problem of Outcome in Child Psychoanalysis: Anna Freud Centre", *Psychoanal. Inquiry*, 17(S): 58-73.
- Fonagy, P., M. Target (1998), "Mentalization and the Changing Aims of Child Psychoanalysis", *Psychoanal. Dialogues*, 8: 87-114.
- Garber, B. (1991), "The Analysis of a Learning-Disabled Child", *Annual Psychoanal.*, 19: 127-150.
- Gavshon, A. (1995), "The Analysis of an Overstimulated Child", *Psychoanal. Study Child*. 50:227-251.
- Heller, P. (1990), *A Child Analysis with Anna Freud*, Madison, CT, International Univ. Press.
- Hoffer, W. (1997), "Report on the Introduction to a Child Analysis", *Child Analysis*, 8: 41-67.
- Kennedy, H., G. Moran (1991), "Reflections on the Aim of Child Analysis", *Psychoanal. Study Child*, 46: 181-198.
- Kernberg, P. F. MD. (1995), "Child Psychiatry: Individual Psychotherapy", en Kaplan, HI, SaddokBJ (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6ª edición, Williams and Wilkins, Baltimore, MD.

- Krimendahl, E., J. L. Alpert (1991), "Psychoanalysis and Child Sexual Abuse: Post-Freudian Literature", *Psychoanal. Psycho!*, 8: 305-328.
- Loeb, L.R. (1992), "Analysis Transference Neurosis, Child with Transexual Symptoms". *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 40: 587-606.
- Marans, S. (1996), "Psychoanalysis on the Beat: Children, Police, and Urban Trauma", *Psychoanal. Study Child*. 51: 522-541.
- Mayes, L. C, D. J. Cohen (1993), "Playing and the Therapeutic Action in Child Analysis", *Int. J. Psychoanal.*. 74: 1235-1244.
- Novick, J.(1990), "Comments on Termination in Child, Adolescent, and Adult Analysis". *Psychoanal. Study Child*. 45: 419-436.
- Ornstein, A. (1994), "Review of a Child Analysis with Anna Freud", *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 42: 247-252.
- Parada Franch, N. J. (1996), "Transference, Countertransference in Analysis of Child Autistic", *Int. J. Psychoanal.*, 11: 773-786.
- Rees, K. (1992), "Review of Child and Adolescent Analysis: Its Significance for Clinical Work with Adults", *Psychoanal. Books*. 3.
- Ritvo, S. (1996), "Observations on Long-Term Effects of Child Analysis: Technique", *Psychoanal. Study Child*, 51: 365-385.
- Rosenbaum, A. L. (1994), "Assessment Parental Functioning: Evaluation for Child Analysis", *Psychoanal. O.*, 63: 466-490.
- Rosenblitt, D. (1991), "Conjectures About the Role of Reconstruction in Child Analysis", *Child Analysis, I*: 16-33.
- Schmukler, A. (1999), "Use of Insight in Child Analysis", *Psychoanal. Study Child*, 54: 339-355.
- Schmuler, A. (ed.) (1991), *Saying Goodbye: A Casebook of Termination in Child and Adolescent Analysis and Therapy*, Hillsdale, N. J, Analytic Press.
- Seligman, S. (1997), "Legacies and Contemporary Innovation: Symposium on Child Analysis.", *Psychoanal. Dialogues*, 7:707-724.
- Seligman, S. (1998), "Child Psychoanalysis. Adult Psychoas, Developmental Psychology", *Psychoanal. Dialogues*, 8: 79-86.
- Shopper, M. (1993), "Review of Saying Goodbye: A Casebook of Termination in Child and Adolescent Analysis and Therapy", *Int. J. Psychoanal.*, 74: 857-860.
- Spoto Fornari, G. (1998), "Review of La tecnica nella psicoanalisi infantile (Technique in Child Analysis)", *Inf./J. Psychoanal.*, 79: 184-187.
- Spitz, E. H. (1997), "Review of Hide and Seek. The Child between Psychoanalysis and Fiction.", *Psychoanal. Books*, 8: 260-263.

- Stauffer, M. H. (1998), "Long-Term Psychotherapy Group for Children with Chronic Illness", *Bull. Menninger Clin.*, 62: 15-32.
- Steele, B. F. (1994), "Psychoanalysis and the Maltreatment of Children", *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 42: 1001-1026.
- Warshaw, S. C. (1994), "Whatever Happened to Kleinian Child Analysis?", *Psychoanal. Psychol.*, 11:401-406.
- Wein, S. J. (1993), "Review of Saying Goodbye: A Casebook of Termination in Child and Adolescent Analysis and Therapy", *Psychoanal. Books*, 4: 97-106.
- Weiss, S. (1992), "Review of a Child Analysis with Anna Freud", *Psychoanal. Q.*, 61: 274-279.
- Weiss, S. (1995), "On Resistance to Child Analysis: Problems of Parent and Analyst", *Annual Psychoanal.*, 23: 79-94.
- Yanof, J. (1996), "Language, Communication, Transference in Child Analysis: Mutism", *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 44: 79-116.

Psicoterapia:

- Alvarez, A. (1992), *Live Company: PSA Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children*, London, Tavistock/Routledge.
- Brandell, J. R. (ed.) (1992), *Countertransference in Psychotherapy with Children and Adolescents*, Northvale, N. J. Jason Aronson.
- Chazan, S. E. (1997), "Ending Child Psychotherapy: Continuing the Cycle of Life", *Psychoanal. Psychol.*, 14: 221-238.
- Daws, D., J. Green Loose (1999), "Epilogue: Child Psychotherapy: a Report From the Tavistock Clinic", *Psychoanal. Inquiry*, 19: 279-279.
- Daws, D. (1999), "Prologue: Child psychotherapy: a Report From the Tavistock Clinic", *Psychoanal. Inquiry*, 19: 119-124.
- Etezady, M. (1994), "Review of Children with Conduct Disorders. A Psychotherapy Manual", *Psychoanal. Q.*, 63: 142-145.
- Green, A. (1997), "Review of Objects Relations in Severe Trauma: Psychotherapy of the Sexually Abused Child", *Int. J. Psychoanal.*, 78: 104-105.
- Kernberg, P. y S. Chazan (1991), *Children with Conduct Disorders. A Psychotherapy Manual*, Nueva York, Basic Books.
- Leichtman, M. (1992), "Psychotherapy with Brain-Injured Children and their Families", *Bull. Menninger Clin.*, 56: 321-360.

- Lister, P. (1996), "Review of Live Company: Psa Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children", *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 44: 939-942.
- Mazza, D. L. (1995), "Review of Countertransference in Psychotherapy with Children and Adolescents", *Psychoanal. Books*, 6: 240-245.
- Nahum, J. P. (1993), "Review of Children with Conduct Disorders: A Psychotherapy Manual*", *Psychoanal. Books*, 4: 93-96
- Prior, S. (1996), *Objects Relations in Severe Trauma: Psychotherapy of the Sexually Abused Child*. Northvale, N.J., Aronson, Inc.

V

Investigación en psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes

Víctor Albores García

Introducción

¿Qué es la psicoterapia, arte o ciencia? Practicada en sus inicios más como un arte que como una ciencia, la psicoterapia ha evolucionado a lo largo del siglo xx por múltiples caminos en busca de una identidad propia que la formalice en uno u otro sentido. Dado por hecho en un principio que sus propiedades benéficas para los pacientes tratados, los cuestionamientos que surgieron en los años cincuenta determinaron un movimiento importante para investigarla y confirmar o no su efectividad. Desde entonces este movimiento ha cobrado mayor fuerza, de tal forma que la pregunta original sobre si la psicoterapia funciona o no, ha sido respondida afirmativamente. En las últimas décadas, se ha buscado investigar otros múltiples aspectos de este proceso terapéutico; las preguntas se han extendido hacia muchas otras direcciones en relación no sólo con el método en sí y los factores curativos, sino también hacia aspectos varios del terapeuta o del paciente, y a la especial relación e interacción que se da entre ellos. Aunque a decir de Berzins (1984), antes de los cincuenta, esta investigación se limitaba a "los registros de tratamiento de pacientes, guardados por algunos practicantes en sus archivos personales", con mucha resistencia a exponerse ante el examen de los investigadores, la reali-

dad es que en el presente, la situación ha sufrido cambios notorios. A pesar de resistencias importantes y obstáculos formidables, se puede afirmar que actualmente el panorama general para la investigación del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, tanto en los adultos como en los niños y adolescentes, ha variado radicalmente.

Por limitaciones de espacio y para no repetir el material que se presentó en nuestra edición anterior (Albores, 1992), en este capítulo se ha intentado exponer un resumen del estado de la investigación en la década de los noventa. Para ello se dividió la información de la siguiente forma: primero, una revisión histórica desde los inicios de esta investigación a principios del siglo xx y hasta el presente; en seguida, algunos aspectos relevantes que se han estudiado durante la década de los noventa en la psicoterapia de adultos. A continuación se revisan las principales inquietudes de la década pasada en la investigación de la psicoterapia de niños y adolescentes, sobre todo en Estados Unidos, a la vez que se resumen los principales estudios realizados y sus resultados, con énfasis en los métodos psicoanalíticos. Se presenta asimismo una sección en la que se habla del estado de tal investigación en México, para finalizar con algunas conclusiones generales. A los interesados en consultar la investigación realizada antes de 1992, fecha de publicación de la primera edición de nuestro manual, se recomienda los últimos dos capítulos de la misma.

Revisión histórica

En la edición anterior, se describió la historia de la investigación realizada por Webart (1989) en tres etapas; Goldfried y Wolfe [1998] también la han clasificado en tres generaciones.

Estas tres etapas son:

- La primera de estudios descriptivos y diagnósticos, dirigidos a desarrollar métodos más confiables y válidos, que facilitarían la definición y diferenciación de las categorías entre varios grupos diagnósticos.
- La segunda generación ha investigado el grado de precisión y profundidad de varios de los instrumentos diagnósticos.
- La tercera generación está más enfocada al diagnóstico, al tratamiento y sus resultados, con una serie de preguntas sobre la remisión espontánea, los factores curativos, el uso de grupos de control y el chequeo de otras variables que interfieren con los lazos entre el diagnóstico y los resultados o el tratamiento y sus resultados.

Más recientemente, Russell y Orlinsky (1996) publicaron una clasificación más específica de lo que ha sido la historia de la investigación en psicoterapia, dividida en cuatro fases: La primera, de 1927 a 1954, abarca los trabajos pioneros que sirvieron de base a distintos tipos de terapias, tanto psicoanalítica (Freud, Fenichel) como conductista (Pavlov, Watson, Thorndike y Skinner) publicados en los veinte y los treinta. En esas décadas, el trabajo psicoanalítico de Fenichel en el Instituto de Berlín sirvió de base para la evaluación sistemática del psicoanálisis dentro de dicha institución (Freedman y cols., 1999). A su vez, aunque el método de estudio de un caso clínico utilizado por Freud fue considerado originalmente como una investigación en sí misma (Ramsy 1962, 1963, cit. por Wallerstein *et al.*, 1999), décadas más tarde, Wallerstein y colegas (1999) reconocieron sus limitaciones y la necesidad de formalizarlo como un instrumento central para la investigación del proceso terapéutico psicoanalítico, en sentido más científico. Según Emde y Fonagy (1997), es un método que se inició como un "extraordinario cuerpo de conocimientos innovadores", pero que "creció en aislamiento, separado de las universidades y enfocado exclusivamente a un método de investigación, el de la situación psicoanalítica". Sin embargo, el tipo de entrenamiento y educación continua psicoanalíticos se han enfocado hasta ahora en el arte de la práctica clínica principalmente, descuidando la investigación empírica. En esa primera fase, la investigación continuó bajo esos principios hasta los años cincuenta, en que los cuestionamientos de Eysenck (1952, 1960 y 1965) estimularon numerosos debates sobre la eficacia de la psicoterapia. Basado en los resultados de sus estudios empíricos, que afirmaban que cerca de dos terceras partes de pacientes neuróticos mejoraban, sin importar como fueran tratados o ni siquiera si fueran o no tratados, sus declaraciones desataron fuertes controversias que en cierta forma se han prolongado hasta nuestros días. Como consecuencia de tales debates, se echaron a andar proyectos formidables en varias instituciones de prestigio de Estados Unidos, impulsados por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) (Frank, 1968), tales como el de Rogers en la Universidad de Chicago desde 1949; el de Investigación de Psicoterapia de la Clínica Menninger (Wallerstein, 1989) o los de la Escuela de Medicina de Johns Hopkins (Frank, 1974). Mediante ellos, se pudo demostrar en esta fase que era posible trasladar la psicoterapia del consultorio al estudio científico, y grabar las sesiones por métodos fonográficos a pesar de la resistencia de muchos terapeutas.

La segunda fase, que abarca alrededor de 1955 a 1969, se caracterizó por la extensión de los proyectos ya mencionados, pero contempló además el despegue vigoroso de otros nuevos, como los proyectos Vanderbilt (Strupp y Bergin, 1984); el proyecto Perm de Psicoterapia y sus respectivas extensiones (Luborsky *et al.*, 1980, 1982, 1983, 1984;

Crits Christoph *et ai*, 1988); los de la Clínica Psicoanalítica de Columbia, del Instituto de Boston o del Instituto de Nueva York, basados estos tres últimos en el trabajo con candidatos analíticos que reportaron una mejoría del 60 al 90%, pero con importantes limitaciones metodológicas (Kantrowitz, cit. por Freedman *et al*, 1999). Sin embargo, la investigación de las terapias tradicionales no se puede comparar al gran auge en los resultados de los métodos conductistas entre 1964 y 1969, gracias a los cuales se consolidó la investigación de la psicoterapia como un campo científico. Mediante ellos se inventó el uso del manual de terapia, los pacientes fueron asignados al azar a diferentes condiciones de tratamiento y se incorporaron otras variaciones metodológicas, en lo que se denominó *Generación II* por Goldfried y Wolfe (1998). La tarea principal de la segunda fase fue entonces el reforzamiento de la rigurosidad científica de este campo, con mucho énfasis no sólo en el estudio del proceso terapéutico en sí, sino también en sus resultados. La metodología así desarrollada sirvió para medir los eventos registrados durante la terapia, o para valorar conductas problemáticas y características psicopatológicas de los pacientes antes y después del tratamiento, inmediatamente al terminar o como seguimiento, a través de entrevistas especiales o escalas que se desarrollaron al respecto.

En la tercera fase, de 1970 a 1983, se intentó continuar con ese rigor metodológico enfocado a separar el proceso de los resultados. Esto trajo como consecuencia un mayor refinamiento y expansión del campo. Se efectuaron un gran número de estudios comparativos (Epstein y Vlok 1981; Malan, 1973; Pilkonis y cols., 1984; Sloane y Staples, 1984) entre las intervenciones de orden psicosocial y las farmacológicas. Uno de tales estudios a gran escala fue el del NIMH (Elkin *et al.*, 1989), en el que se buscó comparar diferentes métodos terapéuticos para la depresión en varios centros universitarios a la vez. Gracias a la posterior introducción del "meta-análisis", un método que permite aquilatar la efectividad de los tratamientos (Smith *et al.*, 1980), otros investigadores pudieron revisar y valorar tales estudios en conjunto (Kazdin y Bass, 1989; Luborsky *et al*, 1976 o los de Meltzoff y Konreich, 1970; Bergin, 1971; Rachman, 1971, citados por Poch y Ávila, 1998). Según Russell y Orlinsky (1996), hacia la mitad de los setenta se facilitó la investigación del proceso en sí, gracias a tres factores importantes: 1) el refinamiento y aplicación del diseño experimental de un solo caso sobre todo en las terapias conductistas, lo que permitió un mejor control de los factores externos, así como el aislamiento de varios mecanismos curativos, la identificación de los componentes activos e inactivos y la forma de combinarlos, 2) la reformulación de la relación terapeuta-paciente como una "alianza de trabajo" que está constituida por diversos elementos que se pueden detectar e investigar mediante los nuevos instrumentos desarrollados, y 3) el

orden taxonómico que se llevó a cabo en cientos de estudios acumulados, permitió buscar la asociación entre aspectos que son propios del terapeuta o del paciente y que influyen sobre la interacción entre ambos. Surgieron además en esta fase nuevos tipos de terapias como la familiar, la cognoscitiva, la psicología de la salud y muchas otras.

La cuarta fase va desde 1984 hasta nuestros días; en ella se ha mantenido la investigación de las mismas tareas de la etapa anterior, respecto al proceso y a los resultados, así como a los seguimientos, buscando identificar los mecanismos de cambio inherentes a cada uno de estos métodos terapéuticos. Sin embargo, se han desarrollado nuevas tendencias para reinterpretar tales tareas, así como nuevos métodos para lograrlo. Las modificaciones a las técnicas meta-analíticas han abierto una vez más preguntas en cuanto a la efectividad de los tratamientos, al tomar en cuenta las variables metodológicas y el contenido que se ha encontrado al comparar tales tratamientos con grupos de control. Incluso se ha sugerido que los resultados terapéuticos de estos estudios realizados en el laboratorio en condiciones de control, no pueden aplicarse en el ambiente clínico típico fuera del laboratorio, creando esa importante diferenciación entre eficacia y efectividad, relacionadas con la validez interna y externa. Actualmente, los investigadores ya no están satisfechos sólo con la superioridad estadística de las condiciones de control, sino que ahora buscan valorar el grado en que los grupos tratados se aproximan a la población saludable. Ha surgido igualmente un gran escepticismo con respecto a la asignación al azar como modelo único o exclusivo de la investigación clínica, puesto que se reconoce que el ser distribuidos los pacientes en pequeños grupos a varios tipos de tratamientos, no garantiza una distribución igual de las variables que son relevantes para cada condición. Como consecuencia, los investigadores han regresado a los estudios naturalistas para valorar la efectividad y el nivel de significación.

Asimismo, en esta etapa los investigadores han dejado de depender exclusivamente del tipo de criterios manejados por el sistema DSM, para definir mejor las características de pacientes que se encuentran en grupos de riesgo, enfocándose para ello en procesos patogénicos y otras características relevantes (historia de apego, estructura de personalidad, etc.) que influyan en forma favorable o desfavorable en el tratamiento. En esta última etapa también se ha buscado medir los resultados no sólo en uno o dos puntos del seguimiento, sino en múltiples puntos que permitan valorar los modelos lineales o no lineales de la mejoría de las condiciones de los clientes. A su vez, el enfocar la investigación en las secuencias y estructuras del proceso, ha revelado patrones característicos de una o múltiples sesiones, o que incluso han dominado a lo largo del tratamiento en general. Como consecuencia, se ha dado mayor énfasis al estudio de las estructuras del cliente, del terapeuta y de su interacción, para detectar patrones típicos o eventos signi-

ficativos que sirvan para comparar los casos exitosos de los que no lo han sido, y sacar conclusiones al respecto. Así se podrían construir modelos basados en las varias etapas observadas durante el tratamiento o en curvas de crecimiento del paciente, con los que sería posible medir el progreso durante el mismo. A su vez, estos episodios que delimitan cambios importantes, pueden estudiarse mediante métodos cualitativos y cuantitativos para descubrir los mecanismos que promueven tales cambios. En general, en esta etapa la pregunta inicial de la que partieron los estudios en la primera fase sobre la validez de la psicoterapia, o sobre la dicotomía proceso-resultados, ha quedado atrás para dar paso a una investigación más extensa y a la vez más profunda, de aspectos mucho más refinados y complejos, especialmente sobre la relación terapeuta-paciente, las características de cada uno y del proceso en sí, así como lo que significa en cuanto a resultados.

Desde 1976 se aprobó en la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) un fondo para la investigación psicoanalítica que se ha mantenido en operación continua hasta ahora, en apoyo a una variedad de temas que han sido presentados en sus congresos desde 1987. Este tipo de investigación, presentado en conferencias anuales, así como la creación de escuelas de verano para el entrenamiento de psicoanalistas de todo el mundo interesados en dicha área, demuestra el interés de la IPA para formalizar estudios más científicos enfocados al psicoanálisis y a las psicoterapias del mismo corte. En estos cursos ha surgido una serie de cuestionamientos de gran importancia que marcan objetivos para su estudio, tales como el uso de múltiples métodos en dicha investigación; las diversas alternativas para registrar los procesos psicodinámicos sea a base de audio o video, diarios, notas, observaciones, listas de chequeo o medición directa por medio de observadores; el desarrollo de métodos de descripción más sistemáticos centrados en un solo caso clínico o en un número reducido de sujetos; la necesidad de estudios etnográficos y métodos que tomen en cuenta las variaciones culturales; una perspectiva multidisciplinaria mucho más amplia; el uso de computadoras para el procesamiento de datos, así como otros temas de interés generados por los participantes y que marcan en cierta forma líneas futuras en el camino de la investigación (Emde y Fonagy, 1997).

Gracias a esta corriente, ha surgido alrededor del mundo una serie de estudios orientados a examinar los resultados del psicoanálisis y la psicoterapia analítica en adultos, en Estados Unidos, Inglaterra, Europa y Latinoamérica, incluyendo México (Fonagy *et al.*, 1999) o en niños, como los efectuados por Fonagy y Target (1994, 1996), Target y Fonagy (1994a, 1994b, 1997) o por Fonagy y Moran (1990) en el Centro Anna Freud de Londres (para revisar tales estudios, se recomienda consultar el reporte de Fonagy y cols., [1999]).

Russell y Orlinsky (1996) sin embargo, nos previenen sobre el proceso de deshumanización que enfrentamos actualmente en medicina, con esa tendencia al positivismo biomédico que es una amenaza para el movimiento humanista médico, al reducir a los pacientes a objetos de perfiles tecnológicos y convertir a los terapeutas en agentes tecnocráticos. Ellos opinan que el investigador actual debe ser capaz de alejarse de tales peligros para definir más claramente y en forma más precisa los focos de intervención terapéutica y los criterios para definir el éxito. Después de valorar y optimizar sus resultados, usar ciertas estrategias de intervención en lugar de "marcas de terapia" puede ser más útil para el paciente en el futuro, al igual que la creación de "guías prácticas" de tratamiento, la búsqueda de beneficios económicos lo mismo para el individuo que para la comunidad e, inclusive, para el diseño de programas que influyan sobre las prácticas y políticas públicas en el campo de la salud mental.

Nuevos acontecimientos en la década de los noventa

Existe la tendencia actual a usar el nombre de terapias psicológicas empíricamente apoyadas, definidas como "aquellos tratamientos psicológicos que han sido expuestos a una evaluación mediante métodos aceptados por la ciencia psicológica" (Kendall, 1998). Empírico significa ser valorado a través de un análisis estadístico apropiado, capaz de documentar que un método de tratamiento es mejor que otro alterno, mejor que ninguno o que la suerte, a pesar de que ello no garantiza la mejoría de los participantes o que ésta sea clínicamente significativa. Asimismo, existe la tendencia a usar el término "terapias psicológicas" y no psicoterapias como una forma de mantenerlo abierto a todos los tratamientos psicológicos.

En un excelente y actualizado análisis, Chambless y Hollon (1998) definen este tipo de terapias y revisan asimismo una serie de aspectos fundamentales para la investigación de las mismas. Ellos diferencian los conceptos de eficacia y efectividad relacionados a validez interna y externa respectivamente. La primera debe demostrarse mediante la investigación controlada que llega a concluir que los beneficios observados son realmente resultado del tratamiento mas no de la suerte o de otros factores, como los efectos de la valoración psicológica, el paso del tiempo o la presencia de diversos tipos de clientes en varias condiciones de tratamiento. Para demostrar tal eficacia, ellos señalan los siguientes requisitos: la réplica del estudio por otro equipo que sea independiente; el uso de diversos métodos comparativos o combinados según el diseño de grupos; el tipo de cohorte utilizado y sus características, incluyendo el sistema diagnóstico que se emplea; la selección de instrumentos para valorar resultados (incluyendo los efectos nega-

tivos del tratamiento que pocos estudios toman en cuenta) no sólo al final de la terapia sino mediante un seguimiento a largo plazo (según el curso natural del trastorno valorado); la significación no sólo estadística sino también clínica, que a menudo se ignora; la implementación de cada tratamiento por medio del uso de manuales (con una detallada descripción del método que se debe seguir); el entrenamiento y monitoreo de los terapeutas; la lealtad de los investigadores y el análisis adecuado de la información obtenida. Son principios que sirven para la evaluación del diseño de un solo caso o el de grupos.

Sin embargo, debido a que estos estudios se realizan en el laboratorio en ciertas condiciones específicas que no necesariamente reflejan toda la riqueza y variabilidad de la práctica clínica, se ha desarrollado entonces el concepto de efectividad, es decir, la utilidad del tratamiento en la práctica clínica, que es uno de los temas controversial es que con mayor frecuencia se plantean en esta década. Para comprobar tal efectividad se pueden usar diseños totalmente, cuasi o no experimentales, condicionada su utilidad según su validez externa, es decir, que sus resultados sean iguales en el laboratorio y en la práctica clínica de acuerdo a las variables que presentan, tales como tipo de pacientes o población clínica, tipo de terapeutas y ambiente en el que se realiza el estudio (*setting*). Asimismo, es importante tomar en cuenta la aceptación y adherencia del paciente al tipo de terapia; la facilidad con que el método puede ser implementado en la práctica por personas competentes, su costo económico y los beneficios no sólo a corto plazo sino a lo largo de la vida del paciente.

En una época como la presente, en que han surgido un número tan increíble de terapias, este tipo de evaluación empírica sirve para seleccionar y detectar con mayor claridad aquellas que funcionan adecuadamente para un tipo específico de población y de problemas, aplicadas por cierto tipo de terapeutas, con lo que se busca responder a las preguntas que han estimulado en forma cada vez más productiva la investigación en nuestros días.

Para Goldfried y Wolfe (1998), esta enorme brecha entre la investigación y el trabajo clínico debe ser corregida hasta encontrar un equilibrio entre la validez interna y la externa. Ellos han criticado los cambios radicales que se dieron en la investigación a partir de los ochenta, debido a la implementación del sistema diagnóstico DSM y al lanzamiento del proyecto colaborativo del NIMH para la investigación del tratamiento de la depresión en Estados Unidos, inicio de lo que ellos han llamado la *Generación III* en investigación. A pesar de la ventaja del sistema DSM al presentar un lenguaje común y consistente entre los diversos niveles de estudios y de trabajadores en el campo de la salud mental, ellos cuestionan su uso, ya que limita nuestra forma de pensar como clíni-

cos y el tipo de preguntas que nos hacemos sobre los problemas, la profundidad de su etiología y las explicaciones dinámicas relevantes útiles para las intervenciones, al enfocarse en forma primordial a la reducción de los síntomas. Según estos autores, en la evaluación de los tratamientos psicosociales o psicoterapias, se ha usado la misma metodología que en la de los diversos fármacos surgidos recientemente, lo que ha "medicalizado" este tipo de investigación. Otras limitaciones que ellos mencionan en su análisis de la investigación actual son:

- El uso de la asignación de los pacientes al azar a varios tipos de terapias, que no tiene sentido en la clínica debido a lo heterogéneo de las categorías diagnósticas, ya que no todos los pacientes presentan problemas clínicos iguales aun dentro de la misma categoría patológica.
- El uso de un número fijo de sesiones, que nos dice muy poco de la efectividad de un tratamiento para problemas clínicos específicos.
- Los manuales cuyo refinamiento actual permite una réplica más fiel de la terapia no garantizan, sin embargo, la calidad de ésta e incluso limitan la práctica clínica y la validez externa, si se toma en cuenta que dicha práctica es mucho más compleja y que el terapeuta diseña por lo general sus intervenciones de acuerdo al paciente individual y no necesariamente a una receta de libro. No obstante, para aprobar los fondos para proyectos de investigación de la psicoterapia, el NIMH exige la existencia de manuales. A pesar de que sus efectos educativos no han sido valorados por completo, los manuales se han convertido en un requisito para la educación profesional y la certificación de ciertos grupos. Valorar manuales es precisamente uno de los objetivos del proyecto *Vanderbilt II* (Strupp, 1993).
- El uso de terapias teóricamente puras que en la práctica son una falacia, puesto que la mayoría utilizamos una mezcla de diferentes orientaciones y formas con las que obtenemos mejores resultados, de acuerdo a lo que hemos aprendido a través de los años y de la experiencia.
- El hecho de que investigadores y clínicos habitan en mundos diferentes y lejanos, con una larga historia de antagonismo mutuo.
- En general, estos estudios enfatizan la importancia de la metodología más que de la clínica, sin tomar en cuenta al practicante que a su vez ignora al investigador y a sus reportes, al no considerarlos relevantes.

A ello podríamos añadir un séptimo factor que por lo general no se toma en cuenta en las investigaciones; se trata de los honorarios del terapeuta como una variable que no ha

sido investigada, ya que en los estudios de laboratorio se les paga a los sujetos, mientras que en la clínica los pacientes o las aseguradoras pagan al terapeuta.

Para el futuro, Goldfried y Wolfe (1998) consideran necesario que la investigación se enfoque a aspectos más prácticos de la vida real y no sólo a temas metodológicos y académicos como ha sido la tendencia en el pasado. Además, ellos recomiendan ciertas direcciones: una mayor y mejor colaboración entre clínicos e investigadores; la valoración y combinación de estrategias clínicas con diversas orientaciones para seleccionar sus elementos terapéuticos activos, lo que puede resultar en tratamientos más comprensivos y efectivos; el desarrollo de manuales más flexibles en sus lineamientos que ayuden al terapeuta cuando enfrenta situaciones diferentes o especiales; el uso más frecuente de diseños de un solo caso clínico, que puede maximizar su validez externa gracias a sus características; la necesidad de enfocarse a problemas clínicos más homogéneos que combinen intervenciones terapéuticas más relevantes de acuerdo con los rasgos y necesidades específicas de cada paciente; finalmente, la imperiosa necesidad de diseminar la información de parte del investigador hacia el clínico, en forma más resumida y a través de un lenguaje accesible que la haga más comprensible y útil.

Direcciones más específicas en la investigación de fin de siglo

A continuación se hace un resumen de los temas a los que se está dedicando mayor atención en la investigación de la psicoterapia de adultos al final del siglo.

- **El uso del estudio de un solo caso o el caso clínico.** En la edición anterior se menciona una serie de requisitos especiales que diversos autores han propuesto para facilitar el uso del caso clínico como un instrumento de mayor validez científica para la investigación (Hayes, 1981; Kazdin, 1981; Kratochwill y cols., 1984). Debido precisamente a lo difícil que es correlacionar los resultados de estudios efectuados en el laboratorio con la práctica clínica, se ha renovado el interés en este método, al tomar en cuenta que por tradición el caso clínico ha sido la unidad de investigación, enseñanza y aprendizaje de la psicoterapia en la observación naturalista (Jones, 1993). Mediante este método, se pueden probar hipótesis relacionadas con diversos tipos de terapias o estrategias nuevas en pacientes individuales (Moras *et al*, 1993; Silberchatz y Curtis, 1993; Spence *et al*, 1993) o en psicoterapias a largo plazo (Jones *et al*, 1993). En un análisis bastante completo de las funciones de este método, Hilliard (1993) lo ha considerado como una investigación intrasujeto, en la que no se pueden aprovechar los resultados de

cada caso, sino que deben replicarse de uno a otro. Es así como se pueden estudiar las diversas variables que se van a desarrollar en un sujeto a lo largo de un proceso terapéutico. La validez interna, sin embargo, permanece como uno de los grandes retos de este tipo de investigación.

• **La alianza terapéutica y la transferencia.** Como resultado de los estudios originales del Proyecto Perm sobre la alianza terapéutica (Luborsky *et al*, 1983; Morgan *et al*, 1982) y del "Método del tema de la relación nuclear conflictiva" (CCRT) (Luborsky, 1984), revisados en la edición anterior, ha surgido toda una variedad de proyectos que han ampliado estos temas. Como extensión de este proyecto se confirmó la presencia del CCRT en 35 pacientes diagnosticados principalmente como trastornos distímicos, de ansiedad o de personalidad, que fueron tratados con psicoterapia psicodinámica con el uso de un manual específico (Fried *et al*, 1992). Además de la psicoterapia psicoanalítica, la alianza también ha sido investigada en otras terapias, como la interpersonal y la cognitivo-conductual, cuyo valor ha sido reconocido igualmente. Como parte del proyecto de psicoterapia Sheffield 2, se hizo un estudio comparativo de la misma con la terapia psicodinámica-interpersonal y la cognitivo-conductual (Raue *et al*, 1997), en 57 pacientes tratados por cinco terapeutas. La alianza se valoró a través de una escala específica denominada Inventario de Alianza de Trabajo (*Working Alliance Inventory* o WAI), aplicable a cualquier forma de terapia, para medir el acuerdo entre terapeuta y paciente sobre las tareas, objetivos y unión terapéutica. Se encontró que en la terapia cognitivo-conductual se daban mejores alianzas, con un mayor nivel de empatía, congruencia, contacto interpersonal y mejor comunicación de apoyo. La investigación ha confirmado el hecho de que la formación de una buena alianza repercute en resultados positivos en el tratamiento; sin embargo, Horvath y Luborsky (1993) señalan la necesidad de examinar más cuidadosamente los factores que van a influir en dicha relación, revisados por ellos en forma muy detallada con respecto al paciente, al terapeuta y sus intervenciones, al desarrollo mismo de la relación, dividida en varias etapas y a los diversos modelos que se dan en el presente según la orientación de la psicoterapia. Como direcciones para el futuro ellos hacen varias recomendaciones encaminadas a investigar con mayor precisión los instrumentos de medición, que ayuden a identificar las diferencias entre el terapeuta y el paciente, su respectiva visión de la alianza, los factores que facilitan o detienen su desarrollo a lo largo del tratamiento y los cambios constantes que se dan en éste.

Otros autores, como Hatcher y Barends (1996), midieron la opinión que 231 pacientes tenían sobre la alianza, durante su tratamiento psicodinámico entre 2 y 274 sesiones a lo largo de un mes a cuatro años. La midieron por medio de tres de los instrumentos

más conocidos: WAL, CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scales) y HAQ (Helping Alliance Questionnaire). En el estudio se diferenció entre el concepto de la *alianza terapéutica* con énfasis en el vínculo como una relación empática y de aceptación, con el de *alianza de trabajo* que valora la capacidad del paciente de trabajar en forma efectiva con su terapeuta. Ellos encontraron que el paciente que tiene confianza en su terapeuta al hacer un compromiso que le parece prometedor y de ayuda, a través de una relación positiva, valiosa y con sentido, obtiene resultado benéfico para su tratamiento, en oposición a la ausencia de tal relación. También detectaron que la oportunidad que se dé al paciente de expresar desacuerdo y sentimientos negativos con su terapeuta, es un indicador de una buena relación terapéutica, ya que cuando el paciente se contiene para no alterar esa buena relación, la mejoría es menor. Por otro lado, Orlinsky y colegas (1993) buscaron medir el efecto de las representaciones que cada paciente tiene de su "terapia-con-su-terapeuta", como un fenómeno importante que influye en las percepciones del paciente durante las sesiones, dependiendo del grado de idealización o de desencanto con su terapeuta, pero también en sus interacciones fuera del proceso terapéutico. Para medir este fenómeno, se usaron dos escalas: el TRI (*Therapist Representation Inventory*) que se enfoca sobre la imagen acumulativa que el paciente tiene de su terapeuta en un punto específico del proceso, y el IEQ (*Intersession Experience Questionnaire*) que mide esta imagen durante los intervalos entre sesión y sesión. Se encontró que más del 90% de los pacientes en las dos clínicas en que se llevó a cabo el proyecto, reportaron pensar en su terapeuta y la terapia entre sesiones. Esa tendencia era mayor aún después de la terminación del tratamiento en los casos de terapia más larga y con mejor relación con su terapeuta. Las imágenes se presentaban durante períodos estresantes para el paciente, cuando requería solución a sus problemas, mitigar su tristeza, dolor o ansiedad o en situaciones de gusto para compartir con su terapeuta, en quien buscaba a la vez identificación y aprobación. Estos autores detallan además otra serie de factores importantes que influyeron en este proceso.

• **Características del terapeuta.** En los últimos años también se han estudiado las características específicas del terapeuta, que lo hacen más exitoso en determinada terapia. Lafferty y colegas (1989) examinaron a 30 terapeutas en entrenamiento, en quienes midieron las siguientes variables: compromiso con el paciente, grado de orientación, apoyo, adaptación emocional y credibilidad; empatía, aceptación incondicional, respeto y congruencia; así como tres orientaciones: psicoanalítica, experiencial y cognitivo-conductual. Se encontró que la empatía, el compromiso y el grado de orientación que daban al paciente eran rasgos que caracterizaban a los terapeutas más efectivos. Éstos, además, valoraban los aspectos intelectuales de la vida, en contraste con los terapeutas

menos efectivos, que buscaban la prosperidad y la estimulación como valores personales. Por otro lado, Blatt y colaboradores (1996) se dedicaron al estudio de la efectividad de los terapeutas del Proyecto de Colaboración de la Investigación de la Depresión del NIMH, pero sin profundizar tanto en sus rasgos personales como en el estudio anterior. Dividieron a los 28 terapeutas en tres grupos según su efectividad: mayor, moderada y menor, y midieron además sus rasgos de tipo demográfico y profesional en cuanto a experiencia y tipos de tratamiento que suelen usar para la depresión. Encontraron que la orientación de los psicólogos los hacía más efectivos que los psiquiatras, con una orientación más biológica, ya que usaban la psicoterapia como método de elección para la depresión más que los fármacos o la terapia electroconvulsiva. Otro estudio bastante amplio realizado por Luborsky y colegas (1985) examinó a nueve terapeutas de diversas orientaciones (tres de psicoterapia expresiva [SE]; tres de cognitiva-conductual [CC] y tres de consejo sobre drogas [CD]), entrenados y supervisados en las técnicas específicas seguidas por un manual, en sesiones una vez por semana audiograbadas a lo largo de seis meses. Al azar, fueron asignados a tres grupos 110 veteranos adictos a drogas y con comorbilidad depresiva y de ansiedad: 39 a CC más CD; 32 a SE con CD y 39 sólo a CD. En este proyecto se midieron los factores del terapeuta, paciente, relación terapeuta-paciente y de la terapia. La personalidad del terapeuta, especialmente su habilidad para formar una relación cálida y de apoyo, fue considerada como el factor más importante para la efectividad del tratamiento, según se midió en la alianza con el paciente, como un producto interactivo de las cualidades de ambos. Una vez formada ésta, se encontró que el terapeuta se adhiere con mayor fuerza a las técnicas terapéuticas que conoce y utiliza, con resultados más exitosos.

- **El uso de interpretaciones transferenciales.** Otros investigadores estudian en el presente el uso de este tipo de interpretaciones en la psicoterapia dinámica, especialmente en la breve. En Noruega, Hoglend (1993) publicó un estudio de 43 pacientes neuróticos en los que investigó la frecuencia de tales interpretaciones y los resultados a largo plazo en psicoterapia breve y moderada. Asimismo, terapeutas de la Universidad de Alberta en Canadá publicaron sus conclusiones respecto al impacto de dichas interpretaciones durante la terapia de corte dinámico breve. Ellos correlacionaron además sus resultados con otras variables, como la alianza terapéutica (Piper *et al.*, 1991; Piper *et al.*, 1993; Joyce y Piper, 1993).

- **Otras direcciones.** Debido a las limitaciones del espacio, sólo se nombrarán algunas de las muchas otras direcciones en las que se extiende la investigación del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica en la última década del siglo pasado: la valoración de los factores que se asocian a la terminación prematura de la psicoterapia (DeBerry y

Baskin, 1989; Frayn, 1992); los factores curativos de la terapia dinámica (Luborsky *et al.*, 1993); diversos aspectos sobre la terapia breve (Barkham *et al.*, 1996; Henry *et al.*, 1993; Hoglend, 1996; Hoglend *et al.*, 1992, Piper *et al.*, 1991; Svartberg Stiles, 1991); aspectos relacionados con la lealtad del terapeuta (ver estudios publicados en el vol 1, de la revista *Clinical Psychology, Science and Practice* de 1999); la formulación dinámica (Barber y Crits-Christoph, 1993); psicoterapia para trastornos específicos, sobre todo de la personalidad (Perry *et al.* 1999; otros como Aalberg *et al.*, Bateman *et al.*, Buchheim *et al.*, cit. por Fonagy *et al.*, 1999); o inclusive el uso de las computadoras en la actualidad en la evaluación y tratamiento de adultos (Marks, 1999).

Investigación en psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes

Limitaciones actuales

Para una revisión histórica de la investigación en psicoterapia de niños y adolescentes, se puede consultar la primera edición de este manual (Albores, 1992b). El material presentado en esta segunda edición corresponde exclusivamente a lo publicado en la última década.

En mayo de 1997, la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (AACAP) formó en Estados Unidos la Comisión de Psicoterapia de Niños y Adolescentes, con el objetivo de determinar el valor de este tratamiento dentro de la especialidad, así como para formular recomendaciones respecto a sus contribuciones y el lugar que ocupa en este campo. En su reporte, Ritvo y colaboradores (1999) señalan la confusión existente con respecto al concepto de la psicoterapia, identificada tradicionalmente en forma coloquial con la psicodinámica o de corte psicoanalítico, o como sinónimo de intervención psicosocial. Esa concepción poco clara oscila para García-Villanova (1998) "desde aquellos que laxamente piensan que vale cualquier interacción cara a cara, hasta aquellos otros que proponen una definición de método y procedimiento tan restrictivos y normativos, que llegan en algunos casos a cuestionar la propia validez de los resultados". Tal confusión es también resultado del gran número de métodos tan variados que existen en el presente, 230 a decir de Kazdin (1991), de los cuales muy pocos han sido valorados empíricamente, y de los investigados sólo una pequeña fracción está disponible. De acuerdo con la definición de Roth y Fonagy y al trabajo de Strupp (Ritvo *et al.*, 1999) son tres las características básicas que se presentan en las psicoterapias: la relación entre el terapeuta y el paciente, el contexto interpersonal de las psicoterapias y el nivel de entrenamiento y profesionalismo tras un modelo que sirva de guía para las

acciones del terapeuta. Bajo ese criterio y en forma muy general, se clasifican en conductista y cognitivo-conductual, de apoyo o experiencial, psicodinámica, interpersonal, estratégica o sistémica y grupal, pero a la vez recomiendan que se desarrolle una nomenclatura para definir las y clasificarlas de un modo más detallado.

La comisión mencionada señala el hecho de que toda disciplina médica es el reflejo de la investigación y que la psiquiatría no puede sobrevivir sin esa "base vital y en desarrollo". Por otro lado, la alta prevalencia de trastornos emocionales en niños y adolescentes, entre 12 y 17% (7.5 a 14 millones) de la población en Estados Unidos y el enorme costo que representa cuando éstos no son tratados, es para Kazdin (1991) una poderosa razón para la investigación de las psicoterapias. Sin embargo, un importante problema de nuestra época es la carencia de psiquiatras en general. En Estados Unidos, de acuerdo a estimaciones conservadoras, de los nueve mil especialistas que se requieren, sólo hay poco menos de la mitad (4,212), con un promedio de 6.73 por 100 mil jóvenes según el estado, desde 0.81 en Mississippi hasta 18.9 en Massachusetts, con una mayor concentración en las áreas urbanas y menor en los condados rurales o en zonas más pobres (Thomas y Holzer, 1999). Su participación es además muy limitada en la investigación y publicación de resultados (Hartmann, 1998); más bien son las profesiones aliadas las que lo hacen, como se refleja en la literatura (Ritvo *et al.*, 1999). No se trata de profesionistas entusiasmados con la investigación, como lo demuestra ese estado de pobreza, la escasez de investigaciones controladas y la lentitud para proyectar nuevos diseños, según García-Villanova (1998). Para él, siempre ha existido un "desigual rigor metodológico" desde la historia de Hans en Freud, llevada a cabo a través de la información de un paciente. En una encuesta hecha por Mrazek *et al.* (1991) en Estados Unidos, en 622 psiquiatras de tiempo completo en 127 programas académicos, para detectar la investigación que efectuaban, se encontró que sólo 10% de quienes respondieron llenaron los criterios para la definición de un investigador empírico, según el nivel de esfuerzo, fondos y publicaciones.

Otros factores que determinan esa falta de investigación, según señala la comisión, son: falta de apoyo financiero, dirigido más a la investigación de psicofármacos en niños, ya que no hay interés en la psicoterapia que implica un estudio más complicado y caro. El uso del sistema DSM enfocado a un nivel sintomático más que a detectar mecanismos patogénicos, tampoco la ha facilitado. Asimismo, ha faltado un enfoque hacia los estudios de resistencia y riesgo, los longitudinales o de patología del desarrollo y la valoración de sus resultados en cuanto a la función más que a la sintomatología. Aunque la AACAP ha buscado promover el apoyo profesional, no ha tenido mucho éxito con las instituciones en sus programas de entrenamiento. La comisión ha buscado entonces

establecer presentaciones, artículos y programas para estimularla, al considerar que la psicoterapia debe permanecer como una parte esencial del entrenamiento del paidopsiquiatra. Se trata de un método terapéutico básico que sirve para enfrentar los problemas cognoscitivos, conductuales y emocionales del niño, mediante conceptos psicoterapéuticos que deben combinarse también con los psicodinámicos y con la capacidad para recetar medicamentos, habilidades que lo van a diferenciar del pediatra, del médico general y del psicólogo.

Es importante señalar ciertos aspectos que también han influido para la investigación de las psicoterapias, como son los cambios fundamentales que se están efectuando en los sistemas de salud de diversos países del primer mundo, como Inglaterra y Estados Unidos, ante los costos cada vez más altos de los sistemas de tratamiento en el área de la salud mental. El comprobar su efectividad mediante la investigación justifica su costo, tanto para las compañías de seguros que tradicionalmente pagan por los servicios, al menos en un porcentaje, como para el público consumidor (Fonagy, 1997).

Diferencias entre la investigación con niños y adolescentes y la de adultos

A diferencia del trabajo con adultos, el área clínica psiquiátrica con niños y adolescentes es aún más ardua y complicada, debido a una serie de factores que la hacen diferente a la primera.

Se trata de factores que también han sido reportados en la investigación de la psicoterapia en estas edades, lo que la convierte en una serie de importantes y complejos desafíos cuando se la compara con la investigación en adultos, (Fonagy, 1997; Kazdin y Weisz, 1998; Kendall y Monis, 1991), lo que a su vez la ha hecho objeto de crítica debido a los errores metodológicos que presentan sus estudios. A continuación se enumeran y describen tales factores:

- Generalmente, estos sujetos no buscan ayuda por sí mismos y en muchas ocasiones no están siquiera conscientes de su sufrimiento. Son sus padres quienes los llevan a la consulta.
- Lo heterogéneo de una muestra infantil o de adolescentes, respecto a edad, género, cultura, nivel de desarrollo, etc., puede afectar el inicio, curso y patrón del trastorno, la forma de ser referido, su participación en el tratamiento y los resultados.
- Su dependencia de los adultos que los hace bastante vulnerables a múltiples influencias, tales como la relación marital, el funcionamiento y la psicopatología de los padres; el nivel socioeconómico, cultural y étnico de la familia; los eventos, circuns-

tancias y nivel de estrés dentro del círculo familiar; la relación con los hermanos u otros individuos que habiten en la casa, así como con la familia extendida. Todos estos aspectos determinan que aun cuando la terapia sea supuestamente dirigida en forma individual al niño, no deja de ser terapia "familiar" en cuanto a ese contexto. Existen además otros sujetos en su vida, como son los maestros, padres, etc., que naturalmente influyen también en su formación y por ende en el tratamiento.

- Necesidades metodológicas especiales en forma de escalas específicas para valorar no sólo problemas o conductas en niños o adolescentes, sino también aspectos de su desarrollo que se encuentra en un estado de evolución tan rápido. Igualmente los reportes de esos informantes ya mencionados, quienes son parte importante de la vida de cada sujeto, cuyas percepciones varían entre sí e influyen asimismo en los resultados del estudio. Hibbs (1993) añade a esta dimensión otros aspectos metodológicos difíciles como son: la forma de conseguir a los sujetos (en el laboratorio se recluían de las escuelas, a diferencia de la clínica), los criterios de inclusión-exclusión, el monitoreo de estos patrones del desarrollo, los grupos control con o sin otro tipo de tratamiento, la estandarización de los instrumentos usados, los manuales y el entrenamiento de los terapeutas.
- Las dificultades respecto al sistema diagnóstico. En niños y adolescentes, existe la tendencia general en investigación a clasificar los trastornos en los de internalización (sobrecontrol) y externalización (falta de control), o en pocas ocasiones mediante el sistema DSM. Sin embargo, si este sistema ha sido criticado en cuanto a adultos, para niños y adolescentes también resulta bastante limitado por su enfoque puramente sintomático, aun si se usa el eje v para medir los resultados por medio de una escala especial. Al considerar a la psicopatología del desarrollo como un aspecto importante en estas edades, Fonagy (1997) señala que los síntomas no son ni el único ni el más importante criterio para la efectividad de un tratamiento. Él considera cinco niveles básicos respecto a los resultados del trabajo terapéutico. En el primero o sintomático-diagnóstico se deben tomar en cuenta la comorbilidad o la presencia de síndromes múltiples, la dependencia al contexto al que pertenece el sujeto y la percepción distorsionada de algunos informantes. El segundo mide la capacidad de adaptación psicosocial del individuo. El tercero valora las capacidades cognoscitivas y emocionales que posee cada uno, que son los mecanismos que posiblemente determinen la sintomatología y la adaptación. Estas capacidades incluyen la regulación del afecto, la comprensión de emociones, la representación del *self*, la comprensión de los estados mentales en sí mismo y otros, la formación de lazos emocionales, el juicio moral, etc. El cuarto nivel o transaccional, se relíe-

re a varias interacciones que se dan entre los estados mentales y la predisposición conductual del sujeto, y las reacciones de su ambiente (problemas y psicopatología de los padres, nivel educativo y capacidad para enfrentar el temperamento y conductas de los hijos). El último nivel se refiere al uso de los servicios una vez que ha terminado el tratamiento, como parte de un seguimiento. En el modelo realizado por Hoagwood y colegas (1995) se añade un sexto nivel que incluye la satisfacción del consumidor.

- Los aspectos éticos que se dan en la investigación de terapias en niños y adolescentes, que tienen que ver con el uso de grupos control con tratamiento mínimo o sin tratamiento, sólo en una lista de espera, así como cuando se trata del uso de psicofármacos.
- Los aspectos económicos respecto a la cuota que paga la familia por el servicio, lo cual no existe en los estudios de laboratorio, en los que incluso se les paga a los sujetos, que es muy diferente de lo que sucede en las clínicas o en la consulta privada. Se trata de una variable que no se estudia ni se menciona en los diferentes proyectos que han sido revisados, tanto entre los adultos, como ya se mencionó, como en los niños y los adolescentes.

Por otra parte, Arnold (1993) realizó una extensa comparación de 23 temas divididos en siete tópicos básicos que diferencian la metodología de investigación en la psicoterapia de niños y adolescentes de la de adultos, o entre los tratamientos psicosociales y los farmacológicos, como tópicos que deben tomarse en cuenta para la integración de ambos tipos de estudios. Éstos son: los aspectos éticos; los efectos secundarios de los medicamentos y tiempo de eliminación, que es más variable en estas edades; la duración del estudio y la aceptación o no del medicamento; el depender los reportes más de terceros que del sujeto mismo; una valoración de tipo diagnóstico muy cuidadosa con atención a la comorbilidad, el tipo de diseño, las variables del terapeuta, y la evaluación de los resultados, entre otros. También se ha enfatizado el valor de una evaluación así, sobre todo cuando existe confusión sobre quién es en realidad el cliente en la terapia infantil: el niño, la niña, el o la adolescente, el padre, la madre, ambos o incluso la familia en general, de modo que es importante valorar cuidadosamente todos esos aspectos, que son tan diferentes en el trabajo con adultos (Kendall y Morris, 1991).

Entre 1970 y la mitad de 1989, Kazdin y colaboradores (1990) hicieron una evaluación de 218 estudios publicados en 87 revistas, enfocada a explorar los objetivos clínicos y aspectos metodológicos selectivos de la investigación en cuanto al grado en que ésta se enfoca a la efectividad de los tratamientos alternativos, las condiciones que van

a influir en los resultados y el grado en que se agrupan casos, tratamientos y otros aspectos de la práctica clínica. En ellos se daba énfasis a la técnica del tratamiento, pero poca atención a la evaluación de variables no técnicas que también pueden provocar cambios. Las características de la población fueron semejantes a las encontradas en la práctica: jóvenes entre 6 y 11 años, sobre todo del sexo masculino, con trastornos de conducta, ansiedad y déficit de atención. Sin embargo, hubo diferencias importantes, ya que fueron reclutados en las escuelas y tratados en grupo y no individualmente, con técnicas de tipo cognitivo-conductual de corta duración, sin la participación de los padres ni la consulta a la escuela, lo que difiere mucho de la práctica clínica. Generalmente en ésta los padres llevan a los sujetos a consulta y también participan en el proceso, el tratamiento es individual, de corte psicodinámico, familiar o ecléctico y de larga duración. El clínico valora más los factores que influyen en su práctica relacionados con el paciente (severidad y duración del trastorno, tipo de comorbilidad, experiencia del sufrimiento), sus padres y familiares (cooperación y compromiso con la terapia, hogar y familia estables, ausencia de disfunciones parentales) o en el terapeuta mismo (experiencia, entrenamiento, relación con el paciente). Estos factores deberían tomarse en cuenta como prioridades para la investigación en la psicoterapia, lo que ayudaría a disminuir la brecha actual entre el investigador y el clínico.

Después de revisar todos estos factores, muchos autores concluyen que los objetivos básicos de la investigación en nuestros días consisten en encontrar medios terapéuticos alternativos, así como los elementos y mecanismos a través de los cuales operan, su impacto en el funcionamiento de la adaptación, las condiciones que influyen los resultados y los procesos mediante los cuales se logra el cambio. Estos objetivos buscan responder a las siguientes preguntas: ¿qué tratamiento y dado por quién es el más efectivo para este individuo, con este problema específico y bajo un determinado conjunto de circunstancias? (Paul, cit. por Kazdin *et al.*, 1990).

La investigación enfocada al psicoanálisis y a la psicoterapia de niños y adolescentes

En un elevado porcentaje de revisiones comparativas de diversas terapias, como ya se mencionó, resalta la superioridad manifiesta de las técnicas cognitivo-conductuales y la escasez de estudios sobre las terapias psicoanalíticas y el psicoanálisis. Target y Fonagy (1997) reconocen el atraso que existe en la investigación de éstas en comparación con otras terapias, aunque también hacen ver que conforme el marco de referencia de tales estudios se enfoca más hacia las características individuales del sujeto y los aspectos

intersubjetivos de la interacción, muchos investigadores se han dedicado preferentemente al estudio de tales aspectos en adultos. Sin embargo, ellos también opinan que hay una respuesta más lenta por parte de los trabajadores en el campo infantil con respecto a la investigación, lo que naturalmente abre una gran brecha entre el estudio de la psicoterapia de adultos y la de niños y adolescentes. Para el paidopsiquiatra ha sido difícil la transición de un mundo profesional acostumbrado a usar una sola estrategia terapéutica, a otro en el que existe tal variedad de psicoterapias, como sucede en el presente; más aún cuando se trata de alguien que ha sido entrenado como analista o terapeuta con dicha orientación (Shapiro y Esman, 1992). A lo largo de los años, el psicoanálisis ha sido percibido como un método muy costoso, prolongado y sin la efectividad de otras terapias breves y de menor costo, además de que existe poca información científica respecto a sus resultados, factores que a decir de Target y Fonagy (1997) disminuyen su credibilidad, así como la obtención de fondos para investigarlo. Cohen (1997) añade que éste se ha aceptado como tratamiento, sin estudiar o discutir públicamente una serie de aspectos de gran valor, como las circunstancias en que se requiere del psicoanálisis de alta frecuencia, los casos en que ayuda pero no es esencial, cuando no es siquiera necesario o hasta las situaciones en que es contraindicado. A su vez Apter (1998) lo defiende como una disciplina hermenéutica que maneja significados que se van a descubrir por medio de interpretaciones, lo que en sí representa una forma de investigación. Aunque él opina que la metodología empírica puede oscurecer los datos clínicos relevantes, reconoce también la necesidad de ésta para que el psicoanálisis sobreviva como parte de la medicina moderna.

Estos autores justifican la necesidad de investigarlo, no sólo por cuestiones de supervivencia en un mundo en que es obligatorio hacerlo con métodos científicos, sino también por razones de ética para demostrar cómo y en qué casos realmente beneficia. La psicoterapia dinámica ha sido además un método usado frecuentemente y muy valorado entre los paidopsiquiatras y los psicólogos. Según Target y Fonagy (1997), otra razón poderosa para estudiarlo son los resultados no tan favorables que se encontraron en los seguimientos del proyecto de depresión en adultos del NIMH, comparados con el estudio de Howard y su equipo (1993) en tratamientos más largos (hasta 400 sesiones). En ellos encontraron tres fases principales: la primera, en que se mostraba mejoría; la segunda, reducción de síntomas, y la tercera, cuando se manifestaban los cambios más profundos y duraderos en la personalidad del sujeto y en su nivel adaptativo, lo que les hace opinar que se requiere de un tratamiento más largo para llegar a tales resultados, como sucede en casos de trastornos severos o en los de personalidad. En el caso de niños, ellos plantean la necesidad de detectar quiénes requieren de psicoterapia intensiva y a largo plazo,

o si existen terapias alternativas que puedan ofrecer beneficios mejores o equivalentes para aquellos que presentan múltiples problemas psicológicos en su desarrollo.

A pesar de la incredulidad y resistencia de muchos analistas, en la actualidad se busca aplicar una metodología más rigurosa y sistemática para el estudio empírico y no empírico de este tipo de tratamiento. Existen obstáculos para valorar aspectos críticos del proceso, tales como la experiencia interna del terapeuta o del paciente, con una serie de elementos nada fáciles de medir, como la empatía, la intuición, la introspección, los procesos sintéticos y el repentino o gradual surgimiento del *insight*, las más de las veces de manera inconsciente. Igualmente lo son el amplio rango de intervenciones del terapeuta al visualizar una evidencia clínica, hacer deducciones, diseñar y calcular el momento de sus intervenciones, valorar el progreso e incluso la forma en que comprende su tarea principal. Estos obstáculos han sido a su vez un estímulo para desarrollar nuevas estrategias metodológicas para superarlos, tal ha sido la creación de un manual, como se mencionó en el área de adultos, en el que se especifican los principios del tratamiento y la manera en que debe procederse. A pesar de que se trata de una tarea sumamente compleja, ya que el trabajo depende tanto del tipo de personalidad del terapeuta como del modo en que se desarrolle la relación terapéutica. En la década pasada se desarrollaron dos de ellos: el Manual Hampstead para la terapia psicodinámica del desarrollo para niños de Fonagy y colaboradores, y el Proyecto Cornell para Niños con Trastornos de la Conducta, de Paulina Kernberg y S. E. Chazan. Sin embargo, no existen aún estudios publicados basados en su uso. La otra estrategia metodológica es el desarrollo de escalas para la medición de los procesos intrapsíquicos e interpersonales en relación con el proceso en general y sus resultados. Cohen (1997) menciona las siguientes: la valoración del funcionamiento *yoico* en el adolescente (Hauser *et al.*, 1991); la calidad de la alianza terapéutica (Shirk y Saiz, 1992), las defensas (Conte y Plutchick, 1995; Cramer *et al.*, 1998); la valoración del *self* y otros en niños y adolescentes (Tuber, 1989, 1992), así como la adaptación del método del CCRT de Luborsky y colegas para medir la transferencia en niños.

Los estudios en los noventa

Posteriormente a las diversas revisiones de estudios en psicoterapia infantil ya mencionados en la edición anterior de este manual (Albores, 1992b), han surgido en esa década nuevas revisiones, así como estudios comparativos, de los que se hará un resumen a continuación:

- Secundario a la controversia surgida sobre la superioridad de los métodos de estilo conductista-cognitivo sobre los demás, reportada en la revisión de Weisz *et al.* (1987) y a su vez cuestionada por la revisión de Barnett *et al.* (1991), quienes reportaron grandes fallas metodológicas en dichos estudios. Shirk y Russell (1992) revisaron un buen número de estudios no conductistas para valorar su efectividad, tomando en cuenta la calidad de la metodología, el efecto de lealtad de los terapeutas y la representatividad clínica de los tratamientos. Para ello, reexaminaron 29 estudios que Weisz *et al.* identificaron como no conductistas y los clasificaron en tres grupos: 18 no directivos (centrados en el cliente), cuatro psicodinámicos y siete grupos de discusión. Ellos confirmaron los resultados de Barnett *et al.* sobre el descuido crónico en que se encuentra la investigación de este tipo de tratamientos y la baja calidad de su metodología, lo que hace difícil valorar su efectividad en el presente y aun en el futuro, mientras no adquiera una mayor rigurosidad. Respecto a la lealtad de los terapeutas, se encontró cierta correlación entre ésta y los resultados. En cuanto a la representatividad clínica de estos estudios, no se pudo encontrar equivalencia con la práctica de los paidopsiquiatras y psicólogos. Sin embargo, Weiss y Weisz (1995a), al revisarlos nuevamente, refutaron la hipótesis de que la superioridad de los métodos conductistas no era tal, sino que aparecía así debido a fallas metodológicas en los tratamientos no conductistas. Ellos señalan la necesidad de una mejor evaluación de estos últimos, en comparación con los primeros bajo las condiciones clínicas reales.

- Como continuación de estas revisiones, Weisz *et al.* (1995a) hicieron una más de 150 estudios de psicoterapia en niños y adolescentes de 1983 a 1993, para valorar variables de otra índole, tales como métodos terapéuticos, tipos de problemas-foco, resultados, entrenamiento del terapeuta y cohortes clínicas o análogas. Nuevamente encontraron mejores resultados con los métodos conductistas, tomando en cuenta que 90% de los estudios revisados eran de dicho estilo y sólo 10% restante pertenecía a otras categorías ampliamente utilizadas en la clínica pero escasamente investigadas. No encontraron diferencias terapéuticas entre los problemas de externalización o de internalización, con mejores resultados en adolescentes del sexo femenino que en ninguna otra categoría, debido tal vez a refinamiento de las técnicas de trabajo con sujetos de esta edad. A su vez, los paraprofesionales funcionaron mejor que los estudiantes o los profesionales, aunque fueron supervisados por estos últimos, quienes también diseñaron los procedimientos. Sin embargo, para los problemas de internalización, los profesionales obtuvieron mejores resultados en los casos más severos. Al igual que otros autores, ellos también enfatizan la necesidad de investigar las variables y condiciones que se dan en la práctica clínica, que son tan diferentes de las del laboratorio.

- Enfocados hacia esa necesidad, Weisz y colegas (1995b) revisaron los únicos nueve estudios clínicos y no de laboratorio que encontraron realizados de 1972 a 1991. En ellos se comparó un tipo de terapia aplicada a un grupo control sin tratamiento. Los resultados fueron más negativos que los encontrados en estudios de laboratorio, por lo que estos autores concluyen que la investigación experimental tiene mucho que ofrecer al clínico, respecto a intervenciones terapéuticas con las que se obtienen mejores resultados, así como metodología una más rigurosa para sus estudios. Ellos señalan una serie de recomendaciones respecto a esta brecha entre el laboratorio y la clínica: por ejemplo, probar los tratamientos usados en la clínica en condiciones más controladas, como las que se usan en el laboratorio, para enriquecer la información; identificar los factores que explican los buenos resultados obtenidos en estudios de laboratorio, que a su vez se podrían aplicar en la clínica. Por último, probar en dicha área las estrategias que han sido efectivas en el laboratorio, para estudiarlas en condiciones similares. Sin embargo, aún existen muchos obstáculos para la colaboración entre ambos, en forma de creencias tomadas como verdades, que se señalan a continuación. 1) El escrutinio de la terapia puede dañarla. 2) La psicoterapia es un arte y no una ciencia. 3) Estos métodos funcionan bien en la práctica, pero no pueden medirse mediante la investigación. 4) La investigación no es relevante ante la complejidad de los casos clínicos, debido a un limitado enfoque manualizado. 5) La devoción personal de cada clínico a una orientación teórica específica. 6) La resistencia de los que la pagan. 7) Una gran escasez de clínicos con entrenamiento adecuado en el método que se desea investigar. 8) Lo difícil que es encontrar y aprender técnicas para problemas clínicos específicos. 9) La falta de comprobación de ciertos tratamientos para algunos problemas.

- Kazdin y Weisz (1998) hicieron una revisión completa de los diversos tipos de terapias que se utilizan y han sido investigadas actualmente en padecimientos específicos de internalización o externalización. En los primeros (trastornos depresivos y de ansiedad), se usan las terapias cognitivo-conductuales para entrenar al niño a mejorar sus relaciones interpersonales y su capacidad de resolver problemas sociales, paralelamente al entrenamiento a sus padres. En los trastornos de externalización se usan técnicas cognitivo-conductuales que estimulan las habilidades del niño para resolver problemas específicos como agresividad y oposicionismo, combinadas con entrenamiento para los padres en el manejo de estos niños. Se trata de técnicas que han sido estudiadas en forma muy cuidadosa y abundante con resultados positivos, que las convierten en el mejor tratamiento disponible para los problemas de conducta en la actualidad, a decir de estos autores. La terapia multisistémica para conductas antisociales en adolescentes es

otro método que, basado en la terapia familiar sistémica, utiliza varias técnicas que han dado buenos resultados, según se ha comprobado en seguimientos de dos, cuatro y cinco años en estos jóvenes. Iguales resultados se han obtenido en los padres que abusan físicamente de sus hijos. Otras técnicas revisadas fueron: la terapia familiar para el niño obeso, modificación de la conducta del niño autista en el hogar, preparación de modelos en video para las intervenciones médicas y dentales; tratamientos que realmente se utilizan en la práctica clínica. Estos autores recomiendan identificar e investigar otros métodos que se usan en la práctica de nuestros días, pero que lamentablemente no han sido validados empíricamente.

- Henggeler y colaboradores (1995) revisan varios estudios que sobre terapia multisistémica (MST) se han llevado a cabo comparativamente, entre ésta y otras técnicas, tanto en universidades como en clínicas de salud mental. Se trata de intervenciones basadas en ciencias y sistemas sociales, dirigidas hacia conductas antisociales con resultados bastante efectivos, como un método que se utiliza en su propio ambiente y que por lo mismo se define como ecológico. Este modelo de la conducta de tipo socio-ecológico trabaja con los sistemas de interconexiones presentes en la comunidad, familia, escuela, trabajo, padres e instituciones culturales, que tienen una serie de influencias dinámicas y recíprocas con los miembros de la familia. Con la valoración, se van a identificar los problemas principales y el plan de tratamiento se diseña junto con la familia para ser trabajado en su ambiente natural. Los estudios revisados son con delinquentes juveniles tratados con MST en comparación con terapia individual o los servicios comunes utilizados en centros comunitarios de salud mental. Se obtuvieron mejores resultados con MST, sobre todo a largo plazo en seguimientos de dos a cuatro años.

- En Puerto Rico, Martínez-Taboas y Francia-Martínez (1992) también hicieron una revisión de los estudios publicados en Estados Unidos entre 1980 y 1990, para distinguir qué terapias funcionan, bajo qué circunstancias y para qué tipo de problemas, preocupados por conocer cuáles intervenciones son útiles, cuáles inocuas e inclusive las potencialmente dañinas.

- Smyrnios y Kirkby (1993) reportaron un estudio en Australia con 30 niños, a quienes se diagnosticó "trastorno de emociones específicas de la infancia", tratados con terapia de orientación psicodinámica, comparándola a tiempo limitado (12 sesiones) e ilimitado con un grupo control de contacto mínimo. Los niños fueron separados en grupos de 10 para cada método. En todos los grupos se encontró mejoría, sin superioridad de la terapia a

tiempo ilimitado sobre la breve, lo que significa, según ellos, que en cuanto a costos el contacto mínimo es mejor. Sin embargo, no definen con claridad el sistema de diagnóstico que emplean, tampoco especifican lo que denominan como terapia psicodinámica y ellos mismos aceptan la limitación respecto al número de sujetos empleados.

- En esa década, resaltan los estudios pioneros en psicoanálisis y psicoterapia analítica que Fonagy y Morán, por un lado (1990) y Fonagy y Target (1994, 1996) y Target y Fonagy (1994a, 1994b), por el otro, han efectuado en el Centro Anna Freud (AFC) de Londres. Al reconocer la urgente necesidad de valorar sistemáticamente y demostrar el grado de eficacia de las intervenciones psicoanalíticas, la calidad única de sus efectos e identificar al tipo de paciente que puede beneficiarse de ellas, las usaron inicialmente en niños y adolescentes diabéticos a través de tres estudios. En el primero se usó el método de análisis de series en tiempo (mediciones efectuadas con intervalos de casi el mismo tiempo en un gran número de ocasiones), en que semanalmente, por 184 semanas, se midieron los niveles de glucosa en sangre, al paralelo de los reportes semanales sobre los temas principales de las sesiones analíticas de una adolescente diabética juvenil. Se encontró que la interpretación de conflictos psíquicos predijo una mejoría en el control de la diabetes, a pesar de que una a tres semanas después también podía incrementarse la sintomatología. En el segundo estudio se buscó valorar la efectividad del programa de hospitalización en este tipo de sujetos, manejados médicamente por los endocrinólogos y por medio de psicoterapia psicoanalítica de tres a cuatro sesiones por semana por dos psicoanalistas infantiles, durante un promedio de 15 semanas. Se siguió a 11 niños y adolescentes diabéticos entre los 6 y 18 años a lo largo de tres años durante sus frecuentes hospitalizaciones, comparados con un grupo control de igual número y edades, diabéticos también internados en otros pabellones pediátricos, valorados en forma psicológica pero a quienes no se les ofreció la psicoterapia. El primer grupo mejoró en su control diabético aun después de un año de seguimiento, a pesar de no presentar mejoría importante en cuanto a los problemas psicológicos. El último estudio consistió en una serie de investigaciones experimentales independientes de un solo caso, en tres niños diabéticos con retardo en su crecimiento, que mejoraron después de la psicoterapia (Fonagy y Moran, 1990).

La segunda serie de estudios realizados en el AFC por Fonagy y Target, consistió en un estudio sistemático retrospectivo de 763 casos, obtenidos en los archivos de las últimas cuatro décadas, correspondientes a niños tratados con psicoanálisis. Este estudio ha sido dividido en varias áreas y publicado en diferentes épocas. El primero (1994)

se enfocó a 135 niños diagnosticados con trastorno oposicionista (ro)(58%), trastorno por déficit de la atención (TDAH)(5%); trastorno de conducta (TC)(23%) y conductas antisociales con código v (10%). Como grupo control se usaron 135 niños con trastornos emocionales tratados en el AFC durante ese periodo, con características similares de edad, género, nivel socioeconómico y mismo número de sesiones por semana (de cuatro a cinco), así como la valoración efectuada con la Escala Global Para Niños (COAS). SUS resultados mostraron que los niños con trastornos de ansiedad asociada (65%), mejoraron en un alto porcentaje después de ser tratados al menos un año, en comparación con aquellos con otro tipo de comorbilidad, especialmente trastornos del desarrollo. Asimismo, esa frecuencia de sesiones por semana determinó mejores resultados en comparación a sólo una o dos, especialmente con niños menores de nueve años, ya que los mayores a esa edad no mostraron diferencia alguna. La psicoterapia paralela para tratar los problemas emocionales de sus madres también facilitó la mejoría de los niños e impidió que ellas interfirieran con el proceso terapéutico, como suele suceder en tantos casos. Los autores reconocen las limitaciones de un estudio retrospectivo como éste, en cuanto a la asignación al azar; la validez cuestionable de los expedientes, aunque generalmente éstos son consistentes, explícitos y estandarizados; el que sólo se hayan valorado los resultados al inicio y al final, pero no durante el tratamiento, y, finalmente, el alto nivel de deserción debido a la falta de cooperación de los padres, obstáculo común en estos procesos.

El segundo reporte de este estudio retrospectivo se enfocó a 352 niños y adolescentes con diagnósticos de trastornos emocionales: 136 con trastorno de ansiedad generalizada (TAG); 93 con depresión mayor o distimia (TD); 64 con trastorno de angustia de separación (TAS); 49 con fobias simples (FS); 24 con trastorno de evitación (TE); 37 con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y 24 casos más con otros trastornos: del sueño y somatoformes, según el DSM-III-R. Estos niños fueron divididos en tres grupos principales: los TD, los TAG y los trastornos de ansiedad específicos, tratados a lo largo de un promedio de dos años. La mejoría se dio en las FS en mayor escala aún cuando se acompañaban de depresión o ansiedad. Aunque al terminar, los sujetos con TD ya no tenían la distimia, su nivel de funcionamiento en la COAS no era tan bueno como los demás. En este estudio los niños menores de 11 años también mostraron mayor recuperación, explicada por el hecho de que a esa edad aún no hay una estructuración psíquica completa; asimismo, el mayor grado de inteligencia fue visto como un factor que los hace responder mejor a la terapia. No hubo diferencias en los niveles de mejoría en los distintos grupos diagnósticos. Al igual que en el estudio anterior, se encontró que la presencia de ansiedad facilita que el niño se involucre en el tratamiento, a diferencia de

la depresión que obstaculiza la alianza terapéutica e incluso puede provocar una terminación prematura. En los sujetos con trastornos más severos como TAG, TD O mixtos (emocionales y conductuales), se justifica la terapia intensiva de cuatro a cinco veces por semana, al obtenerse mejores resultados. La patología en los padres, sobre todo la ansiedad en la madre, ha sido considerada como factor de predicción favorable, más aún cuando ésta recibe tratamiento paralelo que confirma la importancia de un programa simultáneo en los miembros afectados. Por otro lado, es de mal pronóstico la presencia del trastorno de personalidad antisocial o los problemas de alcoholismo, drogas, criminalidad o violencia entre ellos (Target y Fonagy, 1994a).

En el tercer reporte de estos estudios y siguiendo una perspectiva desde el desarrollo, Target y Fonagy (1994b) buscaron correlacionar la edad del niño o del adolescente con los resultados del tratamiento. Para ello, seleccionaron a 127 sujetos para cada una de tres categorías de edad: los menores de seis años, de 6 a 12 años y adolescentes de 12 a 19. Se intentó parear sujetos entre los tres grupos respecto a género, estado socioeconómico, diagnóstico, nivel CGAS y nivel de intensidad del tratamiento. En total 59% de cada grupo eran del género masculino; 59% con trastornos emocionales, 18% disruptivos, 13% en otros diagnósticos y 10% sin diagnóstico. En el primer grupo los diagnósticos principales fueron: TAS, trastorno del sueño, del apego y de encopresis; TDAH y TO en el segundo grupo; TD, TOC y TC O antisocial en el tercero. Se obtuvieron los mejores resultados terapéuticos en el primer grupo, explicables por un nivel de más alta remisión espontánea, mejor respuesta al tratamiento en general y mayor accesibilidad a las intervenciones psicodinámicas. Los adolescentes presentaron trastornos más severos, de curso más largo y resultados menos favorables, con mayor resistencia al tratamiento y una deserción más alta. Los menores necesitaron sesiones más frecuentes para mantener la relación terapéutica a fin de que tuviera el impacto suficiente; sin embargo eso no fue benéfico para los adolescentes que parecen funcionar mejor con un tratamiento no intensivo. Entre los factores favorables de predicción, estos autores encontraron que los trastornos secundarios de estrés en los preescolares (por estrés post-traumático o de adaptación, los del sueño y las fobias) respondían mejor con el tratamiento, especialmente cuando era paralelo con la madre, comparado con los problemas de alimentación o los trastornos severos de relación entre padres-bebé. A pesar de que una larga historia de enfermedades médicas hace más vulnerable a un niño a la psicopatología, eso es a la vez un factor favorable de predicción, ya que facilita el que los padres lo lleven más temprano a recibir ayuda, se sientan menos responsables del problema e, inclusive, el mismo niño, quien ya ha sido tratado por otros profesionales, esté más abierto a nuevos tipos de ayuda. Curiosamente, entre los adolescentes, el haber vivido

en orfanatorios o tener padres con una historia marital muy conflictiva, fue un factor favorable de predicción, ya que los empujaba a la búsqueda de relaciones más gratificantes con otros adultos, lo que facilitaba su relación con el terapeuta. Por otro lado, los problemas escolares resultaron ser un factor predictivo negativo en todos los grupos.

Como corolario de los estudios anteriores y basados en el marco de referencia de su modelo de psicopatología "a la Anna Freud", tratado con terapia de *insight* y ayuda hacia el desarrollo, Fonagy y Target (1996) encontraron ciertos factores generales de predicción para esos 763 pacientes: 18% se retiró del tratamiento en los primeros seis meses; en los sujetos con retraso mental, trastornos profundos del desarrollo o disruptivos severos, no hubo una respuesta positiva a pesar del tratamiento prolongado e intensivo; los chicos menores obtuvieron mejores resultados con el tratamiento, sobre todo cuando fue de cuatro-cinco sesiones por semana; para los trastornos de ansiedad, sobre todo los específicos, aunque el primer diagnóstico fuera otro, el pronóstico fue mejor. La sintomatología severa de los pacientes con trastornos emocionales respondió mejor a la terapia intensiva, pero no a la no intensiva. La patología parental jugó asimismo un papel significativo en los resultados del tratamiento de los hijos.

- A pesar del alto rango de psicopatología de diversos tipos que presentan los adolescentes, sigue siendo una población descuidada con respecto a la investigación de psicoterapia en ellos. En esa década no se encontraron nuevos estudios, excepto los mencionados en el inciso 8. Algunos autores mencionan ciertos principios generales para el uso de terapia breve con esta población (Swift, 1993), o aspectos especiales del trabajo con muchachas (Ponton, 1993), ilustrados con casos clínicos individuales. Hendren (1993) revisa algunos estudios que se efectuaron en el pasado (mencionados en nuestra primera edición; Albores, 1992) con una descripción detallada de las diversas variables investigadas en el paciente, el terapeuta o la terapia misma, con algunas recomendaciones para el futuro. Él considera que no obstante los errores metodológicos reportados en tales estudios, éstos pueden examinarse cuidadosamente en busca de aspectos relevantes.

Direcciones en el presente y para el futuro

- **Aspectos culturales.** Debido a la gran población multiétnica en Estados Unidos, existe en esta época una corriente que estudia los aspectos culturales y su influencia en el proceso terapéutico en lo que respecta a los pacientes, terapeutas y la psicoterapia

misma. Tales cuestionamientos se dan desde el momento de la valoración diagnóstica según la visión de la psicopatología en diversos grupos étnicos, hasta el tratamiento en sí, además de la compatibilidad terapeuta-paciente en el caso de existir diferencias culturales. Tharp (1991) hace un excelente resumen al respecto y menciona sus implicaciones para la investigación. Por otro lado, Malgady y colaboradores (1990) han desarrollado lo que llaman "psicoterapia culturalmente sensible" para niños y adolescentes puertorriqueños, por medio de la cual han adoptado y adaptado el uso de cuentos tradicionales con protagonistas infantiles para grupos de niños y niñas junto con sus madres, a través de la lectura, discusión y escenificación de los mismos. Se usó en 210 individuos, provenientes de familias sin padre, de nivel socioeconómico bajo, que presentaban problemas de conducta y de ansiedad. Esta terapia fue comparada con dos grupos control: uno de terapia de juego y arte, otro sin tratamiento, sólo con sesiones de discusión. Al terminar, se reportó una notable mejoría en la ansiedad y el juicio social en los grupos de cuentos en comparación con los grupos control, así como disminución de agresividad aun después de un año de seguimiento. Sin embargo, se probó en los adolescentes (edad promedio 13 a 17 años) otra técnica semejante basada en cuentos sobre modelos adultos heroicos de Puerto Rico, como una forma de manejar los conflictos de identidad y culturales intergeneracionales presentes a esa edad, y de estimular el orgullo e identidad portorriqueños, pero los resultados no fueron exitosos.

- **Estudios de familia.** En una encuesta entre psicólogos y psiquiatras infantiles, realizada por Koocher y Pedulla (cit. por Fauber y Long, 1991), 94% de ellos reportaron incluir de una u otra forma a los padres como parte del tratamiento. Sin embargo, la decisión de usar terapia de tipo individual o familiar en niños, o combinar ambas, es una decisión que generalmente se toma sin ninguna base en cuanto a investigación científica, ya que no hay estudios que la avalen. En una revisión meta-analítica de 20 estudios de terapia familiar comparada con otras terapias (Hazelrigg *et al.*, cit. por Fauber y Long, 1991), se confirmó la efectividad de ésta, pero sin especificar con claridad cuáles estilos son más adecuados y para qué tipo de problemas. Estos autores mencionan además factores de riesgo familiares que hay para el niño, como son el conflicto marital, el divorcio, la psicopatología de los padres, incluyendo el uso de drogas y el abuso del alcohol, la violencia familiar, el abuso y el descuido infantil, así como las prácticas de manejo inadecuadas, aunque no se conocen realmente los mecanismos de estos factores que influyen sobre el funcionamiento infantil. Ellos los denominan "mecanismos de efecto", y piensan que se relacionan con problemas que enfrentan los padres al practicar sus respectivos roles; su influencia es más clara en los trastornos de externalización, pero no en los de internalización. Para ellos la terapia familiar se extiende a lo largo de

una línea que abarca la terapia individual del niño o del adolescente, en un extremo, y la terapia familiar conjunta, en el otro, con una serie de variaciones entre ambos. El investigar las diferentes variables familiares que se dan aun en los estudios de la llamada psicoterapia individual, debería efectuarse siempre como un complemento básico de tales estudios.

• **La terminación prematura.** Este tema representa un problema muy frecuente y de gran importancia en la práctica clínica cotidiana, puesto que se calcula que entre 40 y 60% de las familias que inician un tratamiento, lo abandonan prematuramente sin llegar a recibir el beneficio del mismo, además de que obstaculizan la posibilidad de que otros lo reciban, con altos costos que se desperdician en Estados Unidos, a decir de Kazdin (1996). Aunque generalmente el tema ha sido conceptualizado como "resistencia" del paciente o la familia, este autor revisa varios estudios que se han efectuado al respecto, tomando en cuenta dos modelos teóricos para explicarla: el de "los factores de riesgo" y el del "tratamiento como una carga". El primero, tomado desde la dimensión epidemiológica y de salud pública, considera que hay múltiples factores que ayudan a explicar este fenómeno y a predecir desde las primeras sesiones cuáles familias no van a llegar al final del tratamiento, pero sin comprender los mecanismos involucrados. Son factores tales como: problemas socioeconómicos de la familia, nivel alto de estrés en los padres y en su vida en general, con historia antisocial en ellos y prácticas deficientes en la educación de sus hijos (se trata de estudios realizados en familias con chicos con problemas serios de conducta, tratados con métodos cognoscitivo-conductuales) o de madres jóvenes, sin pareja y pertenecientes a grupos étnicos minoritarios. El segundo modelo es semejante al anterior y se refiere a familias que viven en condiciones adversas y con muchas fuentes de estrés, de modo que el tratamiento representa una carga más, con demandas que ya no pueden cumplir, incluyendo el aspecto económico. Estos modelos detectan la existencia de grupos de riesgo para la terminación prematura, que se deben tomar en cuenta e investigar con mayor detalle. Kazdin cuestiona el concepto de terminación prematura como una visión del terapeuta, más que de la familia, que en muchos casos sí cree haber recibido en pocas sesiones lo que buscaba, tema no fácil de investigar. Asimismo, él señala la importancia de estudiar otras variables que tienen que ver con el sitio en el que se lleva a cabo el proceso, los factores del terapeuta mismo, así como los relacionados con la alianza terapéutica y de trabajo. Desde la dimensión psicoanalítica, Salles (1990) lo explica a través del nivel de maduración del *self* y del objeto, que existe tanto en el niño como en los padres en forma equilibrada, y que se rompe durante el proceso terapéutico. La respuesta de ambos a través de sus defensas determina la resistencia al cambio.

• **Estudios multimodales y combinados.** En adultos ha sido difícil implementar este tipo de estudios debido a la complejidad en su diseño y aplicación, sobre todo cuando se efectúan en varios sitios a la vez; sin embargo, se han justificado debido a que se aproximan más a la práctica clínica, en la que el terapeuta difícilmente usa un sólo método de tratamiento. Jensen (1993) señala las ventajas de estudios semejantes, que pueden determinar la respuesta de cierto tipo de pacientes a uno u otro tratamiento o a la combinación de varios; esto a su vez puede ofrecer claves sobre la etiología y patogénesis de un trastorno específico en subgrupos de pacientes. A pesar de que implementar este tipo de estudios en niños y jóvenes es mucho más complicado, Jensen analiza la importancia de la diversidad de métodos y señala la necesidad de llevarlos a cabo, debido especialmente a las complejas raíces biológicas y psicosociales de los trastornos en estas etapas de la vida.

Investigación de psicoanálisis y psicoterapia en México

Conseguir información sobre lo que se hace y se publica en México en el campo de la salud mental, sigue siendo una acción heroica, minuciosa y de un gran esfuerzo, por las mismas razones que señala León (1999) sobre las publicaciones científicas latinoamericanas en general, excluidas en un 70% de los índices bibliográficos internacionales y "condenadas a llevar una existencia fantasmal". Además, la totalidad de estas publicaciones en Latinoamérica sólo representan 1.8% del conjunto de lo que se cita en los índices bibliográficos. Por lo tanto, no se sabe que tan completa es la información obtenida para este capítulo. La última década ha sido para nuestro país un periodo sumamente difícil política, económica y socialmente, debido a los cambios bruscos que se dieron, especialmente durante el cambio de gobierno en 1994, lo que definitivamente ha traído repercusiones importantes en la salud mental de los mexicanos, aunque desgraciadamente no es un tema que realmente se tienda a investigar.

México sigue siendo un país de contrastes abrumadores, con un altísimo porcentaje de población que vive en la miseria, especialmente en la parte sur del país, frente a una minoría que controla la riqueza y el poder. Con la demagogia oficial, los servicios de atención médica son aún deficientes y limitados a nivel general, sobre todo en las instituciones públicas y especialmente en provincia. Igual sucede con los de salud mental, a pesar de que se estima que del 22 al 34% de quienes solicitan tal atención en los centros primarios de salud, sufren diversos problemas psiquiátricos del tipo de la ansiedad y la depresión (De la Fuente, 1995). Aunque se sabe que a nivel privado se utiliza una gama de psicoterapias diversas en todo el país, no es fácil obtener información sobre su prác-

tica en las instituciones oficiales ni en las privadas y ni siquiera si han sido investigadas, ya que no se encuentran publicaciones al respecto. En mayor frecuencia se encuentran reportes sobre el uso de algunos psicofármacos, generalmente patrocinados por las compañías farmacéuticas, que con ciertas excepciones muestran "poco refinamiento metodológico" (De la Fuente y cols., 1997).

De alguna manera parece que la investigación sigue siendo un artículo limitado y de lujo en nuestro país, interferida por numerosos obstáculos ya mencionados en nuestra edición anterior (Albores, 1992b), que siguen siendo válidos en el presente. De la Fuente y su grupo (1997) añaden otros factores que influyen en la falta de investigación sobre salud mental, como los prejuicios y temores que aún se tienen en México sobre los trastornos emocionales, lo heterogéneo de este campo, la falta de recursos, instalaciones o apoyo institucional que ha estado a disposición de otras ramas de la medicina, el uso de especulaciones en vez de hipótesis científicas y la falta de diferenciación entre la neurología y la psiquiatría. Se podría agregar, asimismo, el nepotismo y burocratismo que padecemos, con personas que ocupan puestos clave sin siquiera tener la profesión o preparación adecuada; el terrible centralismo que aún nos asfixia; la falta de organización, actividad y congruencia en muchas de las asociaciones de profesionales de la salud mental, que existen de nombre pero se encuentran paralizadas en su desarrollo, sin ninguna actividad académica, científica, y, por lo mismo, sin huellas de proyectos de investigación o de publicación de trabajos.

La revisión de las principales publicaciones en nuestro campo, o al menos de las más conocidas y regulares, demuestra que en el presente la investigación sigue dirigida principalmente a las neurociencias o hacia ciertas áreas muy específicas como el abuso de alcohol y drogas, la violencia intrafamiliar, el suicidio, etc. (De la Fuente y cols, 1997). Afortunadamente, se ha extendido también la preocupación por los estudios epidemiológicos, realizados tanto a nivel urbano (Caraveo y cols, 1994, 1999) como rural (Salgado de Snyder y Díaz-Pérez, 1999), en poblaciones de diversas edades. En niños y adolescentes se han efectuado estudios importantes para la detección de trastornos afectivos principalmente y su comorbilidad, lo cual ha sido un avance en los niveles de investigación. Sin embargo, sin negar la importancia de estudiar el uso y abuso de alcohol y drogas en niños y adolescentes como un problema generalizado en México, consideramos que hay otro tipo de trastornos de gran frecuencia en la consulta del pediatra, del psiquiatra y del psicólogo infantil, tales como los TDAH, TC O los de aprendizaje, que no han sido estudiados epidemiológicamente, ni en cuanto a su asistencia o el tipo de tratamientos utilizados. Se necesitan estudios así, que ayudarían además a la planeación de programas de prevención y detección temprana de estos trastornos en la familia o en las aulas, para desarrollar

intervenciones adecuadas y tempranas, que definitivamente tienen un mejor pronóstico que los casos de abuso de drogas y alcohol. Tampoco se pudo encontrar estudios con información sobre el uso de las diversas psicoterapias en México, tanto a nivel privado como institucional. En el presente existe un proyecto de investigación sobre la psicoterapia psicoanalítica en 19 pacientes con diagnóstico de personalidad *borderline*, supervisados por psicoanalistas del Grupo Kemberg de Nueva York (Cuevas *et al.*, 1999). Por otro lado, Lartigue y colaboradores (1999) han echado a andar un proyecto de psicoterapia en bebés con sus padres, reportado en el capítulo correspondiente de este libro.

A través de la revisión del material presentado en este capítulo, se puede llegar a una serie de conclusiones generales, como las ennumeradas a continuación:

1. La investigación de la psicoterapia en adultos durante la última década ha tomado una multitud de direcciones, debido al gran auge en su desarrollo y gracias a las exigencias metodológicas de rigurosidad en cuanto a la eficacia y efectividad de los diversos tratamientos. Existe una gran preocupación por trasladar el uso de tantos de estos métodos de laboratorio a la práctica de la consulta diaria, como una forma de detectar mejor los elementos que pueden considerarse curativos en cada terapia, y que por ende pueden ser aplicados en la práctica. Se puede decir, entonces, que la tendencia actual es utilizar no tanto una "marca" de terapia, sino los elementos de cada una de ellas que funcionen mejor para cierto tipo de pacientes con problemas específicos y bajo determinadas circunstancias, lo que significa un mayor grado de refinamiento en la capacitación de los terapeutas, así como de beneficio para los pacientes. Para ello se requiere de una mejor y mayor colaboración entre clínicos e investigadores, que permita estudiar, validar y aplicar tales elementos que ya son utilizados en la práctica de terapeutas de diversas orientaciones.

2. La investigación también se ha enfocado cada vez más a la figura del terapeuta y de las características que lo hacen exitoso en su labor, a la alianza terapéutica y de trabajo que forma con el paciente, o con determinado tipo de pacientes. Se empieza a explorar, además, el tipo de imagen que el paciente mismo tiene del proceso y de su terapeuta. Se trata de encontrar aquellos elementos de tipo curativo, que serán importantes en el entrenamiento de los terapeutas, así como en la práctica cotidiana.

3. El auge que ha tenido la investigación del psicoanálisis y las diversas psicoterapias en el adulto, no son equivalentes para niños y adolescentes, especialmente en estos últimos, que aparecen como una población descuidada. No se encontraron nuevos estu-

dios realizados en adolescentes en la última década. A pesar del gran número de sujetos que pertenecen a estas edades, que se encuentran en riesgo y que requieren de mayor atención para los diversos trastornos que padecen, los estudios siguen siendo limitados en niños, debido a las razones ya mencionadas. Se trata de razones válidas para los países del primer mundo y con mayor razón para México, España y los países latinoamericanos, en los que no existe semejante investigación o al menos no se publica. En los estudios que aquí se revisan, no se investigan muchas de las directrices mencionadas en los de adultos, tales como las características especiales que debe poseer un terapeuta de niños y adolescentes, tan diferentes entre sí o a las del terapeuta de adultos. Tampoco se estudian los aspectos transferenciales y contratransferenciales, de mayor complejidad en estas terapias, que no sólo tienen que ver con el niño, sino con el padre y la madre por separado y como pareja, así como con la familia en sí. Igualmente, se ha descuidado el estudio de los elementos presentes en la alianza terapéutica o de trabajo, que también sería diferente en los niños y en los adolescentes. Asimismo, el pago de honorarios por las terapias en general es otro aspecto que raramente se valora o se menciona, a pesar de que conocemos su íntima conexión con los aspectos transferenciales.

4. En la psicoterapia de niños y de cierto tipo de adolescentes, las terapias cognitivo-conductuales siguen teniendo un lugar preponderante en la investigación, con resultados satisfactorios aun después de cierto periodo de seguimiento. Los estudios de psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas, debido a su complejidad, apenas están despegando, ilustrados por los proyectos que se han efectuado en Inglaterra en el Centro Anna Freud. Mediante procesos a largo plazo y con una mayor frecuencia de sesiones, éstos han venido a plantear la posibilidad de mejores resultados, con efectos más profundos, en cierto tipo de pacientes, comparados con los efectos sintomáticos de los tratamientos a corto plazo, resultados que, sin embargo, deben estudiarse más a fondo para ser confirmados empíricamente.

5. En México parece contradictorio que a pesar del predominio de la población infantil y de adolescentes, no se cuenta con suficientes terapeutas especializados para atenderlos, y apenas se empiezan a realizar estudios epidemiológicos que ayuden a conocer la realidad de la psicopatología en estas edades. Además, la investigación no tiene mucho cartel, es cara, con mucha dificultad y resistencia para efectuarla y con muy pocas oportunidades para la capacitación de personal, que como tantos otros aspectos de nuestro país tiende a centralizarse en la capital. Gran porcentaje de los estudios publicados en las revistas científicas regulares son más bien de corte académico, poco

prácticos para ser trasladados del laboratorio a la consulta y enfocados a aspectos de neurociencias o a ciertas áreas muy específicas como abuso de drogas y alcohol, violencia intrafamiliar, etc. Sin negar la importancia y validez de tales investigaciones, es lógico cuestionar si dado lo limitado de los fondos y el personal, no sería más práctico y viable ampliar la investigación epidemiológica de trastornos ya detectados en estudios de niños y adolescentes, como los de ansiedad y depresivos, o los que no han sido estudiados epidemiológicamente, pero que son tan frecuentes en la consulta, como los de aprendizaje, conducta y déficit de la atención. Igualmente práctico y esencial sería el estudio de los métodos y programas terapéuticos que se usan en la actualidad para tales trastornos. La realidad es que aún sabemos muy poco de los trastornos emocionales que presentan los mexicanos de diversas edades, del nivel de atención que existe tanto en lo privado como en lo institucional a lo largo del país, de los métodos terapéuticos que se utilizan, y de los resultados que se obtienen. Es como vivir rodeados de una enorme nube que cubre nuestra visión, formada por una infinidad de elementos variados, contra los cuales intentamos luchar en mayor o menor grado para despejarla y descubrir nuestra realidad.

6. Sabemos que en nuestro país se practica una gran variedad de "terapias" y psicoterapias, que van desde la brujería y la magia hasta el psicoanálisis, las psicoterapias dinámicas, las cognitivo-conductuales, las farmacológicas, grupales, familiares, etcétera, con muy diversos estilos y orientaciones. Sin embargo, no conocemos en realidad lo que significa cada una de ellas, el tipo de población al que están dirigidas, su efectividad y eficacia, sus elementos curativos, las características de los terapeutas, los resultados obtenidos en ciertos periodos de seguimiento y otros detalles importantes, sobre todo relacionados con los aspectos socioculturales, ya que no hay estudios empíricos publicados que las validen, al menos en el material revisado. A pesar de existir numerosas asociaciones y grupos profesionales a lo largo de México, no parece haber suficiente interés por la investigación o la publicación de trabajos, ni tampoco por la formación de cursos de capacitación adecuados en estas áreas. Lo mismo sucede con frecuencia en tantas de las universidades, escuelas profesionales e instituciones especializadas en la salud mental. El centralismo y burocratismo de las instituciones oficiales y a veces aun de las privadas, males heredados desde la colonia, son algunos de los factores importantes que limitan el desarrollo de estos procesos y con ellos, el conocimiento del estado que nuestra salud mental, la psicopatología que nos aqueja y los elementos y recursos que poseemos para luchar contra tales trastornos.

Revisar lo que se hace en la investigación de la psicoterapia en nuestros días, y las múltiples direcciones que toma o los obstáculos que interfieren con la misma, sigue siendo una aventura fascinante. No se trata sólo del desafío del ejercicio académico, sino que tomando en cuenta el aspecto más práctico, representa la posibilidad de explorar y confirmar los resultados de nuestras teorías y lo que hacemos con ellas en la relación cotidiana con los pacientes.

NOTA: las citas bibliográficas anteriores a 1992, se puede consultar en la primera edición de este manual.

Bibliografía

- Albores, V. (1992a), "Investigación en el tratamiento psicoanalítico de niños y adolescentes, I. Investigación en adultos", en *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes*, editado por M. Salles, Colección Nociones, Editorial Planeta. México, D. F.
- Albores, V. (1992b), "Investigación en el tratamiento psicoanalítico de niños y adolescentes. II. Investigación en niños y adolescentes", en *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes*, editado por M. Salles, Colección Nociones, Editorial Planeta, México, D. F.
- Apter, A. (1998), "Research in Child Psychiatry", en *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 7, ed. por J. D. Noshpitz, P. Adams y E. Bleiberg. John Wiley and Sons Inc., Nueva York.
- Arnold, L. E. (1993), "A Comparative Overview of Treatment Research Methodology: Adult vs Child and Adolescent, Psychopharmacological vs Psychosocial Treatments". *Psychopharmacological Bull.* 29(1): 5-17.
- Barber, J. P. y P. Crits-Christoph (1993), "Advances in Measures of Psychodynamic Formulation", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 61(4): 574-585.
- Barkham, M. et al. (1996), "Outcomes of Time-Limited Psychotherapy in Applied Settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 64(5): 1079-1085.
- Barnett, R. J., J. P. Docherty y G. M. Frommlet (1991), "A Review of Child Psychotherapy Research since 1963", *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 30: 1-14.
- Berzins, J. I. (1984), "Psychotherapy", en *Research Methods in Clinical Psychology*, edit, por A. S. Bellak y M. Hersen, Nueva York, Pergamon Press, pp. 208-232.

- Blatt, S. J., C. A. Sanislow III, P. A. Pilkonis y D. C. Zuroff (1996), "Characteristics of Effective Therapists: Further Analysis of Data from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 64(6): 1276-1284.
- Caraveo-Anduaga, J. J. (1994), "Panorama de la investigación clínico-epidemiológica en psiquiatría infantil", *Psiquiatría* 10 (3): 84-90.
- Caraveo-Anduaga, J. J., E. Colmenares y G. J. Saldivar (1999), "Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida", *Salud Mental*, 22 (número especial): 62-67.
- Cohen, J. (1997), "Child and Adolescent Psychoanalysis: Research, Practice and Theory". *Int. J. Psycho-Anal.*, 78: 499-520.
- Cuevas, P., D. López, R. Parres, J. Camacho y J. Mendoza (1999), Psychodynamic Psychotherapy for Borderline Patients, Trabajo presentado en la Conferencia Precongreso de Investigación en Santiago de Chile.
- Chambles, D. L. y S. D. Hollon (1998), "Defining Empirically Supported Therapies", *J. Consul. Clin. Psychol.* 66 (1): 7-18.
- DeBerry, D. y D. Baskin (1989), "Termination Criteria in Psychotherapy: A Comparison of Private and Public Practice", *Am. J. Psychotherapy* 43(1): 43-53.
- De la Fuente, R. (1995), "El tratado de libre comercio y la psiquiatría. Retos, riesgos y oportunidades", *Salud Mental*, 18(2): 1-10.
- De la Fuente, R., M. E. Medina-Mora y J. Caraveo (1997), "La investigación en la psiquiatría y la salud mental", en *Salud Mental en México*, Fondo de Cultura Económica. Colección de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis, México, D. F.
- Emede, R. N. y Fonagy, P. (1997), "An Emerging Culture for Psychoanalytic Research", *Int. J. Psycho-Anal.* 78: 643-651.
- Fauber R.L. y N. Long (1991), "Children in Context: The Role of the Family in Child Psychotherapy", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 59(6): 813-820.
- Fonagy, P. (1997), "Evaluating the Effectiveness of Interventions in Child Psychiatry", *Can. J. Psychiatry* 42(6): 584-594.
- Fonagy, P., H. Kächele, R. Krause, E. Jones y R. Perron (1999), *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*, IPA. Londres, P. Fonagy y G. S. Moran (1990), "Studies on the Efficacy of Child Psychoanalysis", *J. Consult. Clin. Psychology* 58(6): 684-695.
- Fonagy, P. y M. Target (1994), "The efficacy of Psychoanalysis for Children with Disruptive Disorders", *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 33(1): 45-55.
- _____(1996), "Predictors of Outcome in Child Psychoanalysis: A Retrospective Study of 763 Cases at the Anna Freud Centre", *J. Arner. Psychoanal Assn.*, 44(1): 27-77.

- Frayn, D. H. (1992), "Assessment Factors Associated with Premature Psychotherapy Termination", *Am. J. Psychotherapy* 46(2): 250-261.
- Freedman, N., J. D. Hoffenberg, N. Vorus y Frosh A. (1999), "The Effectiveness of Psychoanalytic Psychotherapy: The Role of Treatment Duration, Frequency of Sessions and the Therapeutic Relationship", *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 47(3): 741-772.
- Fried, D., P. Crits-Christoph y L. Luborsky (1992), "The First Empirical Demonstration of Transference in Psychotherapy", *J. Nerv. Ment. Dis.*, 180(5): 326-331.
- García-Villanova, F. (1998), "Historia y tendencias de la investigación en psicoterapia de niños y adolescentes", en *Investigación en psicoterapia: La contribución psicoanalítica* de J. Poch y A. Avila, Paídos, Barcelona, Buenos Aires, México, pp. 57-66.
- Goldfried, M. R. y B. E. Wolfe (1998), "Toward a More Clinically Valid Approach to Therapy Research", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 66(1): 143-150.
- Hartmann, L. (1998), "Child and Adolescent Psychiatry Research Remains a Challenge". *Am. J. Psychiat.*, 155(4): 453-454.
- Hatcher, R. L. y A. W. Barends (1996), "Patient's View of the Alliance in Psychotherapy: Exploratory Factor Analysis of Three Alliance Measures", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 64(6): 1326-36.
- Hendren, R. L. (1993), "Adolescent Psychotherapy Research: A Practical Review", *Am. J. Psychotherapy*, 47(3): 334-342.
- Henggeler, S. W., S. K. Schoenwald y S. G. Pickrel (1993), "Multisystemic Therapy: Bridging the Gap Between University and Community-Based Treatment", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 63(5): 709-717.
- Henry, W. P., T. E. Schacht, H. H. Strupp, S. E. Butler y J. L. Binder (1993). "Effects of Training in Time-Limited Psychotherapy: Mediators of Therapists' Responses to Training", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 61(3): 441-447.
- Hilliard, R.B. (1993), "Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 61(3): 373-380.
- Hibbs, E. D. (1993), "Psychosocial Treatment Research with Children and Adolescents: Methodological Issues", *Psychopharmacology Bull.*, 29(1):27-33.
- Hoagwood, K., E. Hibbs, P. Jensen y D. Brent (1995), "Introduction to the Special Section: Efficacy and Effectiveness in Studies of Child and Adolescent Psychotherapy", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 63(5): 683-687.
- Hoglund, P. (1993), "Transference Interpretations and Long-Term Change after Dynamic Psychotherapy of Brief to Moderate Length", *Amer. J. Psychotherapy*, 47(4): 495-507.

- Hoglend, P. (1996), "Motivation for Brief Dynamic Psychotherapy", *Psychother. Psychosom.*, 65: 209-215.
- Hoglend, P., T. Sorlie, O. Sorbye, O. Heyerdahl y S. Amlo (1992), "Longterm Changes after Brief Dynamic Psychotherapy: Syntomatic versus Dynamic Assessments", *Acta Psychiatr. Scand*, 86: 165-172.
- Horvath, A. O. y L. Luborsky (1993), "The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 61(4): 561-573.
- Howard, K. I., R. J. Lueger, M. Z. Mailing y Z. Martinovich (1993), "A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 61(4): 678-685.
- Jensen, P. S. (1993), "Development and Implementation of Multimodal and Combined Treatment Studies in Children and Adolescents: NIMH Perspectives", *Psychopharmacol. Bull*, 29(1): 19-26.
- Jones, E. E. (1993a), "Introduction to Special Section: Single-Case Research in Psychotherapy", *J. Consul. Clin. Psychol*, 61(3): 371-373.
- Jones, E. E., J. Ghannam, J. T. Nigg y J. F. P. Dyer (1993), "A Paradigm for Single Case Research: The Time Series Study of a Long-Term Psychotherapy for Depression", *J. Consul. Clin. Psychol*, 61(3): 381-394.
- Joyce, A. S. y W. E. Piper (1993), "The Immediate Impact of Transference Interpretation in Short-Term Individual Psychotherapy", *Am. J. Psychotherapy*, 47(4): 509-539.
- Kazdin, A. E. (1991), "Effectiveness of Psychotherapy with Children and Adolescents", *J. Consul. Clin. Psychol*, 59(6): 785-798.
- Kazdin, A. E. (1996), "Dropping Out of Child Psychotherapy: Issues for Research and Implications for Practice", *Clin. Child Psychol. Psychiatry*, 1(1): 133-156.
- Kazdin, A. E., D. Bass, W. A. Ayers y A. Rodgers (1990), "Empirical and Clinical Focus of Child and Adolescent Psychotherapy Research", *J. Consul. Clin. Psychol*, 58(6): 729-740.
- Kazdin, A. E. y J. R. Weisz (1998), "Identifying and Developing Empirically Supported Child and Adolescent Treatments", *J. Consul Clin. Psychol*, 66(1): 19-36.
- Kendall, P. C. (1998), "Empirically Supported Psychological Therapies", *J. Consul. Clin. Psychol*, 66(1): 3-6.
- Kendall, P. C. y R. J. Morris (1991), "Child Therapy: Issues and Recommendations", *J. Consul. Clin. Psychol*, 59(6): 777-784.
- Lafferty, P., L. E. Beutler y M. Crago (1989), "Differences Between More and Less Effective Psychotherapists: A Study of Select Therapist Variables", *J. Consul. Clin. Psychol*, 57(1): 76-80.

- Lartigue, T. (1999), Comunicación personal.
- León, C. A. (1999), "Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica", *Salud Mental*, 22 (número especial): 48-56.
- Luborsky, L., A. T. McLellan, G. E. Woody, C. P. O'Brien y A. Auerbach (1985), "Therapist Success and Its Determinants", *Arch. Gen. Psychiat.*, 42: 602-611.
- Luborsky, L., J. P. Barber y L. Beutler (1993), "Introduction to Special Section: A Briefing on Curative Factors in Dynamic Psychotherapy", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 61(4): 539-548.
- Malgady, R.G., G. Costantino y L.H. Rogler (1990), "Culturally Sensitive Psychotherapy for Puerto Rican Children and Adolescents: A Program of Treatment Outcome Research", *J. Consul. Clin. Psychol.* 58(6): 704-712.
- Marks, I. (1999), "Computer Aids to Mental Health Care", *Can. J. Psychiatry*, 44:548-555.
- Martínez-Taboas, A. y M. Francia-Martínez (1992), "Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: Revisión de estudios controlados", *Rev. Lat. Psicol.*, 24(3): 237-58.
- Moras, K., L. A. Telfer y D. H. Barlow (1993), "Efficacy and Specific Effects Data on New Treatments: A Case Study Strategy with Mixed Anti-Depression", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 61(3): 412-420.
- Mrazek, D. A., T. Shapiro y H. A. Pincus (1991), "Current Status of Research Activity in American Child and Adolescent Psychiatry: A Developmental Analysis By Age Cohorts", *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.*, 30(6): 1003-1008.
- Orlinsky, D. E., J. D. Geller, M. Tarragona y B. Farber (1993), "Patient's Representations of Psychotherapy: A New Focus for Psychodynamic Research", *J. Consul. Clin. Psychol.* 61(4): 596-610.
- Perry J. C, E. Banon e F. Ianni (1999), "Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders", *Am. J. Psychiatry*, 156(9): 1312-1321.
- Piper, W.E., F. A. A. Hassan, A. S. Joyce y M. McCallum (1991), "Transference Interpretations, Therapeutic Alliance, and Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy", *Arch. Gen. Psychiat.*, 48: 946-953.
- _____(1993), "Understanding the Relationship between Transference Interpretation and Outcome in the Context of Other Variables", *Am. J. Psychotherapy*, 47(4): 479-493.
- Poch, J. y A. Ávila (1998), *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*, Paidós, Barcelona, Buenos Aires, México.
- Ponton, L. E. (1993), "Issues Unique to Psychotherapy with Adolescent Girls", *Am. J. Psychotherapy*, 47(3): 353-372.

- Raue, P. J., M. Barkham y M. R. Golfried (1997), "The Therapeutic Alliance in Psycho-Dynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 65(4): 582-87.
- Ritvo, R., *et al.*, (1999), "Report of the Psychotherapy Task Force of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", *J. Psychother. Pract. Res.*, 8(2): 93-102.
- Russell, R. L. y D. E. Orlinsky (1996), "Psychotherapy Research in Historical Perspective", *Arch. Gen. Psychiatry*, 53: 708-715.
- Salgado de Snyder, V. N. y M. J. Díaz-Pérez (1999), "Los trastornos afectivos en la población rural", *Salud Mental*, 22 (número especial): 68-74.
- Salles, M. (1990), "Terminación prematura de niños en análisis". *Cuad. de Psicoanálisis*, 23(3-4): 159-164.
- Shapiro, T. y A. Esman (1992). "Psychoanalysis and Child and Adolescent Psychiatry", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31(1): 6-13.
- Shirk, S. R. y R. L. Russell (1992), "A Reevaluation of Estimates of Child Therapy Effectiveness", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31(4): 703-709.
- Silberschatz, G. y J. T. Curtis (1993), "Measuring the Therapist's Impact on the Patient's Therapeutic Progress". *J. Consul. Clin. Psychol.*, 61(3): 403-411.
- Smyrnios, K. X. y R. J. Kirkby (1993), "Long-Term Comparison of Brief Versus Unlimited Psychodynamic Treatments with Children and Their Parents", *J. Consul. Clin. Psychol.* 61(6): 1020-1027.
- Spence, D. P., H. Dahl y E. E. Jones (1993), "Impact of Interpretation on Associative Freedom", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 61 (3): 395-402.
- Strupp, H. H. (1993), "The Vanderbilt Psychotherapy Studies: Synopsis", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 61(3): 431-33.
- Svartberg, M. y T. C. Stiles (1991), "Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 59(5): 704-714.
- Swift, W. J. (1993), Brief Psychotherapy with Adolescents: Individual and Family Approaches, *Am. J. Psychotherapy*, 47(3): 373-386.
- Target, M. y Fonagy, P. (1994a). "Efficacy of Psychoanalysis for Children with Emotional Disorders", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33(3): 361-371.
- Target, M. y Fonagy, P. (1994b), "The Efficacy of Psychoanalysis for Children: Prediction of Outcome in a Developmental Context", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33(8): 1134-1144.
- Target, M. y Fonagy, P. (1997), "Research on Intensive Psychotherapy with Children and Adolescents", *Psychotherapy*, 6(1): 39-51.

- Tharp, R. G. (1991), "Cultural Diversity and Treatment of Children". *J. Consul Clin Psychol.* 59(6): 799-812.
- Thomas, C. R. y C. E. Holzer (1999), "National Distribution of Child and Adolescent Psychiatrists". *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(1): 9-15.
- Wallerstein, R. S., M. Valley y P. Fonagy (1999), "Psychoanalytic Research and the IPA: History, Present Status and Future Potential". *Int J. Psychoanal* 80: 91-109.
- Webart, A. (1989), "Psychotherapy Research Between Process and Effect: The Need of Methodological Approaches". *Acta Psychiatr. Scand.*, 79: 511-522.
- Weiss. B. y J. R. Weisz (1995). "Relative Effectiveness of Behavioral Versus Nonbehavioral Child Psychotherapy"..*J. Consul. Clin. Psychol.*, 63(2): 317-320.
- Weisz, J.R., B. Weiss, M. D. Alicke y M. L. Klotz (1987), "Effectiveness of Psychotherapy with Children and Adolescents: A Meta-analysis for Clinicians", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 55(4): 542-549.
- Weisz, J. R., S. S. Han, D. A. Granger, B. Weiss y T. Morton (1995a), "Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents Revisited: A Meta-Analysis of Treatment Outcome Studies", *Psychol. Bull.*. 117(3): 450-468.
- Weisz, J. R., G. R. Donenberg, S. S. Han y B. Weiss (1995b), "Bridging the Gap Between Laboratory and Clinic in Child and Adolescent Psychotherapy", *J. Consul. Clin. Psychol.*, 63(5): 688-701.

VI

Melanie Klein y el nacimiento del psicoanálisis de niños

Esperanza Pérez de Plá

A Rodolfo Agorio,

con quien pude reconocer por vez primera los efectos del inconsciente

Introducción

La llamada escuela inglesa de psicoanálisis, encabezada por Melanie Klein, tiene tal valor y trascendencia para quienes nos desempeñamos en el campo del análisis con niños, que resulta ser un punto de referencia ineludible. Por esa razón se pensó en el interés de darle un espacio propio dentro de este manual. La idea fue ayudar a la comprensión de lo significativo que ha sido una serie de autores que —podemos afirmar— no sólo han hecho historia sino que además mantienen la mayor vigencia aunque su fundadora murió hace ya 40 años.

Intenté desde la primera edición aportar un texto que favoreciera la aproximación a conceptos a veces complicados y expresados con un lenguaje muy particular que puede hacer difícil su aceptación y crear malos entendidos. En esa ocasión pensé que la mejor manera de reducir los prejuicios no es simplificar las ideas sino mostrar el modo en que se ha gestado el pensamiento y por eso dediqué un capítulo a revisar la vida de M.

Klein, de la que se tienen ya muchos datos y que da una nueva y profunda visión sobre su obra. Creo que esto facilitó comprender el segundo capítulo, dedicado a exponer los conceptos y aportes fundamentales de la autora, y así lo que me había propuesto se consiguió en gran medida.

En esta nueva versión he reunido en un capítulo los dos anteriores, lo cual me obliga a abreviar considerablemente lo expuesto entonces sobre Melante Klein, pero intento de cualquier manera mantener el estilo de la escritura que creo proviene de un aspecto fundamental: de mi propia relación con la obra de esta gran psicoanalista. No me considero precisamente "kleiniana", sin embargo he recorrido a fondo su obra desde el comienzo de mi formación. Pienso, como Maud Mannoni cuando reflexiona sobre Françoise Dolto: "...se puede llegar a lo original y fecundo de un autor sólo si somos capaces de traducir sus descubrimientos a nuestro propio lenguaje y a través de la propia historia" (Mannoni, 1986, p.75). Esto es más importante para la transmisión y tal vez más propicio para la creatividad que "pertenecer" a una escuela determinada.

Parte I. ¿Quién es Melanie Klein?

Estoy enfrentada a un verdadero reto. Me pregunto: ¿Cómo transmitir sin distorsionarlas las ideas más significativas de autores que han abierto el camino y sentado las raíces de la disciplina en que nos desempeñamos cada día, de aquellos que nos han influido y consideramos nuestros ancestros en el campo del psicoanálisis? ¿Qué es lo que mantiene su vigencia y por qué? ¿Cómo recordamos y heredamos? ¿En qué contexto y debido a qué razones algunos conceptos nos resultan más familiares y adecuados que otros? ¿Por qué los hacemos nuestros?

Reflexionando sobre mi propia historia psicoanalítica me percaté de que he requerido para sostener un vínculo estimulante y productivo con la obra de Klein no sólo un considerable estudio, sino también una revisión crítica de la misma que la reubicó, no en el pedestal en el que me fue transmitida hace treinta años en Río de la Plata, sino en un sitio muy importante pero compartido con otros autores de los que tampoco podría prescindir en mi práctica actual. Leer a Melanie Klein sin que se opacara la obra de Freud, sino poniendo los textos a dialogar y a veces a polemizar, fue lo primero que necesité hacer y creo que fue lo más constructivo y enriquecedor. Lo considero un paso preliminar aconsejable para cualquiera que tenga la tentación de abanderarse en una corriente exclusiva. Pienso que esta actitud cuestionadora se percibe en lo que escribo. Creo también que ningún psicoanalista puede dejar de ser freudiano por el hecho de que

adopte posturas e ideas de nuevos autores, y si eso ocurre hay que reflexionar cómo puede ser esto posible sin que se mutilen aspectos centrales de su identidad como analista.

En cuanto a este texto, plantea muchos acontecimientos desde ópticas diferentes a las habituales y, junto con una reflexión sobre la obra en sí misma, profundiza en la relación existente entre la mujer y su creación. Ésta fue una idea capital durante todo el proceso de escritura. En cuanto al modo de estudiar la vasta producción científica de Melanie Klein, decidí resaltar y hacer un estudio más detallado de lo que podría llamarse la "infancia de la teoría", o sea de los textos tempranos en los que es posible rastrear la emergencia de las ideas, donde se reconoce la manera de acercarse al material clínico y se van diferenciando aquellos aspectos que continuó desarrollando durante toda su vida. Tomo como centrales los temas del juego y de la interpretación para exponer el sistema kleiniano en su aporte al psicoanálisis de niños. Del resto de la teoría sólo doy, en esta ocasión, una visión panorámica, aunque no eludo extenderme respecto a ciertos conceptos esenciales. Finalmente, quiero agregar que mi actitud polémica para nada implica una devaluación del aporte de la autora. Muy al contrario, profundizar tanto en su vida y su obra no ha hecho más que incrementar mi convicción de que la Sra. Klein es uno de los personajes más destacados del psicoanálisis mundial y en especial del psicoanálisis de niños. Y también uno de los más controvertidos.

A modo de presentación del personaje

El 22 de septiembre de 1960, muere en un hospital londinense, a los 78 años de edad, Melanie Klein, nacida Reizes. Había sufrido una intervención por un cáncer abdominal unos días antes y luego una serie de graves complicaciones que acabaron con sus menguadas fuerzas. Había dedicado al psicoanálisis los últimos 40 años de su vida de una manera apasionada y total. El interés que sus textos habían despertado en Latinoamérica fue una de las mayores alegrías de sus últimos años. Expresaba a menudo el temor de que su obra no la sobreviviría, pero el tiempo ha demostrado lo contrario.

Su trayectoria se vincula con tres grandes capitales europeas: Budapest, Berlín y sobre todo Londres, en donde se instaló desde 1926. En cada una de ellas destacó su relación con una figura importante del psicoanálisis de su época: en Budapest, Ferenczi; en Berlín, Abraham; en Londres, Jones. Los dos primeros fueron sus analistas y a la vez apoyo y estímulo para su desarrollo y creatividad; el tercero defendió sus teorías, la invitó a Londres en épocas muy difíciles y mantuvo con ella una importante amistad durante décadas. A diferencia de la mayoría de los pioneros, su aproximación al psicoanálisis se hizo como paciente debido a que padecía depresión crónica. Esta primera

experiencia analítica personal con Ferenczi cambió radicalmente su vida y determinó un interés y un compromiso con la disciplina freudiana que nunca declinó. Esta forma de inicio la convenció de las bondades terapéuticas del psicoanálisis de una manera muy peculiar y hasta el fin de sus días pensó que los esfuerzos que dedicaba a enriquecerlo iban dirigidos a una causa noble y beneficiosa para la humanidad. Creía además que los psicoanalistas debían tener una mentalidad abierta a la renovación y al cambio, quizá tomando literalmente las primeras palabras que oyó pronunciar a Freud en 1918, en el v Congreso Psicoanalítico celebrado en Budapest, que fueron las siguientes: "Nunca hemos pretendido alcanzar la cima de nuestro saber ni de nuestro poder, y ahora como antes estamos dispuestos a reconocer las imperfecciones de nuestro conocimiento, añadir a él nuevos elementos e introducir en nuestros métodos todas aquellas modificaciones que puedan significar un progreso" (Freud, 1918).

Su vinculación con el psicoanálisis de niños fue particularmente intensa y compleja, del tipo de lo que podemos llamar de creación recíproca: Melanie Klein contribuyó de manera capital a generar sus raíces y a promover su desarrollo y al hacerlo fue marcada de manera indeleble en su identidad como psicoanalista. Dicho en otros términos, el psicoanálisis de niños que ella desarrolló la determinó en su práctica, en su concepción teórica, en su relación misma con el inconsciente. Aunque desde los años cuarenta ya no trataba a niños personalmente, dado lo avanzado de su edad, nunca dejó de supervisar los casos de algunos de sus colegas y discípulos. Sobre todo le interesaban los niños más pequeños, menores de cinco años de edad, por el tipo de material que le aportaban para el progreso de sus teorías. Sus últimos esfuerzos fueron dedicados a la preparación del tan polémico *Relato del psicoanálisis de un niño* (Klein, 1961), probablemente el más extenso historial psicoanalítico jamás publicado, que fue editado después de su muerte.

Pero a la vez que una figura científica de gran importancia, la Sra. Klein fue también una mujer brillante, hermosa y carismática. que despertaba las emociones más intensas entre los que la rodeaban. Alix Strachey, por ejemplo, que la conoció de cerca en Berlín, y en ocasiones la acompañó a cafés y salones de baile, admiraba "su vitalidad, su atractiva energía erótica, su poder retórico" (Gay, 1988, p. 520). Como ocurrió con el propio Freud, a su alrededor circulaban amores, odios, rupturas, incluso paranoias. Quienes la conocieron bien dicen que tenía los defectos de sus virtudes, fundamentalmente de una, el apasionamiento que, todos están de acuerdo, era un rasgo que la caracterizaba. Podía ser muy tierna pero también muy violenta, implacable con sus opositores y exigente hasta la intransigencia con sus seguidores a los que pedía una total aceptación de sus ideas, tenaz para seguir adelante con sus investigaciones pero también terriblemente

obstinada. Por todo esto atrajo las miradas tanto admirativas como maliciosas de mucha gente. Respecto a los efectos de su presencia personal y científica, dice Peter Gay: "allí donde llegaba Melanie Klein, los sentimientos se desbordaban" (Gay, 1988, p. 521). Podemos decir que es ya un personaje de nuestra cultura, que su vida excede el campo del psicoanálisis. Lo más sorprendente es que fue siempre muy reservada respecto a todo lo personal, en gran medida porque pensaba muy seriamente y lo llevaba a la práctica, que para bien del análisis de sus pacientes es preferible que los psicoanalistas se cuiden de no salir demasiado a la luz pública. Su actitud resultaba entonces muy enigmática y despertaba curiosidad y sospechas. En cuanto al rechazo violento que provocan sus ideas en diversos medios, me he preguntado —y me propongo profundizar algo en este sentido— cómo se relaciona su estilo personal y su historia con el tipo y contenido mismo de su teorización. Siempre he pensado que en ella ve mucha gente una gran transgresora y que el "crimen" de que se le acusa no es sólo comprensible desde el texto de sus obras. El lugar que le dio al mundo interno de los niños, los aportes a la sexualidad femenina y la originalidad de su teoría, son una parte del escándalo, pero también lo fue su modo de vida, que representó para muchas mujeres un ejemplo de feminismo sin militancia explícita: se había divorciado en los años veinte cuando esto era muy mal visto y junto con esta independencia creció como figura científica a niveles poco usuales entre las mujeres de su tiempo. El hecho de que fuera una personalidad tan atrayente, siempre elegantemente vestida y maquillada, y que no se le conociera ninguna relación amorosa era motivo de muchas suposiciones, en general y, como era de prever, malévolas. "Melanie Klein es uno de esos personajes con los cuales se hacen los mitos" (Grosskurth, 1989, p. 13). ¿Cómo profundizar en esta idea?

No es mi propósito hacer en esta ocasión una biografía completa de Melanie Klein, sino recrear la relación entre la mujer y la obra que considero indisolubles; o sea realizar una lectura de los hechos históricos desde el pensamiento psicoanalítico para obtener cierta claridad sobre el material mismo con que se construye la teoría. No se trata de superponer las aventuras y desventuras de los seres humanos a su producción científica e interpretar linealmente como causa y efecto la vida y la obra de un autor, sino de buscar y tratar de comprender más cabalmente las raíces históricas de la creación en psicoanálisis. Para dar un apoyo documentado a esta búsqueda, dispuse de diversos trabajos y, especialmente, de la amplia revisión biográfica de Phyllis Grosskurth: *Melanie Klein, su mundo y su obra* (1986) que abre muchas posibilidades de comprensión a lo antes aportado por Hanna Segal (1979). Existe una autobiografía aún inédita, que está en poder del Melanie Klein Trust, que empezó a escribir en 1953 y continuó a intervalos hasta 1959, de la cual se puede tener alguna información por la misma Grosskurth.

Cuarenta años es el tiempo que nos separa de la muerte de Melanie Klein y éste es un periodo que nos permite repensar de una manera más profunda el alcance y el destino de su teoría. El desarrollo de los conceptos psicoanalíticos ha seguido en general un modelo de alternancia de reacción y de contrarreacción. Y la obra de Klein no fue ninguna excepción. Luego de un periodo de gran efervescencia de sus ideas, comenzó en muchos grupos un apagamiento del interés y una crítica destructiva, manteniéndose la referencia de ortodoxia kleiniana con relación a unos pocos y muy específicos lugares y personas. Es como si entrara una especie de tiempo de olvido. En un texto muy interesante, Foucault estudia este hecho de una manera más general, considerando la obra de los grandes creadores de nuestra cultura, que llama "instauradores" o "fundadores de discursividad", como lo es Freud. Luego de un periodo de silencio se hace necesaria "la vuelta al origen" y se habla del "retorno a..." y del "redescubrimiento de..."; se produce entonces una "reactualización" de las ideas (Foucault, 1983). Respecto a Freud, sabemos que este movimiento comenzó en Francia durante la postguerra, inspirado por las ideas de Jacques Lacan, y lentamente se fue extendiendo a otros medios psicoanalíticos.¹ Lo que resulta evidente es que este acallamiento tiene sus efectos. La vigencia actual de los textos freudianos sólo puede comprenderse cabalmente si relacionamos el relegamiento apreciable en que cayó su lectura con el rescate de su fuerza, su importancia y su genialidad tantos años después de su muerte; como si lo olvidado tomara el estatuto de algo inconsciente, reprimido, que retorna con nuevas energías. Planteo que algo similar está ocurriendo con la obra de M. Klein luego de cuatro décadas. Es un tiempo fértil durante el que decantan y se afirman los conceptos con base en la experiencia clínica, se alejan las rencillas y se olvidan las anécdotas hirientes, se confrontan y relacionan con otras teorías, se toman los elementos más valiosos para integrarlos en otros esquemas referenciales (aunque no siempre se reconoce este hecho en forma explícita).

Un interesante ejemplo del interés y del modo de rescatar la riqueza de la creación kleiniana son las conferencias dictadas en México por Jean Laplanche hace algunos años (Laplanche, 1982 y 1983). Tituló agudamente una de ellas: "¿Hay que quemar a Melanie Klein?", con el propósito de remitir al lector a los tiempos oscurantistas de la inquisición en que se condenaban a la hoguera las personas y las obras. La propuesta del autor, a la que me adhiero, es salir a su encuentro en lugar de desterrarla y exorcizarla,

¹ Es también muy remarcable que fue Lacan uno de los primeros no kleinianos que jerarquizó los aportes de Melanie Klein cuando ella estaba aún en plena producción. Consideró con gran profundidad su aproximación clínica e incluyó alguna de sus ideas reformulándola desde su tan original posición teórica. Véase el Seminario I (Lacan, 1953-54).

sustituir los prejuicios por un estudio respetuoso que haga trabajar los conceptos hasta descubrir los contactos con otros pensamientos psicoanalíticos. Dice Laplanche que con el título de su conferencia intenta rendirle un gran honor y agrega: "Hay que situarla en esa tradición resplandeciente que reconoce el carácter extraño, hostil, angustiante, de nuestro mundo interno, para citarla" (Laplanche, 1982, p. 252).

Y en este momento propongo no olvidar completamente los demonios para introducirnos un breve trecho en la vida de la Sra. Klein. En muchos sentidos, ella sí parecía tener "el diablo en el cuerpo".

La excitante belleza negra de la pequeña Melante Mell

He aquí un juego de palabras con el que nos introducimos al mundo lleno de fantasmas de nuestro personaje. ¿Qué mejor que por los vericuetos del nombre, de los nombres? Los significantes y significados danzan y se entrelazan para representar una historia y una inscripción plena de misterios y de doloroso acoso. Tal como ocurre en los juegos del inconsciente, la contigüidad azarosa importa, los inesperados efectos de la palabra también determinan, marcan una relación con el misterio. Y a la vez, no es éste más que un divertimento alrededor del nombre de Melanie Klein que tomó forma en mí luego de escudriñar muchas páginas que hablaban de su apasionante y difícil vida. Fue sobre todo inspirado por los hallazgos de María Torok, Barbro Sylwan y Adélie Covello (Torok *et al.*, 1981) quienes realizaron con excelente método, hace ya dos décadas, lo que llamaron "el estudio del fantasma".² Nos permitirá este pequeño recorrido reflexionar sobre los textos en que fantasía y realidad se combinan para dar entrada a la fuerza de las generaciones y de la palabra. Se trata de un juego de nombres y de lenguas ya que, como sabemos, para el inconsciente la importancia de los nombres propios es capital, el poliglotismo es natural y los tiempos y las fronteras son imprecisos. Debemos ubicarnos, además, en una zona del planeta donde esto parece ser particularmente favorecido desde la realidad: la Europa Central, encrucijada de caminos que produce esa mezcla de razas, religiones y lenguas tan compleja y mágica. En ese ámbito nacieron Freud y Melanie Klein, allí fue la cuna del psicoanálisis.

² Este término presenta algunas complicaciones e incluso provoca confusión cuando se traduce al español. La palabra francesa "fantôme" (fantasma) es diferente de "fantasme" (que generalmente se traduce como fantasía). El "fantasma" corresponde a una formación del inconsciente descrita por Nicolas Abraham (1978) y profundizada por María Torok, que tiene un enorme interés para pensarse investigar los modos en que una generación influye sobre las que le siguen. Este tipo de formación inconsciente se comporta de manera muy diferente al material reprimido.

Melanie Reizes Deutsch es la hija menor de un matrimonio judío que mantiene las tradiciones pero rechaza la ortodoxia religiosa. Nace en Viena el 30 de marzo de 1882, poco después de la instalación de la familia en la ciudad. Moriz Reizes, el padre, era médico y provenía de Polonia; Libussa, la madre, había nacido en Eslovaquia y la familia había residido antes en Deutsch-Kreutz (Hungría), donde nacieron dos niñas y un varón. La diferencia de edad de los padres era considerable, 24 años. El apellido Klein, con el que se la conoce, es el de su esposo Arthur con el que casó en 1903 y con el cual tuvo tres hijos.

Lo mantiene como propio toda su vida a pesar de haberse divorciado la pareja a comienzos de los años veinte.

Estamos ahora en condiciones de seguir interrogando los nombres para llegar a entender nuestro juego de palabras y quizás algunos aspectos significativos de la historia. Melanie Klein es doblemente "la pequeña": por ser la menor de la familia y por haberse casado con el joven y promisorio ingeniero "Klein", que en alemán significa "pequeño". Su nombre, Melanie, proviene del griego "melanos": negro; jugando con esta acepción había sido elogiosamente nombrada por los amigos de su hermano, que admiraban su hermosura adolescente, "la belleza negra". Y éste es también el nombre con que era conocida, según lo recuerda Balint, en la Sociedad Psicoanalítica Húngara, cuando estaba realizando sus primeros pasos en la disciplina del inconsciente: dos momentos hermosos y plenos en los cuales seguramente despertaba atracción en los hombres a la vez que curiosidad por su enigmática presencia (Gosskurth, p. 106). Si a esto le agregamos que "Reizes" proviene del sustantivo alemán "Reiz" que significa "excitación", se comprende por qué me permito llegar a la frase "la excitante belleza negra de la pequeña Melanie". Por último —he ahí un hallazgo sorprendente—, la sílaba "mel" con que inicia su nombre y el de su hija Melitta, es el significante que en húngaro designa al pecho o seno. ¿Qué nombre más adecuado para la autora de la teoría psicoanalítica que ubica como central la relación con el pecho que el propuesto por María Torok de Melanie Mell?(Torok, 1981).

Pero no es puro juego de palabras o simple humorada lo que estoy planteando y mucho menos una curiosidad azarosa, sino que fundamentalmente me pregunto por las raíces y efectos inconscientes de vocablos tan señalados. Seguramente llamarse Klein resulta bastante contrastante con lo grande del personaje. Sabemos que su presencia fue siempre impactante y que se presentaba muy digna y controlada en sus intervenciones públicas. Todos la recuerdan elegante, muy cuidadosa de su arreglo personal, con el rostro maquillado y luciendo grandes broches o sombreros llamativos, pero siempre de buen gusto. Aunque era en realidad de estatura más bien baja, muchos la percibían

como si fuera bastante alta, seguramente por lo imponente de su porte y la seguridad que transmitía su actitud. Se expresaba de manera lenta, con voz grave y un tanto monótona, siempre manteniendo un fuerte acento alemán. Quienes la conocieron concuerdan en que era sencillamente "inolvidable".

Si seguimos interrogando los nombres podemos llegar a algunos aspectos esenciales de su historia. Llama especialmente la atención el silencio que mantuvo siempre sobre su apellido paterno, silencio que no parece suficientemente explicado por el argumento de la costumbre o de la cultura respecto al uso de los apellidos adquiridos por el matrimonio. ¿Hemos reflexionado suficientemente sobre el hecho extraño de que cuando decimos "escuela kleiniana" o "fantasía kleiniana" estamos evocando el apellido del ingeniero Klein, abandonado por Melanie a principio de los años veinte? ¿Qué se oculta en el apellido paterno que se mantiene tan celosamente en secreto durante tantos años? Reizes es un apellido alemán que fue sin duda obtenido por la familia como una forma de asimilación, procedimiento que se llevaba a cabo en la parte central de Europa de acuerdo con reglas ya establecidas durante el siglo XVIII. Ocupa el lugar de otro nombre hebreo que debió ser olvidado, y por eso mismo recuerda, como lo hace el síntoma, algo que está oculto. "Reizes" nos habla del poder que hasta obliga a cambiar el nombre familiar, recuerda los *programs* y la segregación, el sufrimiento de una minoría tolerada a veces y perseguida muchas otras de la manera más feroz. Es muy probable que sus ascendientes hayan sido los dos hermanos Reizes, rabinos y mártires, que murieron en Lemberg (ahora Lvov), Polonia, ciudad natal de Moriz Reizes, en la primera mitad del siglo XVIII. Fueron condenados a la hoguera acusados de profanación de los símbolos cristianos y mantuvieron su credo hasta la muerte negándose aún en el último instante a salvar su vida por medio de la conversión. Quizá por todo esto el apellido Reizes mereció ser silenciado.

El antisemitismo fue una amenaza constante en la vida de Melanie Klein durante muchos años, aunque no en su carne sí en su entorno: cuando ella nació hubo un recrudecimiento de la persecución de los judíos, fue ésta también una razón fundamental de su traslado a Berlín, pero el problema no desapareció allí y realmente sólo consiguió tranquilidad cuando se instaló en Londres.³

³ Cuando Klein habla de su relación con el judaísmo dice que le horrorizan aquellos judíos que, cualquiera sean sus principios religiosos, se avergüenzan de su origen; agrega que, quizás a partir de su vinculación con el pueblo hebreo perseguido, siempre experimentó también simpatía por todas las minorías y por todos los pueblos perseguidos por fuerzas más poderosas. "¡Quién sabe! Puede ser que esto me haya dado la fuerza para estar siempre en posición de minoría en mi trabajo científico y a no darle importancia a este hecho, y para estar dispuesta de buen grado a enfrentar con energía una mayoría respecto a la cual yo experimentaba cierto desprecio, suavizado con el tiempo por la tolerancia" (Grosskurth, p. 117).

El medio familiar y cultural

Las dos familias de origen de Melanie Klein eran muy religiosas: del lado de su madre, era una familia de rabinos, y del lado del padre se había pensado que éste fuera dedicado al estudio del Talmud. Sin embargo, la familia de Melanie Klein era muy poco ortodoxa y ella misma se declaraba atea. ¿Quién había hecho el corte con la tradición, quién había fundado un olvido tan particular de toda esta historia? No fue Melanie Klein misma sino su padre, quien teniendo cerca de cuarenta años de edad abandona los estudios talmúdicos y un matrimonio tradicional que había mantenido hasta entonces, para ingresar a la carrera de medicina. Su segundo casamiento ocurrió diez años después, cuando contaba 47 años de edad, con una mujer mucho más joven que él. Melanie Klein, que también quiso ser médica, aunque no pudo lograrlo por problemas económicos y por su matrimonio temprano, hace de un modo diferente un giro muy grande en su vida cuando había ya cumplido 32 años; el psicoanálisis viene a formar parte de su rebeldía y del deseo profundo de cambiar y ser más libre. En ese momento lee por primera vez un libro de Freud: *Los sueños y su interpretación* (Freud, 1901), y poco después entra en análisis con Ferenczi. Este cambio tan radical fue posible porque Melanie había heredado también la poderosa pasión familiar por los estudios que desde muy pequeña la hizo una alumna ambiciosa y muy preocupada por conseguir las mejores notas. Fue sobre todo fascinante para ella la atmósfera cultural que reinaba en la familia de Libussa, su madre, donde padre y abuelo eran famosos por su erudición y liberalidad de pensamiento. Pero en los hechos parece que existía en la rama materna un modelo matriarcal de funcionamiento que se repitió en la familia Reizes Deutsch. Libussa y sus hermanas estudiaban en forma autodidáctica, discutiendo con su padre lo que leían. Algo similar ocurrió con la pequeña Melanie, que tuvo como interlocutor fundamental no a Moriz, su progenitor, sino a su hermano Emanuel.

La relación de Melanie Klein con su padre fue siempre una mezcla de amor, admiración y decepción. Cuando ella nació él tenía 54 años de edad y actuaba ya como un hombre demasiado viejo para ocuparse de la pequeña. No recuerda que nunca haya jugado con ella. Además rápidamente se volvió senil y se agregaron los problemas económicos en la familia, por lo que Libussa debió salir adelante poniendo un comercio. Moriz era un erudito, políglota, que unía a su potencia intelectual una gran incapacidad para los negocios, por lo que delegaba todas las responsabilidades domésticas sobre la madre, que en el fondo lo despreciaba por esto. Pero lo verdaderamente doloroso para Melanie era la preferencia que manifestaba por su hija primogénita Emilie, lo que siempre la llenó de celos y la desesperó porque nunca consiguió llamar su atención ni su aprobación y mucho menos desplazar a su hermana.

Esta situación tuvo un paralelismo dolorosamente similar en la actitud en definitiva partidaria de su hija Anna, que toma Freud durante todo el conflicto respecto al psicoanálisis de niños que sostuvieron ambas autoras. Nuevamente debió soportar el rechazo del padre, aunque se considerara la más fiel continuadora de su obra y la más capacitada para entender lo medular de su teoría. Tan clara fue la postura de la familia Freud que Melanie Klein nunca fue invitada a casa del maestro durante el periodo de algo más de 15 meses en que éste vivió en Londres antes de su muerte, a pesar de haber manifestado su deseo de visitarlo. Debió soportar la angustia que le despertaba una de las situaciones más difíciles para ella : el sentirse olvidada. Afortunadamente hubo otras figuras masculinas en su familia que la apoyaron y la hicieron sentirse "la princesa judía consentida" (Grosskurth, 1989, p. 23). Estos hombres fueron, en la infancia, su tío materno Herman —el pariente rico de la familia— y su hermano Emanuel, brillante y apasionado intelectual; posteriormente recibió apoyo e importante estímulo de sus dos analistas, Ferenczi y Abraham, y por mucho tiempo el de Jones, a la sazón presidente de la Asociación Internacional, quien la invitó a Londres y que en algún periodo hasta enfrentó a Freud en ciertas posiciones teóricas apoyando ideas kleinianas.

Libussa, la madre de Melanie Klein, fue un personaje poco conocido por los biógrafos durante mucho tiempo. La propia Melanie contribuyó a dar una imagen extremadamente suavizada de ella en su autobiografía, no sabemos si por culpa e idealización o por ocultamiento consciente. Dijo que era dulce, modesta, tolerante y sobre todo muy empeñosa, un verdadero modelo de madre; y resaltó el hecho de que fue capaz de sacar adelante a la familia cuando su padre envejeció. De su nacimiento reconoció que había recibido la información de que no fue deseada, pero afirmó haber recibido mucho amor y no mantener ningún rencor a este respecto. No fue alimentada al pecho de su madre, pero sí de una nodriza que la daba cada vez que pedía. Afirma de Libussa: "No amaba a casi nadie más que a mi hermano y a mí" (Grosskurth, p. 26). ¿No es sorprendente esta versión?

Debo reconocer que muchas veces traté de imaginarme cómo había sido la vida de esta pionera del psicoanálisis de niños. Pensaba que la mejor pista la daba su propia obra; que su verdadera naturaleza, apasionada y violenta, habituada a luchar con la angustia, se transparentaba en sus teorías. En especial, creí avizorar entre madre e hija una relación mucho más compleja y ambivalente, conflictiva y cargada de pasiones. ¿Sería la madre de Melanie Klein esa mujer dulce y modesta que pretendía presentarnos?

La excelente investigación de Grosskurth, que profundiza en la correspondencia familiar, aporta datos valiosísimos al respecto. Libussa era fuerte y dominante, hermosa y decidida, amada por su celoso marido y dedicada devotamente a su familia. Sin embar-

go, la ternura y la dulzura estaban bastante ausentes en sus cartas; la dificultad para expresar sus sentimientos y una atmósfera de insatisfacción la volvían un tanto inaccesible. Era además evidente que había problemas en la pareja. La madre no ocultaba a sus hijos el desprecio que experimentaba por su esposo, tan erudito pero ineficiente en los asuntos prácticos. ¿A quién amaba Libussa? ¿Por qué manifestaba aversión por todo lo que fuera sexual? ¿Había un amor imposible en su pasado o era la avanzada edad de su esposo lo que la volvía tan poco apasionada? Siendo aún muy pequeña, Melanie la había oído hablar con admiración de un joven estudiante de su ciudad natal, quien en su lecho de muerte había dicho: "Voy a morir muy pronto y repito que no creo en ningún dios". ¿Habría sido este desgraciado joven el amor de su madre, muerto prematuramente, y que la había llevado a la relación con el pretendiente ya mayor y nada rico Moriz Reizes? Según parece, el tono de su madre durante este relato convenció a la pequeña Melanie de que Libussa había amado al estudiante durante su juventud.

Mucho me he cuestionado esta historia donde amor, muerte y defensa de las creencias hasta las puertas mismas de la muerte aparecen reunidas. Este relato nos regresa a los hermanos Reizes, mártires en la hoguera para no renunciar a su fe, pero muy especialmente nos plantea la relación del deseo de la hija respecto al de su madre, ese deseo oscuro, difícilmente interpretable con que describen los biógrafos a Libussa. Lo que sí parece evidente, coincido con Grosskurth en ello, es que la pequeña Melanie debió afirmarse contra todos: contra su madre que reconoció no haberla deseado y cuyo amor parecía estar siempre en otra parte; contra su padre que prefería a Emilie y la rechazaba; contra Sidonie, la más hermosa e idealizada por su prematura muerte; contra Emanuel, considerado una especie de genio; contra Emilie que siempre sostuvo sus privilegios de primogénita ante su padre. Pienso que, además, debió ser muy fuerte física y anímicamente, en primer lugar, para no enfermar en un hogar diezmado por la tuberculosis, luego, para superar tantos duelos y desgracias y, por último, para enfrentar a la sociedad y abrirse camino como mujer divorciada y, psicoanalista. Sólo gracias a su firmeza de carácter y a la intensidad apasionada de sus convicciones pudo llegar a destacarse y a dejar una obra tan importante.

Melanie y sus hermanos.

El vínculo con sus hermanos marcó de manera muy definitiva la infancia y la adolescencia de Melanie Klein. La única de sus hermanas que vivió hasta edad avanzada fue Emilie, la primogénita y preferida de su padre, la menos querida por ella, con la que siempre existió una relación bilateral ambivalente. La primera gran pérdida ocurrió cuan-

do contaba cuatro años de edad y esta tremenda experiencia la llenó de miedo y confusión: Sidonie, de apenas ocho años, es segada por la tuberculosis. "Creo que nunca superé el dolor que me causó su muerte". Debió además soportar el sufrimiento de su madre: "...es probable que una parte de mis problemas haya provenido de que debí reemplazar a mi hermana" (Grosskurth, p. 30). Durante su larga enfermedad, Sidonie se dedicó a enseñarle las bases de la aritmética y la lectura e hizo de Melanie una niña muy precoz. De Sidonie le quedó una suerte de herencia-deuda: vivir lo que a ella le fue negado.

Pero la influencia más destacada durante toda la infancia y adolescencia de Melanie fue la de su hermano Ermanuel, cinco años mayor que ella, al que admiró fervientemente toda su vida. Lo describe excepcionalmente dotado para las artes, ejecutante del piano y compositor musical desde la infancia, escritor y poeta muy fino, rebelde y cuestionador, mal comprendido por los maestros y por su padre, siempre enfrascado en discusiones con las figuras de autoridad. Estaba muy ligado a su madre, con la que se mostraba demandante. Era también un joven marcado por la muerte que sabía inevitable, pues desde los doce años padecía de una dolencia tuberculosa que iba a acabar con sus días en un plazo bastante breve. Con Melanie se comportó como un protector amoroso y orgulloso a partir de que ella lo asombró con un poema de su creación cuando sólo contaba nueve años de edad. "Desde entonces, fue mi confidente, mi amigo, mi profesor. Se interesaba muy de cerca por mi educación, y sé que hasta su muerte estaba convencido de que yo haría algo importante, aunque nada entonces hacía pensar que eso fuera posible". (Grosskurth, p. 31). Pero era también celoso, posesivo y dominante con ella, dando claros índices del carácter incestuoso del sentimiento que lo unía a su hermana. Pienso que en la historia de Melanie Klein se combinaron, como en la de otras mujeres importantes de nuestra cultura, varios factores facilitadores de la actividad creativa: la confianza del padre o de un sustituto paterno, en este caso Emanuel, respecto a su inteligencia y riqueza interior; la rivalidad amorosa con la madre a la que sirvió de apoyo en algún momento de pérdida o depresión; la superación de los duelos tempranos que marcaron su relación con la figura materna y con el mundo a través de la creatividad. Freud había señalado a partir de su propia biografía que para el varón, en este mismo punto, lo más importante es el amor y la confianza de la madre, cuando es capaz de creer firmemente que a su hijo le espera un destino grandioso, aunque nada objetivo dé pruebas de ello.

Es así que Melanie Klein aparece impulsada por su hermano hacia una trayectoria ambiciosa en el campo de las letras y también hacia el ingreso en la universidad, en la carrera de medicina, en la que él ya estaba inscrito. A los 16 años Melanie logra por fin que su padre se enorgullezca de ella y siente que el mundo ha cambiado a sus ojos. Está

viva, renovada, plena de alegría y de ambición, quiere no sólo ser médica sino también especializarse en psiquiatría, siente que el fervor intelectual es más poderoso que las carencias económicas. Pasan tantas cosas interesantes en Viena en el campo de la cultura que recuerda esta época como una de las más bellas de su vida. Nietzsche (filósofo), Schnitzler (dramaturgo) y Karl Kraus (literato y periodista) eran los ídolos del pequeño grupo de jóvenes intelectuales con los que se relacionaba la pequeña Melanie. Se hablaba de la pasión y de la creatividad, de la (ín)fidelidad y del amor; Moriz y Emanuel discutían quién era mejor poeta, Goethe o Schiller.

Pero tan promisoría época acaba rápidamente al producirse la decadencia de Moriz y luego su muerte acaecida en 1900. Los deseos de Libussa empiezan a dominar el panorama familiar, pues también la influencia de Emanuel declina al empeorar su estado de salud. Se sabe enfermo y condenado, deja la medicina y entra en la carrera de letras, pero sobre todo se dedica a viajar. Demanda de Libussa, ya viuda, una renta que siempre resulta escasa y con la cual deambula tristemente por los países del sol y la belleza—Italia y Grecia— gastando entre excesos y miserias sus últimas fuerzas, hasta que fallece en 1902 en la ciudad de Genova. Deja un baúl lleno de manuscritos que Melanie se dedica a seleccionar y publicar después de su muerte, no descansando hasta que lo logra. La correspondencia entre los hermanos es de una importancia enorme para comprender los sufrimientos, la culpa y el desesperado amor, que como un gran incendio los asoló a ambos aunque de manera diferente y menos definitiva en un caso que en otro.

Mientras tanto, a partir de la muerte de su padre, la vida de Melanie ha cambiado grandemente. Toda posibilidad de continuar los estudios desaparece para ella, ya que cuando Libussa se vuelve la máxima autoridad familiar, planea para su hija un destino tradicional: el matrimonio. Es entonces que, según afirma en su autobiografía, cuando contaba apenas 17 años, Melanie conoce y se enamora de su futuro esposo, Arthur Klein. Tenía él entonces 21 años, y era un joven serio que estudiaba ingeniería química en Zurich, hijo de una familia acomodada y al que seguramente esperaba un buen porvenir económico. Su familia tenía un parentesco lejano con la de Libussa y vivía en la parte eslava de Hungría. También Emanuel aprobó la relación con Arthur porque admiraba su inteligencia; esto fue sin duda muy decisivo para que Melanie llegara a aceptarlo como novio aunque se trataba de un hombre de aspecto insignificante. ¿Fue el amor, la necesidad o la voluntad de Libussa lo que la llevó al matrimonio a pesar de que eso acababa con sus planes de estudio? Quizás todo a la vez, pero en algún lugar ella sabía que ese enlace podía ser un error, ya que eran dos personas muy diferentes que no se entendían bien y rápidamente comprendió que Arthur era un hombre "difícil". El noviazgo continuó durante casi cuatro años en que él completó su formación, incluso viajando a Amé-

rica. En esa época Melanie siguió cultivándose por su cuenta, ya que era una ávida lectora; asistía además a cursos y conferencias cuantas veces podía. Aunque conoció a gran parte de las personas famosas de su época, llama la atención que parece no haber sabido entonces de la existencia de Freud y del psicoanálisis.

La falta de estudios regulares fue para Melanie Klein una lamentable carencia y siempre reconoció que hubiera deseado haberla llenado en su momento adecuado, pero para nada pensaba que ese hecho invalidara sus teorías o pudiera dar pie a los médicos para rechazar sus hallazgos. Sobre todo ha sido éste un argumento esgrimido por sus detractores para devaluarla. Sin embargo lo que algunos tachan de "incultura" es para sus admiradores un mérito, por la libertad respecto a los modelos convencionales que este hecho aportó a su clínica. La fuerza de Melanie Klein residió siempre en su originalidad y frescura para percibir los hechos clínicos. Por lo demás, no le faltaba educación en el sentido tradicional del término, manejaba bien varios idiomas y conocía ampliamente a numerosos autores clásicos y contemporáneos.

El periodo que va desde la muerte de Moriz en 1900 a la boda de Melanie con Arthur en 1903 fue particularmente difícil, siendo el deceso de Emanuel, ocurrido tres meses antes del matrimonio, el último y luctuoso acontecimiento de estos negros años. La situación económica familiar llegó a extremos desesperantes, pues Libussa debía enfrentar la adquisición de dos ajuares —también se casó Emilie en ese tiempo— y tenía que enviar algo de dinero a Emanuel que, preso de la desesperación, arrastraba su cuerpo moribundo por el Mediterráneo, sufriendo por la boda de su amada Melanie que lo llenaba de celos y que fue el preludio de su muerte. La dureza y angustia de sus cartas y los reclamos amorosos que encerraban hicieron que la joven se sintiera responsable de su fallecimiento y quizás esta culpa no la abandonó nunca totalmente. La liga incestuosa entre los hermanos era muy importante y en este periodo alcanzó niveles abrumadores para ambos. En los últimos meses del año 1902 se completa la debacle de este joven tan brillante y apasionado. Con la muerte de Emanuel sufre Melanie una pérdida irreparable, con él parte para siempre su mejor amigo, su amante fantasmático.

Es impactante reconocer en la familia Reizes el monto de celos, envidia y agresividad circulante. Además, dado el extremo narcisismo con que se manejaban, cada uno trataba de culpabilizar a los otros. La coacción afectiva estaba siempre presente. En la situación familiar halló seguramente Melanie Klein abundante material para plantear sus teorías. Pero más aún lo encontró en su interior, tal como se puede ver con toda claridad en la carta que escribió a su hermano apenas cuatro meses antes de la muerte de éste, en agosto de 1902. En ella habla de cómo empieza a reconocer en sí misma que los conceptos del "bien" y del "mal" son inseparables e indefinibles, "...ellos están presen-

tes quizás en cantidades iguales aunque bajo formas diferentes, tanto en los seres humanos más viles como en los más nobles". Y agrega que ya no puede condenar, que sólo resta comprender (Grosskurth, p. 51).

Melanie, hija, esposa y madre

Melanie y Arthur se casaron el 31 de marzo de 1903. La novia acababa de cumplir 21 años y estaba en pleno duelo por la muerte de su hermano. Este hecho fue fundamental en la vida de la pareja, que por lo demás, a pesar del largo noviazgo, se conocía muy poco. El nacimiento de Melitta no se hace esperar, y aunque Melanie la recibió con alegría y gran expectativa no era una mujer feliz. Seguramente la relación con la pequeña, y luego con sus otros dos hijos, fue tremendamente dificultada por la depresión que, casi ininterrumpidamente, por más de 10 años, dominó la vida de Melanie Klein. Y para completar el panorama allí estaba instalada su madre para "ayudarla" en la crianza y en el manejo del hogar dada su precaria salud psíquica. En una carta de 1906 Libussa le dice: "Lo que me preocupa, querida Melanie. es que incluso tus expresiones de alegría están siempre marcadas, en el fondo, por un inevitable toque de pesar. Es tu destino o desgraciadamente tu naturaleza, el estar siempre torturada por algo". Frase terrible porque detrás de una apariencia de comprensión toma la forma de una profecía inamovible.

Otro momento muy delicado de Melanie corresponde al embarazo y la primera infancia de Hans, su segundo hijo que nace en 1907. La angustia de un nuevo hijo la dominaba. Se sentía como paralizada por la depresión y la ansiedad y por eso Libussa se ocupaba de todo tomando una actitud que la aislaba: hacía viajar a Melanie para concurrir a balnearios de aguas termales, la obligaba a visitar a sus amigas. Pero mientras tanto ella recibía todos los mensajes y se interponía entre Arthur y Melanie, quien cedía su lugar sin resistencia: por ejemplo, no estuvo cuando se festejó el primer cumpleaños de Hans. Libussa la bombardeaba con consejos y así acentuaba la dependencia de su hija, le planificaba la vida y trataba de que los esposos se vieran lo menos posible. Es opinión de Grosskurth que Libussa martillaba en la cabeza de Melitta la idea de que su madre era una enferma emocional grave, siempre ausente y que esto acumuló resentimientos que tuvieron dolorosas consecuencias años después. Y, por supuesto, también el matrimonio se vio lesionado por una situación que afectaba la sexualidad, la convivencia y la posibilidad de hacer proyectos de pareja. La infidelidad de Arthur fue una agravante más. La recomendación de Libussa era que Melanie viviera "sin excitación alguna" (Reiz), en relajación completa para mejorarse, sola, en total reposo. Es terrible

ver cuan ambivalente era la relación de la madre con la hija, llena de rivalidad y encono. Rivalidad que a lo largo de la vida la llevó a separar a Melanie de los hombres amados: Moriz, Emanuel y luego Arthur. Y es también muy impactante comprobar el fundamental punto ciego que respecto a su madre mantuvo Melanie Klein toda su vida, aunque a través de su teorización vemos reaparecer toda la violencia del vínculo y la oímos expresarse sobre la maldad propia de todo ser humano. Miedo, odio y culpa dirigidos hacia su madre que, todo hace pensar, nunca analizó adecuadamente.

La depresión fue la sombría compañera de Melanie Klein probablemente desde 1901 hasta 1914 y cada vez más iba ganando terreno en su existencia, aunque también existieron algunas etapas de mejoría como en 1912. Hay escritos que la muestran en su perpetua oscilación entre deseo de muerte y sed de vida, buscando salidas desesperadamente, llevada y traída por la voluntad de otros, cambiando de residencia por el trabajo de su esposo y sin encontrar alivio.

La llegada a Budapest en 1910 marca un cambio en la situación de Melanie Klein. Quizás lo esencial para este cambio es que, aunque Libussa decide vivir con ellos, aparecen también nuevas y estimulantes influencias. Estas son Klara Vagó y su cuñada Jolan que la oyen, la apoyan y de una manera muy discreta reciben sus confidencias, como inaugurando un espacio de intimidad que tanto necesitaba Melanie y que luego hallará plenamente en sus análisis. Con estas mujeres amigables, bellas, alegres y emancipadas (Klara era divorciada), halla un estímulo ideal que la impulsa a expandirse y crear; además ha llegado a una ciudad más viva e interesante que Viena en esa época. Libussa deja de ser indispensable, empieza a viajar a Viena reclamada por su hija Emilie y se hace más evidente que su presencia es muy nociva para Melanie y para el funcionamiento de la pareja. Cuando Libussa se ausenta Melanie se hace cargo de la casa, mantiene una relación agradable con Arthur, realiza actividades con él y su estado anímico mejora considerablemente. Al regresar su madre vuelve a comportarse como una niña pequeña y dependiente que se deja desmoralizar y deprimir por todo.

Melanie había sido una hija consentida y había pagado un precio terrible por ello, ya que la asaltaban temores infantiles de no poder vivir sin su madre. A eso se agregaban las culpas que le provocaba la idea, siempre confirmada por Libussa, de que había desgastado su salud trabajando tanto para ayudarla. Podríamos decir que la madre de Melanie era sin duda una mujer inteligente y por momentos muy perceptiva, concientemente muy generosa y dispuesta a ayudar a su hija, pero a la vez era una persona muy culpígena, ambivalente y llena de rivalidad con ella. Combinaba esto con una faceta de burguesa prosaica, intransigente y autoritaria que confundía y acababa por dominar a Melanie.

En 1912, Melanie mejora un cierto tiempo pero los años siguientes son de una tensión increíble. El tercer embarazo, que tanto había temido durante los tiempos de depresión intensa, se produce a fines de 1913 y la llena de pánico. A eso se suma la debilidad creciente de Libussa y la tensión política de la época. Erich nace en julio de 1914 y en noviembre fallece Libussa posiblemente de cáncer. En su "Autobiografía" dice Melanie que hacia el final de sus días, en una ocasión, ella le pidió perdón y que Libussa le contestó que ambas tenían cosas que perdonarse, que sólo le pedía que la recordara con amor (Grosskurth, p. 92). Y Melanie Klein cumplió ese pedido cada vez que se refirió a su madre; en cada ocasión se refiere a ella con admiración, respeto y amor. Sabemos por la propia Melanie Klein que la idealización es la otra cara de la persecución. ¿Será éste un ejemplo de ello? Lo que sí podemos decir es que la Libussa de la "Autobiografía" y la de la correspondencia parecen ser dos personas diferentes. También podemos pensar que fue posible para ella lograr una reparación adecuada de tan tumultuoso vínculo y que de ese mismo hecho se alimentó su capacidad creativa creciente. De esta forma de evolución positiva nos ha hablado ampliamente en su obra.

De 1913 a 1920 Melanie Klein escribe una serie de textos, poemas y prosa, que hablan del deseo de una mujer que espera nostálgicamente una vida más rica y plena, que anhela la satisfacción sexual y que expresa su conflicto ante estos deseos prohibidos. Creación literaria que quizá podamos leer como confesiones auténticas de una mujer torturada y ávida de experiencias. Todo parece indicar que en este periodo hay en ella una verdadera eclosión, que de la niña va naciendo la mujer y que esto es facilitado por la muerte de su madre. ¿Había encontrado un amor fuera del matrimonio? Es probable, según algunos de sus biógrafos, que ésa sea la causa. Por otra parte, la relación con Arthur era ya muy mala, Melanie lo veía con hostilidad y sobre todo lo acusaba de haber apagado su amor con su insensibilidad. Todo anunciaba el futuro rompimiento del matrimonio.⁴

Podemos decir que el año de 1914 fue decisivo en la vida de Melanie Klein, que una serie de circunstancias se sumaron para que se produjera entonces una suerte de viraje total de su existencia. En unos pocos meses nace Erich, muere Libussa, lee por primera

⁴ Sabemos que posteriormente a su separación, en 1925, cuando vivía en Berlín, Melanie Klein tuvo una relación amorosa clandestina, intensa y brev c con el periodista Chezkel Z. Kloetzel, hombre seductor y aventurero, nueve años menor que ella, que estuvo rodeada de románticas circunstancias. Su correspondencia muestra que fue una pasión que la vitalizó pero que también la hizo sufrir mucho. "Era una mujer inteligente, capaz de perder la cabeza", dice Grosskurth (p. 199). A pesar de que pareció totalmente terminada a comienzos de 1926, la relación se mantuvo entre ellos, y en varias ocasiones Kloetzel fue a visitarla a Londres, según datos de su hijo Erich.

vez un texto de Freud y entra en análisis con Ferenczi. Poco después Arthur es enrolado en el ejército austro-húngaro y esto lo aleja del hogar prácticamente durante dos años. Desde este momento el psicoanálisis ocupa un lugar preponderante en su vida, le abre horizontes y le da una identidad profesional. En él encontró Melanie Klein algo que buscaba ardientemente: una disciplina que le diera satisfacción tanto intelectual como emocional. Es entonces cuando muchos sueños largamente acariciados toman forma.

Parte II. Juego e interpretación

*"Todo niño que juega se comporta como un poeta,
pues se crea un mundo propio o, mejor dicho,
inserta las cosas de su mundo en un nuevo
orden que le agrada " (Freud, 1908)*

En 1914 comienza un periodo bellísimo en la vida de Klein aunque para nada eso quiere decir que fuera fácil o exento de sufrimientos. Por el contrario, fue muy complejo, áspero, doloroso, pero tan lleno de cambios y de desarrollos, que seguir sus pasos en este tiempo me produce la sensación de estar presenciando una verdadera metamorfosis.

Me referiré al lapso que comienza con su primer análisis y acaba, en 1932, con la publicación de *Psicoanálisis de niños*, obra clave que concluye el periodo fundacional de su pensamiento psicoanalítico. Hablaré de ese tiempo germinal donde están planteadas todas las potencialidades, donde se captan junto a las intuiciones geniales, las vacilaciones y confusiones; junto a los mayores aciertos, los grandes errores y en el cual el psicoanálisis de niños, que es su preocupación central, toma forma y florece de manera extraordinaria. Época de nuevas migraciones, de lucha y controversia, en la que necesitó enorme valentía para enfrentar a los adversarios y quizás más aún para lograr, forzando los obstáculos, transitar caminos inexplorados con ideas originales.

La siguiente frase, tomada de la controversia con Anna Freud, es el mejor reflejo de la fuerza de su carácter y de la audacia que la impulsa:

Se dice que la conducta del niño en análisis es evidentemente distinta a la del adulto y que por consiguiente es necesario emplear una técnica diferente. Creo que este argumento es incorrecto. Si me está permitido adaptar el dicho "es el espíritu el que construye el cuerpo", quisiera sostener que la actitud, la convicción interna, construye la técnica necesaria. Repito lo que ya he dicho: si emprendemos el análisis de niños con la mente

abierta, podemos descubrir caminos y medios para explorar las profundidades más recónditas. Y por los resultados de estos procedimientos podremos darnos cuenta de cuál es la *verdadera naturaleza del niño*, y veremos que no es necesario imponer restricción alguna al análisis, tanto en lo que respecta a la profundidad de su penetración como en lo que respecta al método con el que trabajemos" (Klein, 1927, p. 140).

He ahí una actitud típica de Klein: abandonar los prejuicios y temores que tanto han entorpecido el progreso del psicoanálisis de niños, para que así se pueda fundamentar realmente la validez de sus afirmaciones. Construir el "cuerpo" de esta disciplina a partir de su "espíritu", crear sin vacilación, desde su convicción. He ahí la fuerza del deseo del analista poniendo en marcha el proceso. Sostiene que sólo se puede obtener una verdadera situación analítica con medios psicoanalíticos (no pedagógicos ni de índole afectiva) y que el psicoanalista de niños debe tener la misma actitud que el psicoanalista de adultos.- Lleva a la práctica sus ideas poniendo en marcha su increíble captación del inconsciente sin aceptar las críticas, ya que piensa que sólo desde la clínica misma y no desde el prejuicio, se podrá demostrar la validez de sus afirmaciones. Veamos cómo llega a tales conceptos.

Melante Klein encuentra a su primer analista

Ferenczi era un ser encantador, como los niños lo son, quizás porque fue niño toda su vida. Cautivaba con su encanto tan personal y el propio Freud lo llamó bien pronto "mi querido hijo" cuando supo acompañarlo en los momentos más difíciles, como por ejemplo en su viaje a los Estados Unidos y, sobre todo, cada día en el proceso de creación de sus teorías. Freud hubiera deseado que él fuera el esposo de su hija Anna y admiraba su tenacidad y entusiasmo, y especialmente la alegría y vivacidad con que llevaba a cabo

¹ Mucho he insistido y quiero volverá hacerlo, sobre la necesidad de que el psicoanalista de niños tenga la misma actitud consciente e inconsciente que el psicoanalista de adultos, para lo cual se requiere un profundo análisis personal. Un análisis que le permita comprender a fondo que, por un lado, en todas las edades tenemos que vemos con "el niño" y su sexualidad, y que, por otra parte, en cada uno de nuestros pequeños analizados encontramos un sujeto con todos los derechos y todas las posibilidades de ser acompañado respetuosamente en su búsqueda de la verdad del inconsciente, sin seducción ni manipulación. El psicoanalista de niños debe estar particularmente dispuesto a sólo analizar y no desear moldear y dirigir la mente de sus pacientes ni tampoco sustituir a los padres. Por supuesto, teniendo en cuenta en cada caso la especial situación de dependencia del pequeño respecto a sus mayores que requiere medidas precisas que acompañan y complementan el análisis infantil. Estos conceptos esenciales me transmitieron Klein y los postkleinianos

todos los proyectos. Fue él quien propuso en 1910, organizar una Asociación Internacional de Psicoanalistas y quien en 1913 fundó la Sociedad Psicoanalítica Húngara, lo cual era toda una proeza, sobre todo por su carácter de transgresión, porque era experimentado como una especie de clandestinidad, como si se viviera, había dicho Radó, en la época de los "primeros cristianos encerrados en las catacumbas".⁶ Aquellos que estuvieron en análisis con Ferenczi recuerdan su extraordinaria receptividad, la agudeza de su percepción ante los movimientos corporales, los gestos y las inflexiones de la voz. "Trataba a sus pacientes con amabilidad y ternura, como a niños privados de afecto que se encontraban intensa y agudamente desatendidos" (Grosskurth, p. 102). ¿Qué analista podía ser más indicado para una persona que, como Melanie Klein, había esperado tanto tiempo una oportunidad que le permitieran abrir su corazón? Él funcionaba como un patriarca dentro del grupo húngaro y le dio el espaldarazo: por fin había encontrado Melanie Klein a un padre estimulante y convencido de sus capacidades. En sus notas autobiográficas dice de su primer analista: "Le debo mucho a Ferenczi. Lo que me hizo comprender y que desarrolló en mí es la convicción en la existencia del inconsciente y de su importancia en la vida psíquica. Tuve también el placer de estar en contacto con alguien excepcionalmente dotado. Tenía algo genial" (Grosskurth, p. 104).

Relata además Melanie Klein cómo, durante su análisis, le mostró Ferenczi su gran interés y las dotes reales que poseía para comprender a los niños. La estimuló sin reserva a que se dedicara al análisis en general y al psicoanálisis de niños en particular. Pensaba que era muy adecuado para las mujeres el trabajo con niños, pero para nada excluía que él mismo pudiera ocuparse de ellos en su práctica. El caso de Arpad, que le es llevado a consulta por una extraña sintomatología de identificación con las aves de corral (Ferenczi, 1913b), lo demuestra. Su nombre ha quedado inscripto en la historia del psicoanálisis como protagonista central de una de las primeras incursiones psicoanalíticas en la psicopatología infantil después de Juanito. Este caso alcanzó aún más difusión al ser citado extensamente por Freud en *Totem y tabú*, como ejemplo del totemismo positivo (Freud, 1913). Cuando Ferenczi entrevista al pequeño, observa su interés por un ave que encuentra representada en un adorno del consultorio, que utiliza como juguete y alcanza a darle elementos para que dibuje. Pero aunque el interés de Ferenczi en continuar investigando es grande, no logra ir muy lejos. Observa que el

⁶ O en la de los judíos que fueron los ancestros de la gran mayoría de los primeros psicoanalistas. Es importante pensar en el progresivo cambio de aceptación que se va produciendo durante la derivación institucionalizada de estos grupos iniciales organizados alrededor de una empresa de lucha por la identidad y la instalación de un asentamiento psicoanalítico, que siempre tuvo el carácter de una migración o de una extranjería, cualquiera sea la nacionalidad de sus fundadores. Seguramente porque ésa es la condición misma del inconsciente: la de extranjero.

niño " estaba ya superado por la situación y quería volver a sus juguetes" y agrega: " La investigación psicoanalítica directa no era posible y debí conformarme con hacer notar los fines y los comportamientos significativos del niño a cierta dama que se interesaba en el caso, y que podía, puesto que era vecina y conocía a la familia, observarlo durante horas" (p. 173). Ferenczi tenía interés pero le faltaba la herramienta técnica, dado que el niño no manifestaba verbalmente sus problemas; la salida era la observación y una dama vecina podía hacerlo con la frecuencia necesaria. He ahí el mismo papel que Melanie Klein debía desempeñar posteriormente siguiendo las recomendaciones de Ferenczi y que inicialmente cumplió a la perfección en su propia casa. Pero sólo un corto tiempo, pues era una función que le resultaba demasiado estrecha; ella aspiraba a ser la dueña del campo y realizar verdaderamente un psicoanálisis de niños. Lo consiguió creando una técnica que volvía analizables aun a los más pequeños de sus pacientes: la técnica del juego.

Los primeros pasos en el psicoanálisis

...(Ferenczi) apoyó sin reserva mi propósito de consagrarme al análisis y en especial al psicoanálisis de niños. Yo tenía, por supuesto, tres niños que eran los míos, en esa época [...] No me parecía [...] que la educación fuera suficiente para dar una comprensión total de la personalidad y, por tanto, que alcanzara a tener toda la influencia que se podría desear a través de ella. Siempre tuve la sensación de que más allá había algo que yo no alcanzaba a captar (de la Autobiografía, citada por Grosskurih, p. 104).

Creo que esta frase es una verdadera joya, pues en ella aborda Klein el origen de la obra de toda su vida, y además fundamenta una de sus posiciones teórico-clínicas más importantes: que el psicoanálisis tiene alcances, objetivos y posibles influencias mucho más extensas y cualitativamente diferentes a la educación. Es sabido que los primeros pasos en este camino los realizó observando y luego analizando a sus propios hijos. Es éste un hecho largamente debatido, criticado y por supuesto utilizado con fines denigratorios toda vez que se habla de Melanie Klein. Yo pienso, por lo contrario, que es un hecho que merece una detenida reflexión y que puede darnos luz sobre diversos aspectos de la construcción de su pensamiento psicoanalítico.

Sabemos actualmente, y ella también lo comprendió, pero años después, que está contraindicado para cualquiera, sin excepción, tomar en análisis a sus hijos o a otros familiares muy próximos, sean éstos niños o adultos, ya que dicho parentesco no sólo no favorece el proceso, como en algún momento lo pensaba el mismo Freud (1907),

sino que lo complica gravemente por el riesgo de manipulación que implica y por la confusión más o menos grave que provoca entre realidad y fantasía, entre vínculo real y transferencial. Es claro que para la joven Melanie, fascinada por estar descubriendo la riqueza del dispositivo freudiano a través de su propio análisis, aplicarlo a la observación de sus tres hijos resultaba completamente natural y adecuado. Ferenczi la estimulaba sin reticencias a hacerlo y si Freud había señalado que la profundidad alcanzada en la investigación de los conflictos inconscientes de Juanito había sido grandemente favorecida por ser el analista el padre del pequeño, todo la apoyaba. No sólo sabemos que la propia Anna fue analizada y reanalizada por su padre, sino que además ésta era una práctica común en la época. Quizás fue necesario un trágico acontecimiento que ensangrentó las primeras páginas de la historia del psicoanálisis infantil lo que obligó a cuestionar severamente las prácticas "endogámicas" en este campo.⁷ Pero en 1917, cuando Melanie Klein empezó a observar a su hijo menor Erich, que contaba entonces con escasos 3 años de edad, nada parecía contraindicar el método. Propongo que veamos en este dato lo que es, o sea un hecho más de la historia del psicoanálisis que tiene consecuencias en la teoría y, lamentablemente, en la vida de sus protagonistas.

Pienso además que este hijo, Erich, con el que siempre estuvo estrechamente unida y que la acompañó hasta el fin de sus días en el marco de una relación muy armoniosa, conoció seguramente a una madre mucho más adecuada, optimista y disponible que Melitta y Hans que fueron criados casi todo el tiempo por Libussa y supieron de una Melanie muy debilitada, ausente y decididamente neurótica, en sus tan decisivos primeros años de vida. La relación de ambos siempre fue buena. Aquellos que conocieron a la Sra. Klein en Londres dicen que se apasionaba por los niños y que era capaz de olvidarse del mundo entero jugando con un pequeño; recuerdan que amaba especialmente a su nieto Michael, hijo de Erich, nacido en 1937, con quien se comportaba como una abuela típica, afectuosa y consentidora. Ya a distancia de tantos duelos y conflictos, pudo ser sin duda mucho mejor abuela que madre.

El psicoanálisis la recuperó de su neurosis crónica y le devolvió la alegría de vivir, fue un camino de sublimación que la rescató de un curso de vida autodestructivo que parecía ya casi definitivo; sin embargo no pudo recuperar por completo lo perdido durante su tan prolongada enfermedad ni reparar suficientemente el daño que había producido ésta en su relación con sus seres más próximos, esto es con su esposo y con sus hijos. Con Arthur el vínculo nunca se reestableció plenamente a su regreso de la guerra; en 1919, el ingeniero Klein emigró sin su familia a Suecia y la pareja cada vez más

⁷ La muerte de H. Hugh-Hellmuth a manos de su sobrino, que había sido paciente suyo.

distanciada acabó por divorciarse, probablemente en 1926. En cuanto a la relación de Melanie Klein con sus hijos, estuvo vinculada de la manera más estrecha a su creciente compromiso con el psicoanálisis; fue además una prolongada lucha, sólo en parte exitosa, por reparar las heridas que en ellos dejaron los dolorosos años de su primera infancia. Los tres tuvieron largos tratamientos con diferentes analistas.

El año de 1919 fue importante para Melanie Klein, combinándose durante él un conjunto de hechos positivos y negativos. En lo social y político, la post-guerra había traído a la familia una corta tranquilidad, ya que la convulsión social continuó poco después y el antisemitismo pasaba por recrudescimientos verdaderamente graves. Hacia el final de ese año, durante el "Terror blanco", se produce la emigración de Arthur y Melanie debe salir con sus hijos, durante un tiempo, de Budapest. En lo personal el análisis con Ferenczi seguía su curso y los efectos favorables se iban haciendo evidentes. En lo profesional fue nombrada asistente psicoanalítica de Anton von Freund en la Asociación para la Investigación sobre la Infancia y presentó su primer trabajo psicoanalítico que era el estudio de un niño pequeño, con el cual fue nombrada miembro de la Sociedad Húngara de Psicoanálisis. Al año siguiente el texto fue publicado con el título *La novela familiar in statu nascendi*. En español apareció como el primer capítulo de "*El desarrollo de un niño*" en *Contribuciones al psicoanálisis* (Klein, 1921).

Además de ser un escrito importante para la historia de nuestra disciplina por ser el primer trabajo de Klein, es también interesante su contenido porque muestra un momento de transición. En cuanto a la identidad del niño, fue reconocida abiertamente en la primera presentación de viva voz, pero censurada en la publicación; el niño pasó entonces a llamarse Fritz y lo presentó como hijo de conocidos que vivían cerca de su casa, lo cual le permitía ver al niño sin restricciones (p. 20). La preocupación central de la autora es la aplicación de los conocimientos de Freud en la crianza y educación de los niños, o sea que, en cierta medida, podemos ubicarlo en continuidad con lo que hacían diversos discípulos de Freud —entre otros los padres de Juanito— que buscaban así lograr un desarrollo psíquico más saludable e incluso la profilaxis de los trastornos neuróticos y de carácter del adulto. Quiero destacar que los objetivos profilácticos nunca se modificaron e influyeron decisivamente en la concepción kleiniana de las indicaciones y del método del psicoanálisis infantil. En especial en este texto se dedica Klein a observar y profundizar respecto a los efectos del esclarecimiento sexual sobre el desarrollo intelectual. Dicho esclarecimiento es aportado a los niños a medida que lo van solicitando y en el marco de una educación menos autoritaria. Relata bellamente la observación, los diálogos, sus intervenciones e intenta mostrar cómo la franqueza y honestidad con que se trata a los pequeños estimula su intelecto, levanta la represión y

afianza el principio de realidad. Es evidente que hasta este momento está haciendo una investigación del proceso de desarrollo y una aplicación educativa del descubrimiento freudiano, no un verdadero psicoanálisis; sin embargo no está ausente cierta dimensión terapéutica, pues el pequeño se mostraba normal pero lento en sus adquisiciones, un tanto atrasado si se lo comparaba con sus hermanos.

Pero lo más interesante para mis actuales reflexiones es percibir el deseo y la experiencia personal de la madre filtrándose constantemente en la labor de la analista. Melanie anhela despojar "a la sexualidad de una vez de su misterio y de gran parte de su peligro" para que los sentimientos y deseos no sean reprimidos y "tolerados bajo una carga de falsa vergüenza y sufrimiento nervioso como nos pasó a nosotros" (p. 20). Propone "la crianza fundada en una franqueza sin límites" con la esperanza de corregir los defectos de lo realizado por la generación anterior, para que sus hijos fueran criados mejor que lo fue ella misma. La tarea basada en el desdoblamiento constante de su persona, oscilando desde la Melanie /mamá a la Melanie /psicoanalista, tiene mucho de irremediablemente paradójal e imposible, pero ella insiste, se esfuerza en ser una observadora imparcial y trata de transmitir la información con total verdad "a través de breves explicaciones científicas adecuadas al entendimiento del niño". Trata de ser realista en todo momento y, por ejemplo, no tolera que se le dé a Erich/Fritz la versión de la cigüeña, por lo que despidió a la nodriza sin vacilar cuando se entera que ha contradicho sus indicaciones.

Un pasaje notable al respecto es el que se refiere a la existencia de Dios; maneja una serie de argumentos para mostrar cuán perjudicial es la enseñanza religiosa y dice que la idea de un Dios omnipotente y omnisciente aplasta el pensamiento del niño por su autoridad invencible. Dice además que "la idea de Dios oscurece tanto el sentido de realidad que el niño no se anima a rechazar lo increíble, lo aparentemente irreal, y puede afectarlo de tal modo que se reprime el reconocimiento de cosas tangibles, inmediatas, las así llamadas 'obvias', en asuntos intelectuales, junto con los procesos más profundos de pensamiento" (p. 39). Rotunda afirmación que coincide, en su carácter absoluto, con la respuesta que le da al niño que quiere saber si aunque no se ve a Dios, está en el cielo; le dice: "En el cielo sólo hay aire y nubes" (p. 23). Y si plantea dudas por haber recibido información diferente de otros adultos le dice que si algunas personas grandes hablan de la existencia de Dios "es que no saben la verdad sobre las cosas y no pueden hablar de ellas correctamente". Pero ocurre que una de esas personas grandes es el propio Arthur, que Melanie Klein describe como sosteniendo "una concepción panteísta de la deidad y que aprobaba la introducción de la idea de Dios en la educación de los niños" (p. 24). Esta forma de afirmar que se posee la verdad y que se dispone del acceso a la realidad, aunque esto deje sin lugar la palabra del padre, merece una cuidadosa

reflexión. Años después, ya en Londres, esta polémica fue una especie de absurdo partaguas que dividía a los kleinianos de los no kleinianos, según dieran menor o, mayor importancia al papel del padre en el desarrollo del niño. Parece ser el residuo de su lucha infructuosa por conseguir el amor de varias figuras paternas decepcionantes: Freud, Moriz, Arthur. Plenamente imbuida del papel de defensora de lo real, no duda en contestar e interpretar las preguntas de su hijo, como quien al tratar de ahuyentar la falsedad parece estar luchando contra el demonio, personificado en la ignorancia y la mentira. Insiste en enseñarle al pequeño Erich la diferencia entre "real" e "irreal" para que así pueda "distinguir todo lo visible y verdadero de aquello (hermoso pero desgraciadamente falso, no 'real') que sucede sólo en los deseos y las fantasías" (p. 28). Es evidente que recae, en gran medida, en lo mismo que pretende erradicar: si disminuir la omnisciencia de los padres y de Dios facilita el debilitamiento de la omnipotencia infantil, no parece ser esta forma absoluta de transmitir las ideas el mejor modo de conseguirlo; más bien parece un intento inconsciente de sustituir la palabra del padre por la de la madre.

No obstante la existencia de tantos puntos ciegos perceptibles a esta distancia, es sorprendente la penetración de sus observaciones. En una carta dirigida a Freud en junio de 1919 dice Ferenczi: "Una mujer, la Sra. Klein (que no es módica) y que desde hace varios años viene siguiendo mis enseñanzas, ha realizado excelentes observaciones con niños..." (Grosskurth, p. 106). Nadie parece preocupado por el hecho de que el pequeño paciente es Erich. ¿Se trata de la curiosidad normal del medio científico psicoanalítico aún muy joven y lleno de omnipotencia? ¿O hay factores *voyeuristas* e incluso crueles en juego? De cualquier manera se trata de un hecho conocido y aceptado colectivamente. Pero no por eso es menos nocivo como lo sabemos hoy. Porque todos nos preguntamos al leer estos textos, cuánto deterioraba esta situación el vínculo amoroso entre madre e hijo, quitándole toda espontaneidad.

En este contexto, Melanie Klein presenta sus primeras observaciones y en la discusión que sigue a la exposición, Anton von Freund hace a la autora dos comentarios decisivos, que ella misma incluye en su siguiente trabajo de 1921, "*Análisis temprano*", señalando los efectos que tuvieron dichas opiniones sobre su ulterior postura clínica (Klein, 1921, p. 44). Freund le señaló que sus observaciones y clasificaciones eran analíticas pero no así sus interpretaciones, ya que sólo había considerado las preguntas conscientes y no las inconscientes y además le dice de manera muy sensata que no es necesario volver el análisis el único quehacer de la vida. Recomienda reservar un tiempo preciso para el análisis y sostenerlo firmemente aunque en ciertas ocasiones especiales deba cambiarse. Surge así, con este comentario de Freund, algo esencial: una palabra capaz de poner un límite, una voz que habla desde el lugar del padre antes desoído, que

pone un alto, por lo menos parcial, a una situación tan enloquecedora como la que venía ocurriendo, ya que "la sesión continua evoca la tortura y no hablar más que de psicoanálisis recuerda la persecución" (Torok, 1981, p. 233).⁸

De la observación a la técnica del juego

En la intervención de Anton von Freund podemos encontrar las raíces de dos de los principios básicos de la técnica kleiniana en estrecha vinculación con sus premisas teóricas que se mantienen como ortodoxia hasta nuestros días: *el interés casi exclusivo por los contenidos inconscientes del discurso del paciente y la estricta observancia de los parámetros espacio-temporales de la sesión analítica*. Ninguno de ellos es azaroso, por el contrario, tienen el lugar de una ley que ordena, que da consistencia y permite pensar los efectos del inconsciente en un discurso, cualquiera sea la forma de éste. El juego y las expresiones plásticas resultan naturalmente incluidos, y de manera muy especial, en este enfoque. Sólo resta definir sus particularidades.

Es éste un momento histórico pues, desde entonces, la pregunta sobre la especificidad del psicoanálisis infantil no abandonó jamás a Melanie Klein y todos sus esfuerzos fueron dirigidos a darle una respuesta. Muy convencida de que su tarea debía desenvolverse en la posición más estricta, aumenta sus esfuerzos para mantener su desdoblamiento madre/analista y se plantea una serie de conductas que se conservan como normas entre los analistas kleinianos, como son *el manejar una neutralidad absoluta hacia el niño, el no intervenir sobre el medio familiar y el no realizar incursiones educativas*. Esto sería injerencia de otras personas, o sea, esto corresponde a la Melanie/madre y no a la Melanie/analista. La severa ortodoxia — que alcanza su forma definitiva en uno de sus textos fundamentales, *El psicoanálisis de los niños*, publicado en 1932— parece construida para reparar la extrema heterodoxia de estos primeros análisis. Además, transformada en precepto inamovible sobre todo por algunos de sus seguidores, toma una forma ceremonial, casi religiosa, con la que parece retornar, de manera oscura, lo más olvidado y lejano: la postura de los abuelos rabinos, estudiosos del talmud, que Moriz había tratado de dejar atrás.

⁸ Casi desde el comienzo se levantaron voces opositoras a su trabajo en la Sociedad Húngara, no de crítica constructiva como la de von Freund, sino francamente devaluatorias. Pero nada pudo ensombrecer la brillantez del aporte kleiniano que ha sido cada vez más reconocido por los historiadores del psicoanálisis. Por ejemplo, en su reciente biografía de Freud, Peter Gay afirma: "Entre los teóricos de la década de 1920, sin duda fue a Melanie Klein a quien se debieron las mayores innovaciones" (Gay, 1988, p. 5201).

Con el comentario de Anton von Freund se establece un límite, una referencia a un orden que nos trasciende y que conceptualizamos como encuadre; pero a la vez la crítica recibida promueve una profundización en los contenidos inconscientes, y actúa como una especie de provocación para que lleve a cabo el análisis de Erich/Fritz. Es así que Melanie Klein comienza a interpretar sus sueños, sus juegos, sus fantasías, con total audacia, aunque desde entonces manteniendo un "encuadre" mucho más fijo. El trabajo presentado en 1921, *Análisis temprano* muestra esta evolución. Las interpretaciones aparecen dirigidas en especial a vencer las resistencias que se oponen al esclarecimiento sexual, que es propuesto como método privilegiado para promover la salud mental de los niños. Además empieza a acuciarla una necesidad creciente de que su intervención resulte más terapéutica. Esto se relaciona con el hecho de que aunque Erich mejoró mucho su desarrollo intelectual, aparecieron otros síntomas, especialmente retracción, con manifestaciones de malestar y angustia.

Melanie Klein cree en su método y lo pone en acción con enorme determinación, aunque no sabemos cuánto sufría y vacilaba. Lo que sí podemos observar y entresacar del texto es el cambio progresivo en su actitud respecto al suministro de las interpretaciones: lo que en el trabajo anterior se planteaba como aporte de información a medida que el niño lo solicitaba, o sea un criterio de libre demanda, en el trabajo de 1921 aparece como una administración forzada de dicha información dado que hay resistencias para aceptarla. En este contexto la interpretación toma cada vez más importancia como instrumento capaz de calmar la ansiedad que demostraba "el carácter compulsivo y estereotipado" que habían ido adquiriendo las preguntas del niño. Para dicha situación lo mejor era aportar lo que ella misma llama "cautas y ocasionales interpretaciones" (p. 46). Pero como Erich/Fritz no mejora con la deseada rapidez, el texto transmite que las intervenciones de Melanie/analista se van tomando cada vez más frecuentes e insistentes, como una especie de administración compulsiva de la interpretación. He aquí, en esta lucha de la Melanie/madre por suministrar el pecho bueno a su hijo lo que constituye una de las raíces de la tan controvertida estrategia de la interpretación kleiniana. Ansiedad del niño y de la madre que no puede descifrar aún con precisión los mensajes, culpa porque no se calman las manifestaciones de malestar y quizás también por estar ensayando el método psicoanalítico con su propia familia.⁹ Pero debo aclarar que este

⁹ Sabemos poco de la forma en que se realizó la lactancia de Erich, pero hay algunos datos interesantes que podemos encontrar en la biografía de Grosskurth (p. 91). Melanie Klein dice que debió recurrir a una nodriza pero nunca explica cuáles fueron las razones para que tomara esta medida. Posiblemente la nana, que fue expulsada por hablar de la cigüeña al niño a pesar de la orden de la Sra. Klein de decir toda la verdad sobre el nacimiento, fue contratada posteriormente.

último punto es más bien fruto de mi inquietud personal, pues nada en el texto de la autora muestra signos de duda ni de reconocimiento de un posible error. Por el contrario, se presenta siempre muy segura de estar haciendo lo mejor y más avanzado para la época en cuanto al desarrollo de un psiquismo infantil sano y discute repetidamente que los temores de los críticos respecto a la excesiva ingerencia del análisis en la evolución de la mente infantil son infundados. Sólo contando con este fuerte componente de omnipotencia pudo Klein crear una obra tan audaz. Omnipotencia que se asocia con esa convicción extrema en su verdad que caracteriza su postura y que en ocasiones recuerda la locura santa de un cruzado, que cree sin vacilación estar en el buen camino.

El título del trabajo, *Análisis temprano*, nos introduce a otro tema muy debatido, que es antecedente de la futura polémica con Anna Freud, y que en este momento va dirigida a la H. von Hugh-Hellmuth. Para ésta los niños sólo pueden ser analizados por encima de los seis años de edad; coincidiendo con lo observado por Freud en Juanito, Melanie Klein por el contrario opina que claros síntomas neuróticos se presentan mucho antes de esa edad y que el psicoanálisis ha demostrado que la edad durante la cual se inician importantes patologías es anterior a los seis años, por lo cual le resulta evidente que lo más fructífero será adelantar nuestra acción para lograr los mayores beneficios. Cuando se plantea las causas de la patología temprana, muestra ya en este texto una clara preferencia por considerar como muy determinantes los *factores constitucionales*. Hallazgos posteriores la afirmaron en esta posición (sobre todo al plantear Freud su teoría de la pulsión de muerte que le resultó tan significativa). Creo que poner énfasis en la influencia del medio era muy difícil para ella en tanto madre y desconocemos con qué eficacia pudo ser abordado este problema en su análisis personal.¹⁰ Al no poder poner en duda la forma de crianza del niño, se constituye otro punto ciego en su comprensión del material, con importantes consecuencias teóricas.

Es la evolución del análisis de Erich/Fritz lo que induce cambios irreversibles en la postura clínica de Melanie Klein que posteriormente se traduce en una serie de formulaciones muy originales. Lo que descubre es que a medida que suministra información e interpreta las resistencias como un conflicto inconsciente entre saber y no saber, se abren las puertas para la irrupción de un mundo maravilloso, creativo y sor-

¹⁰ Es posible que la negación de la grave conflictiva existente en la relación con su madre que ya hemos citado, sea un índice de este problema. Sin embargo no resulta acallada totalmente y reaparece en la descripción y la teorización respecto a la destructividad que en su fantasía dirige el niño al cuerpo de la madre y en particular al pecho. Este terrorífico mundo provoca mucha ansiedad al bebé que requiere para mitigarlas de los amorosos cuidados de la madre. Por eso con el tiempo va limitando bastante el peso de lo constitucional y reconoce cada vez más la importancia del inadecuado aporte materno para incrementar la destructividad del bebé.

prendente que la fascina. ¿Qué hacer con la información realista que había sido tan importante al comienzo? No la abandona todavía, pero la afirmación freudiana de que *la realidad psíquica* es lo que importa al psicoanálisis porque es ella la que tiene eficacia psíquica se le vuelve transparente. Sueños, fantasías, juegos llenan la escena y, paralelamente, el niño inhibido en lo intelectual se transforma, despliega sus capacidades escondidas confirmando su hipótesis inicial, volviéndose incluso precoz en ciertas áreas. Pero también se angustia. La agresión, los relatos terroríficos, el pavor nocturno, se hacen presentes y sólo elaborando estas ansiedades logra seguir avanzando. Lo más extraordinario, lo que fascinó a Melanie Klein y nos sigue deslumbrando cuando analizamos niños, es el efecto de la intervención analítica. Las fantasías de Erich/Fritz se liberan acompañándose de placer y el niño florece. Más que contarlas prefiere jugar, representar lo que fantasea. Juega incluso con las palabras y bromea con las interpretaciones que ella le aporta. Una nueva y fecunda etapa está dando comienzo, pues, basada en la riquísima experiencia inicial con su hijo menor y luego con otros niños de diferentes edades, elabora dos textos fundamentales: *Análisis infantil* en 1923 y *Principios psicológicos del análisis infantil* en 1926. Este último texto fue posteriormente la base para la redacción del primer capítulo del libro que resume toda esta etapa de descubrimiento, *Psicoanálisis de niños*, que es publicado en 1932 en Londres. Como dando cierre a su etapa berlinesa, dedica "con gratitud y admiración" esta gran obra a la memoria de la figura más representativa de su desarrollo psicoanalítico durante ese periodo, a su maestro y analista Karl Abraham, prematuramente desaparecido.

El juego es sueño

Lo que había sido considerado por Ferenczi como resistencia aparece ahora como el mejor instrumento para conocer la mente infantil y para analizar sus conflictos. Es una repetición de lo que le había ocurrido a Freud al descubrir la transferencia. Rápidamente comprende Klein que en el juego ha encontrado el modo más idóneo para lograr el abordaje clínico de los niños e intenta una teorización al respecto; del material clínico se van derivando una serie de originales conceptos sobre el funcionamiento mental infantil, que son también aplicables y observables en las sesiones analíticas de los adultos. He aquí los primeros pasos de lo que llega a ser, algún tiempo después, una innovadora y poderosa escuela psicoanalítica.

Considero que uno de los conceptos más esenciales para comprender el aporte de Melanie Klein al psicoanálisis de niños y sus puntos de vista respecto al papel de la interpretación es *la asimilación que ella hace entre juego y sueño*. Retomemos sus pro-

pías palabras: "El niño expresa sus fantasías, sus deseos y experiencias de un modo simbólico por medio de juguetes y juegos. Al hacerlo utiliza los mismos medios de expresión arcaicos, filogenéticos, el mismo lenguaje que nos es familiar en los sueños y sólo comprenderemos totalmente este lenguaje si nos acercamos a él como Freud nos ha enseñado a acercarnos al lenguaje de los sueños" (Klein, 1932, p. 27). Melanie Klein descubre en el juego otra "vía regia" hacia el inconsciente. Describe en la actividad lúdica un contenido manifiesto que es el texto explícito del juego, que funciona como fachada, y un contenido latente que debe ser interpretado y al cual accedemos mediante el desciframiento psicoanalítico. Vemos de este modo cómo juego e interpretación están unidos en la conceptualización kleiniana desde el comienzo de su obra. Esta vinculación tiene, a mi entender, importantes consecuencias teóricas y técnicas en sus posteriores desarrollos.

¿Pero podemos realmente interpretar el juego como un sueño? ¿De qué forma de interpretación onírica se trata? ¿Qué manejo de los elementos simbólicos recomienda Melanie Klein? Veamos lo que expresa en *Ei psicoanálisis de niños*:

El simbolismo es sólo una parte de dicho lenguaje. Si deseamos comprender conectivamente el juego del niño en relación con su conducta total durante la hora del análisis, debemos no sólo desentrañar el significado de cada símbolo separadamente, por claros que ellos sean, sino tener en cuenta todos los mecanismos y formas de representación usados en el trabajo onírico, sin perder de vista jamás la relación de cada factor con la situación total.

Aclara que la muñeca de Rita, una de sus pequeñas pacientes, representa a veces un niño, otras un pene y otras a ella misma, o sea que rechaza la traducción de un término en otro ya prefijado —lo cual es típico de la interpretación simbólica— pero sí piensa que prácticamente todos los elementos del juego son simbólicos y deben ser interpretados como tales, "siempre que podamos descubrir su significado en el contexto".

Cuando polemiza con Anna Freud que critica su técnica del juego, niega que sus interpretaciones sean simples traducciones simbólicas y afirma que ella la entiende equivocadamente, que de ningún modo interpretaría que si un niño choca dos carritos es que observó el coito de los padres, o que si tumba un poste son las tendencias agresivas hacia el padre. Se expresa así: "Jamás aventuraría yo una interpretación simbólica tan "silvestre" [del juego de niños....] Suponiendo que un niño exprese el mismo material psíquico en numerosas repeticiones —a menudo por varios medios, por ejemplo juguetes, agua, recortando, dibujando, etc.—, y suponiendo que yo pueda observar que estas particulares actividades están casi todas acompañadas por un sentimiento de culpa ex-

presado, ya sea por angustia o en representaciones que implican sobrecompensación, que son la expresión de formaciones reactivas —suponiendo entonces que yo haya logrado *insight* en ciertas conexiones: entonces interpreto estos fenómenos y los enlace con el inconsciente y con la situación analítica". (Klein, 1927, p. 144). Vemos aquí claramente expresado qué es lo que Klein llama el contexto, pero lo más notable quizás, es la inclusión de la experiencia íntima del psicoanalista que obtiene *insight* de ciertas conexiones, o sea que obtiene una lectura significativa del material que resuena en su propia persona. Es la inclusión de la contratransferencia, es apartar la lectura racional y proponer una interpretación basada en el inconsciente del analista. Años después, vuelve a insistir en que "debemos considerar el uso de los símbolos de cada niño en conexión con sus emociones y ansiedades particulares y con la situación total que se presenta en el análisis" (Klein, 1961, p. 24)."

Lo que sí piensa Melanie Klein es que el niño, sobre todo de corta edad, está mucho más cerca temporalmente de la época de creación de los símbolos, y estructuralmente hay una mayor facilidad de alcanzar el contenido reprimido. Por esta razón, la formulación en las interpretaciones de los contenidos sexuales de fondo resulta para ella completamente lógica. Dicho en otros términos, y coincidiendo con Casas (1986), debemos pensar en el niño un preconsciente menos estructurado, puesto que aún no dispone de palabras para expresar sus fantasías. Esto aproxima más aún el accionar del juego al producto onírico, son "sueños pero actuados, como si se dispusiera de la misma disminución de la censura pero sin la inhibición de la motilidad. Y también, como en el sueño, encontraremos textos más armados, organizados y otros muy oscuros y desorganizados" (p. 68).

Es importante señalar que, aunque Melanie Klein insiste mucho en homologar sueño y juego, también describe sus diferencias sobre todo en dos aspectos: una mayor proximidad del juego con la realidad y una más intensa acción de la elaboración secundaria. Sin embargo, aunque reconoce estos hechos, podemos observar en los casos que presenta en sus obras, que su lectura del material lúdico poco parece recordar estos dos

¹¹ La discusión con Anna Freud respecto a la aptitud de los niños para comprender el simbolismo y por lo tanto para ser analizados (Klein, 1927) es de gran interés y abre nuevas perspectivas para aplicar la técnica del juego a pacientes de diferentes edades e incluso a pequeños que tienen escaso cociente intelectual. Dice: "Porque en mi experiencia he encontrado que si se hace esto (se refiere a la interpretación del simbolismo), ningún niño, incluso el menos inteligente, es inepto para el análisis" (p. 144). Esto ha sido ampliamente comprobado por mi trabajo personal con niños deficitarios (Plá, 1990b, 1993 y 2000). Es la falta de formación de símbolos, en primer lugar la falla total de lenguaje, el verdadero problema de accesibilidad de los niños al método psicoanalítico. El estudio básico en este sentido es el extraordinario análisis de Dick (Klein, 1930b). También quedó claro en ese escrito, que mutismo no es igual que falta total de simbolización, lo cual ha sido abundantemente demostrado a todo lo largo de la historia del psicoanálisis infantil.

elementos y enfoca casi exclusivamente sus intervenciones hacia el inconsciente y el proceso primario. Esto nos lleva de lleno al polémico tema de la técnica interpretativa kleiniana cuyo estudio requiere un análisis muy cuidadoso del conjunto de la obra, lo cual supera la dimensión de este trabajo y el periodo que estoy considerando.

El juego es asociación libre y representación

Para Melanie Klein el juego es equiparable a las asociaciones verbales del adulto. Por lo tanto jugar, actuar y toda conducta infantil es homologable a palabras. Este aspecto es esencial para refutar otra de las críticas que se ha hecho a la técnica del juego, argumentando que se pierde el discurso en favor de la conducta. Por el contrario podemos decir que para Melanie Klein el juego es un discurso con una sintaxis que es la sucesión y el cambio y que incluye palabras, gestos, producciones gráficas, modelados, etc. Aunque no verbalice, el niño habla con el juego, asocia libremente. Y es una asociación caracterizada por la rapidez de los cambios de sentido, que promueve en el analista una atención flotante intensa, móvil, que busca enganchar en algún elemento para lograr la comprensión. Creo que de esta modalidad infantil, del cambio tan veloz, de lo multiforme y precipitado, de lo "caleidoscópico" (Klein, 1932, p. 28), deriva en gran medida la propuesta kleiniana de la interpretación inmediata, rápida, muy próxima al material fantasmático de cada momento de la sesión. Y si el símbolo ocupa un lugar tan importante en la teoría, el pasaje de lo manifiesto a lo latente resulta muy facilitador de la instauración de la tan criticada técnica, irónicamente llamada por algunos de "interpretación simultánea", que hace aparecer al analista como dispuesto en todo momento a la develación del sentido inconsciente. Para Melanie Klein la función del psicoanalista es comprender lo que ocurre en la mente del paciente y transmitírselo.¹² No hay que olvidar, además, que la interpretación tiene para Klein otra importante función: es en sí misma un aporte de palabras como quedó de manifiesto en el análisis de Dick, el pequeño psicótico al que me referiré algo más adelante (Klein, 1930). Este aspecto es profundamente discutido por ella en el primer capítulo de *Psicoanálisis de niños*, sobre todo en lo que se refiere a los niños neuróticos, con los que está en cuestión el riesgo de prestarles demasiadas palabras y pensamientos ya señalado por Freud (p. 29).

Pero el juego es también la representación de un drama, la escenificación de una fantasía que se despliega, a veces un instante y otras largamente, incluso como una obra representada en varios actos (García Reinoso, 1980). Para Klein, el escenario funda-

¹² Diferentes autores han reflexionado sobre el tema de la interpretación kleiniana desde puntos de vista diversos. Citaré como ejemplo los trabajos de Dayan(1982)y M. Uzan (1988) en Francia.

mental donde se juega la batalla pulsional a través de un guión de fantasías inconscientes es el cuerpo materno, que aparece lleno de riquezas deseadas y de monstruos aterradoros. El cuerpo materno por ser el primer espacio que puede ser diferenciado por el bebé llega a representar el mundo externo. Esta fantasía se traslada al propio consultorio del analista, que simbólicamente representa el cuerpo materno, llegando este aspecto a tomar una importancia central en la transferencia analítica, como lo podemos observar repetidamente en nuestros pequeños analizados, especialmente cuando éstos son de corta edad o tienen patologías graves y regresivantes (Plá y Cruz, 1984).

La transferencia es el otro factor fundamental que se "juega" en el juego.¹³ Por darse en la situación analítica esa representación, esa actividad lúdica se efectúa en transferencia. Este tema ha sido tan relevante en la historia del psicoanálisis de niños por lo controversial y es tan central en la teoría y en la práctica, que merece una consideración más amplia. En este momento quiero señalar solamente y coincidiendo con Dinerstein (1987, p. 97), que jugar ante el analista, o sea *jugar en transferencia*, es "una oportunidad bastante singular para un sujeto de posibilidades sublimatorias". Lo esencial etique el niño pueda jugar, que el analista sepa jugar y que juntos creen un espacio de encuentro. Si en los niños el juego es como un puente entre fantasía y realidad, más aún lo es cuando se da ante el analista, adquiriendo entonces una dimensión que toca centralmente al niño en tanto sujeto.

Las influencias teóricas de Melanie Klein. Juego, símbolo y sublimación

¿Por qué toma Klein estas posiciones? ¿En qué se apoya? Sin duda en las características personales que hemos relatado antes, pero también en un contexto científico que a mi parecer fue determinante. ¿Cuáles fueron los textos que le sirvieron de referencia mientras realizaba estas investigaciones y cuál la época que le tocó vivir?

Freud fue siempre para ella el referente básico, incluso cuando poco antes de su muerte recibió su doloroso rechazo debido a la controversia con Anna. Además de *La interpretación de los sueños*, siempre valorada por ella, el caso Juanito, Leonardo, los textos metapsicológicos de 1915 y las Conferencias Introdutorias al Psicoanálisis del mismo año, son las más importantes referencias freudianas explícitas de los primeros trabajos de Klein. También son relevantes las obras de ciertos autores, especialmente

¹³ Jugar en el sentido del "jouer" francés o del "play" inglés que tiene a la vez el sentido de la representación escénica, propia tanto del juego como de la transferencia

Ferenczi, Jones y Abraham, que además de ser personajes fundamentales en su vida fueron importantes creadores e interlocutores, como veremos un poco más adelante.

Por ejemplo, la relación entre represión y angustia y el carácter sintomático de las inhibiciones que va a profundizar Freud en 1926, en *Inhibición, síntoma y angustia*, son ya motivo de las reflexiones de Klein algunos años antes. Algunas interesantes conclusiones sobre el tema fueron publicadas por ella en 1923, en *Análisis infantil*, donde discute la vinculación entre angustia y represión, así como el carácter normal o patológico de las inhibiciones de actividades y capacidades. Me extenderé algo sobre este trabajo, pues en él es posible rastrear, por lo menos en parte, cómo elige y encadena sus referencias bibliográficas y cómo extrae sus consecuencias personales. De cualquier manera, para Klein siempre es el encuentro clínico con sus pacientes la fuente principal de sus ideas.

Para ella la capacidad simbolizante es el elemento sobre el cual se construye el pensamiento. El concepto de *catexia simbólicosexual* ocupa un lugar central en sus elaboraciones de esta época. Así designa la carga libidinosa de ciertas actividades o tendencias *yoicas* que permite explicar algunos síntomas e inhibiciones. Luego de ejemplificar con varios casos, muestra cómo hay funciones *yoicas* que quedan asociadas a determinadas situaciones sexuales. La represión de una acarrea la de la otra y la función se inhibe. Y agrega: "Si equiparamos la capacidad de emplear la libido superflua en una catexia de tendencias del Yo, con la capacidad de sublimar, podemos suponer que la persona que permanece sana logra hacerlo por su mayor capacidad de sublimar en un estadio muy temprano del desarrollo del Yo" (Klein, 1923, p. 85). Cita ampliamente a Freud para apoyar estos conceptos pero se lanza a desarrollos personales en relación con el proceso de la formación de símbolos en la infancia.

Es imposible que en este momento recorra los diferentes pasos de su razonamiento que fueron expuestos en la edición anterior de este manual. Sólo quiero plantear que para dar cuenta de sus experiencias clínicas, amplía los conceptos de la siguiente manera: "...vemos que la identificación es un estadio preliminar no sólo de la formación de símbolos sino al mismo tiempo de la evolución del lenguaje y de la sublimación". Esto implica que para devenir contenido ideacional, tanto de un síntoma como de una sublimación, la fantasía requiere el pasaje de la identificación a la formación simbólica. Para Klein la simbolización es objetivante, es el mecanismo gracias al cual se hacen presentes los objetos a nuestro conocimiento.

Pero además, mientras que para Freud son principalmente los contenidos pregenitales los que se subliman, para Klein son más importantes los componentes genitales, por lo cual, dado que las sublimaciones comienzan muy precozmente ya se esboza en estos

textos el concepto kleiniano de Edipo temprano (Del Valle, 1986). De esta manera estaban echadas las semillas de un enorme y fructífero campo de investigación, específico del psicoanálisis de niños, pero aplicable a todas las edades.

A la vez, Ferenczi aporta otras ideas esenciales en estos textos, que seguramente Melanie Klein absorbe durante su análisis con él, período en el cual, deslumbrada, se empapa de literatura psicoanalítica. Dice por ejemplo, que la capacidad para la representación simbólica se expresa de manera importante en los gestos y que luego de un tiempo se alcanza el más evolucionado, el simbolismo del habla (Ferenczi. 1913c, p. 163). Ubicar en esta serie el juego resulta muy natural y Klein lo hace y lo lleva a sus últimas consecuencias. Para Klein el desarrollo de un juego puede ser considerado en sí mismo el nacimiento de una sublimación. En el curso de un análisis esto puede ser un excelente indicio de que una función *yoica* inhibida está próxima a ser recuperada. Para Klein es una meta del proceso analítico de los niños que la palabra, es decir, los símbolos verbales ocupen un lugar cada vez mayor en la comunicación.

Al ir avanzando su desarrollo teórico se precisa más su concepto del proceso de formación de símbolos. Por un interjuego de diferentes mecanismos y defensas (clivaje, proyección, introyección, identificación proyectiva, etc.) el Yo infantil construye, impulsado por la angustia, equiparaciones entre los órganos del cuerpo y otros objetos (*ecuaciones simbólicas*). Dichos procesos de homologación están regidos por el principio del placer, son abarcativos y cada vez van englobando más funciones que en su origen no tenían carácter placentero. Luego evolucionan para formar los símbolos verdaderos.

Desde el análisis de Fritz había notado la importancia de las íntimas respecto al cuerpo materno y sus contenidos; hacia él van dirigidas la curiosidad sexual y los deseos amorosos y agresivos. Dice: "...estaba bajo la influencia de la imagen mental del interior del cuerpo de su madre, y por identificación con ella del suyo propio. Lo representaba como un pueblo, a veces como un país y después como el mundo, atravesado por vías de ferrocarril..." (Klein, 1923, p. 97). He ahí el simbolismo y la fantasía, que se convierte en un medio de representación, o sea que al fantasear el niño nos habla de una realidad ausente o reprimida. A través de este proceso los impulsos sádicos y libidinales encuentra un modo de satisfacción simbólica. Es sobre todo el componente sádico el de mayor importancia, ya que es el que más promueve la formación de símbolos. El impulso epistemofílico surge simultáneamente con el sadismo. Años después hace una afirmación más radical, pero completamente comprensible si seguimos la evolución de las ideas tal como lo hemos hecho y comprobable en la sesión analítica, sobre todo con niños pequeños: "Las fantasías sádicas dirigidas contra el interior del cuerpo materno constituyen la relación primera y básica con el mundo exterior y con la realidad" (Klein, 1930a, p. 210).

En el juego y en esta concepción de los símbolos presentes en el accionar lúdico, encuentra Melanie Klein una forma privilegiada de acceso al inconsciente y crea una técnica personal para lograrlo. El estudio cuidadoso que he realizado de su trayectoria de pensamiento en este tema tiene por finalidad aportar un punto de vista más amplio y menos prejuicioso respecto al conjunto de su pensamiento. Me parece evidente que con estos conceptos Klein ha encontrado una manera de pensar los procesos inconscientes que no la abandona nunca. Los mecanismos más primitivos, los elementos que dan las bases para la constitución del aparato psíquico, el lenguaje y sus antecedentes, el punto en que desde la representación del cuerpo se logra el acceso a la realidad, en que desde el inconsciente se plantea la creatividad y las actividades *yoicas* más elevadas, en fin, Melanie Klein ha encontrado una de las claves del psicoanálisis.

Cuando realiza la extraordinaria investigación clínica que es el caso Dick, el primer niño psicótico tratado analíticamente, (Klein, 1930a) se basa en estas ideas y no hace más que confirmarlas y ampliarlas, acentuando la originalidad y el carácter radical de ellas. El minucioso estudio que hace Lacan de este texto, al que sólo me referiré brevemente por razones de espacio, es un hermoso ejemplo de la penetración de la clínica kleiniana, que puede ser pensada desde un esquema referencial muy diferente sin perder su valor. Examina el momento inaugural en que, partiendo del interés casi exclusivo del niño por los trenes, las estaciones y por abrir y cerrar puertas, Melanie Klein consigue hacerlo salir de su mutismo y entrar en el lenguaje. Toma la iniciativa ante el niño que se mantiene indiferente y nombra el tren grande y el tren pequeño diciendo "tren papá", "tren Dick", consigue así que Dick diga: "Estación" mientras hace rodar el pequeño tren, y ella agrega: "La estación es mamá. Dick entra en el interior de mamá". En ese momento todo se desencadena y el niño se moviliza dando apertura al desarrollo del lenguaje. ¿Qué ha hecho Melanie Klein?, se pregunta Lacan. Y contesta: "... aportar la verbalización. Ella simbolizó una relación efectiva, la de un ser, nombrado, con otro. Imprimió la simbolización del mito edípico [...] El niño simboliza la realidad alrededor de él a partir de ese núcleo, de esa pequeña célula palpitante de simbolismo que Melanie Klein le ha dado" (Lacan, 1953-54, p. 100)¹⁴ Klein dice "haber abierto las puertas de su inconsciente"; para Lacan esto se expresa con la fórmula "el inconsciente es el discurso

¹⁴ Es interesante encontrar el origen de estas verbalizaciones de Melanie Klein dirigidas a Dick en un trabajo anterior. Aclara que en este caso debió modificar su técnica habitual por la falta de simbolización en el niño, recurriendo por eso a sus conocimientos generales. Fue a su hijo Erich a quien le había dicho "que el coche grande es su papá, el coche eléctrico su mamá y el motorcito él mismo". Fue a este material tan arraigado en ella, seguramente como efecto del *insight* antes citado, al que pudo recurrir ante la extrema situación de falta de desarrollo de las actividades simbólicas que presentaba Dick (Klein, 1921, p. 48).

del otro". Diferencias y acercamiento entre el maestro francés y la judía centroeuropea, siempre dispuesta a meterse en lo más primitivo, oscuro y visceral.

Muchas de las críticas dirigidas al enfoque kleiniano se basan en un incorrecto o insuficiente conocimiento del sentido que tienen estos conceptos y a un uso caricaturesco de ellos en la interpretación, tal como hemos visto antes.

Juego, ansiedad y pulsión de muerte

Desde sus primeros trabajos, la angustia —latente o manifiesta— ocupa un lugar central en su concepción del funcionamiento psíquico y del proceso analítico (Klein, 1921, 1923). Pronto se convierte en el eje de su actitud técnica y en algún sentido de su creación teórica (Baranger, 1971).¹⁵ En ellos señala que la inhibición requiere una sublimación previa que ha quedado vinculada con la sexualidad, como vimos antes, y que sucumbe frente a una nueva oleada de ansiedad; el modo de intervenir será la interpretación de las raíces inconscientes de dicho afecto. Incluso las inhibiciones "normales" son una restricción frente a un peligroso exceso de ansiedad. Por eso afirma que el hombre normal escapa a la neurosis anulando algunas de sus sublimaciones. "El hecho de que la remoción de estas inhibiciones y de estos síntomas se haga mediante la angustia muestra claramente que ésta es su fuente" (Klein, 1923, p. 88). Insiste en que es imprescindible jugar para dominar los sentimientos de aflicción y pérdida —cita al niño del carretel—, aunque también es importante para elaborar el odio, el enojo, la culpa. El Yo cumple un gran papel en este proceso. En el desarrollo, el niño debe luchar constantemente contra la ansiedad y, para ello, es necesario que el Yo disponga de capacidad para tolerarla.

Es éste un tema demasiado amplio para cubrirlo en este capítulo, pero quiero recordar que varios textos claves de su producción tienen como centro el lugar de la ansiedad, sus efectos patógenos y los mecanismos mediante los cuales se intenta dominarla. *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo* (Klein, 1930a), antes citado, y el capítulo x de *Psicoanálisis de niños* entre otros, van mostrando el progreso y la originalidad de sus ideas. Veamos una cita de este último libro:

¹⁵ En Melanie Klein los términos "ansiedad" y "angustia" son usados indistintamente, lo cual se relaciona con los problemas de traducción que apareja el bilingüismo que caracteriza la producción de esta autora, a causa de su migración de 1926. Cuando escribió en alemán usó *Angst*, cuando lo hizo en inglés *anxiety*. En términos generales es habitual hablar en español de "angustia" cuando nos referimos al afecto básico proveniente de la acción interna del instinto de muerte y de "ansiedad" cuando hablamos de los afectos característicos de las posiciones: ansiedad esquizoparanoide y ansiedad depresiva, pero esto no es en absoluto constante y depende de los traductores.

Así, por un complicado proceso en el que se utilizan todas las fuerzas del Yo, el juego de los niños efectúa una transformación de la ansiedad en placer.[...] No obstante, en lo que concierne a los niños pequeños, el Yo sólo parcialmente puede lograr su fin de dominar la ansiedad por medio del juego. Sus juegos no le ayudan completamente a vencer su miedo a los peligros internos. La ansiedad actúa siempre en ellos. Mientras es latente opera como una impulsión a jugar, pero tan pronto como se hace manifiesta pone fin al juego

(Klein, 1932, p. 195-196). En este libro quedan en claro los dos puntos claves de la teoría kleiniana de la angustia que son: la relación intrínseca de la angustia, por una parte, con el instinto de muerte y, por la otra, con los objetos (Baranger, 1971). Estas ideas se completan años después en *El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas* (Klein, 1945).

¿Cómo llega Klein a la posterior formulación respecto al origen de la angustia en que ésta aparece vinculada tan íntimamente con el instinto de muerte? Es un largo e interesante recorrido que hace del sadismo el elemento central. Por ejemplo en 1930, plantea que "hay una etapa temprana en el desarrollo mental en que se activa el sadismo en cada una de las fuentes de placer libidinal" (p. 209). El fin es apoderarse de los contenidos del cuerpo de la madre, atacarlo y destruirlo con toda su fuerza. Estos ataques despiertan angustia por temor al castigo, la cual se internaliza para formar el Superyó temprano, durante la etapa de sadismo máximo (oral-sádica). Estas angustias son muy profundas y abrumadoras y pueden llegar a inhibir el proceso de formación de símbolos y el impulso epistemofílico. Las dos fuentes de peligro son el propio sadismo del sujeto y el objeto que es atacado. Con ellos se relaciona la angustia persecutoria, que para Klein es muy temprana, y se asocia con la constitución del ya descrito Superyó sádico. Los mecanismos de defensa utilizados serán la expulsión del sadismo (que luego será la deflexión de la pulsión de muerte) y la destrucción del objeto. Es en este contexto que desarrolla sus ideas respecto a las ansiedades y defensas psicóticas tan características de su pensamiento.¹⁶

¹⁶ Los mecanismos de defensa primitivos relacionados con la angustia persecutoria son de enorme importancia, pero exceden el alcance de este trabajo. La desviación hacia afuera del instinto de muerte (deflexión), la introyección, la proyección y el clivaje (*splitting*) van adquiriendo cada vez más importancia en su pensamiento, hasta que se concreta su papel en el contexto de la noción de *posición esquizoparanoide*. La *identificación proyectiva* es un concepto que ha adquirido gran difusión como parte del desarrollo normal y por su gran aplicación clínica sobre todo en pacientes psicóticos. La designación como tal recién surge en 1946 (Klein, 1946), pero ya está presente la descripción del proceso cuando habla de la etapa de sadismo máximo (Klein, 1928. y 1930b).

En el libro que culmina esta época. *Psicoanálisis de niños*, plantea Melanie Klein por vez primera la polaridad instinto de vida-instinto de muerte. Retoma así lo expresado por Freud en 1921 en *Más allá del principio del placer*, que llevará hasta sus máximas consecuencias algunos años después. La primera mención del instinto de muerte en la obra de Klein aparece como comentario al hecho de que hay niños "malos comensales" que son incapaces de gozar chupando aunque reciban suficiente alimento. Dice: "Parecería que la polaridad entre los instintos de vida y los instintos de muerte se manifiestan ya en estos fenómenos de la primera infancia, porque podemos considerar la fuerza de fijación del niño al estadio oral de succión, como una expresión de la fuerza de su libido y, análogamente, la temprana y pujante emergencia de su sadismo oral, como una señal de la preponderancia de sus componentes instintivos-destructivos".¹⁷ Es esencial para ella darle un carácter pulsional, o sea, innato y constitucional, a la destructividad propia del ser humano, ubicando este hecho en el fundamento mismo del desarrollo del sujeto psíquico y de su posterior funcionamiento. Seguramente esto se vincula con la fuente y el tipo de hallazgos clínicos que realizó, pero también con su lectura de ellos, en la que pienso intervinieron muchos aspectos de su vida y de su personalidad que he rastreado largamente en estas páginas.¹⁸ Coincido con Del Valle (1986), en que el psicoanálisis de los niños y la influencia teórica de Abraham con su estudio de la fase oral canibalística fueron decisivos en este sentido y no sólo los escritos freudianos. Sin embargo Abraham no habló de pulsión de muerte. Quizás también por su influencia y como una forma de fidelidad, fue recién en 1932, varios años después de su muerte, inserta en el medio británico, que Melanie Klein puede utilizar explícitamente esta noción, sin embargo ya reconocible en su material clínico previo. Y por supuesto también

¹⁷ Esto se radicaliza hacia el final de su vida cuando plantea uno de sus conceptos más polémicos, el de *envidia primaria*, expresión de lo más destructivo, que nos lleva al borde de lo irreductible con el análisis, o dicho de otra forma, a lo "interminable" del proceso psicoanalítico que planteaba Freud. ¿Puchemos relacionar estas ideas y los hechos de su vida cargados de rivalidad y envidia? Pero estos temas quedarán para otra ocasión.

¹⁸ El salto conceptual que realiza Freud al introducir la noción de pulsión de muerte queda fuera del alcance de este libro. La obra de Melanic Klein es el mejor ejemplo de que estos conceptos no quedan en el plano teórico sino que tiene importantes consecuencias clínicas. Ya en 1909 Freud había discrepado con Adler respecto al *instinto de agresión*, pero en ese momento había preferido mantener su teoría de 1905, en la cual cada pulsión conserva su capacidad para hacerse agresiva (Freud, 1909). El sadismo aparece entonces como dominio, violencia, aprehensión del objeto y también como placer sexual a través del dolor del otro. Ambos sentidos de la palabra se relacionan con las pulsiones parciales de la fase sádico-anal, o sea que son libidinales y vinculados con la ambivalencia afectiva. Cuando postula la pulsión de muerte, la primitiva pulsión de aprehensión toma otro sentido, aparece como deflexión hacia afuera de las fuerzas destructivas que amenazan al organismo y tiende directamente a la destrucción del objeto.

después que Freud había hecho una serie de importantes publicaciones afirmando el concepto de pulsión de muerte (Freud, 1924, 1930).¹⁹

Debo señalar que otro de los conceptos kleinianos más fundamentales, que es el de "posición", no alcanza su desarrollo completo sino algunos años después (Klein, 1934), luego de haber profundizado en su propia situación personal de duelo después de la muerte en un accidente de montaña de su hijo Hans y de la violenta y aparatosa ruptura de relaciones con su hija mayor Melitta. El transitar por tan dolorosas circunstancias le permitió también comprender de manera mucho más adecuada los estados maníaco-depresivos de sus pacientes. Sin embargo claros antecedentes del concepto de posición se encuentran en el primer periodo de su obra, por ejemplo cuando habla de "situación ansiógena" (*anxiety-situation*) (Klein, 1929). Esto implica considerar la angustia, no aisladamente sino hacer una interpretación situacional de ella, y pensar que tiene un contenido, una cualidad y un objeto específico. Es al describir la *posición depresiva*, que puede redondear la situación antagónica regida por las ansiedades y defensas psicóticas que había estudiado varios años antes. (Klein, 1929, 1930). Llama a esta situación dominada por la ansiedad persecutoria, en oposición a la depresiva, *posición esquizoparanoide*. El concepto de posición es central en la obra kleiniana, pues "se refiere a una ubicación determinada del sujeto dentro de una situación objetal completa" (Baranger, 1971), da cuenta de las vicisitudes de la situación analítica y fue tomada también por la autora como base para su teoría del desarrollo emocional del lactante.

Juego, fantasía y objeto

Una de las características que para Klein presenta el análisis de los niños por el juego es la movilidad, la variabilidad permanente pero con un orden, que ella llama "caleidoscópica" (Klein, 1932, p. 28) y que sólo puede ser comprendida e interpretada desde el contenido latente. Justamente, como en ese mágico aparato llamado caleidoscopio, se presentan situaciones, organizaciones frágiles pero que tienen una "forma" escondida de funcionamiento. Como vimos antes, Melanie se pregunta por esas estructuras subyacentes y

¹⁹ Freud menciona justamente a Klein respecto a estos hallazgos cuando dice: "Pero la experiencia nos ha mostrado que la severidad del superyó desarrollada por el niño de ningún modo refleja la severidad del trato que se le ha hecho experimentar. (Nota al pie) Como por otra parte tan correctamente lo han señalado Melanie Klein y otros autores ingleses" (Freud, 1930).

años después va a concretar sus investigaciones en la teoría de las posiciones. Pero sobretodo se fascina desde el comienzo de su investigación por la observación, descripción e interpretación de *las fantasías inconscientes*. La asociación de los dos vocablos es característica y muestra la especificidad del concepto kleiniano, y nos está diciendo de la diferencia con el concepto de fantasía en la obra de Freud o de otros autores. Inicialmente Klein no diferencia el nivel consciente y el inconsciente cuando describe la producción fantasmática de los niños, relata su riqueza, sus modos de expresión y también su destino, ya sea la represión o la sublimación. Reconoce el vínculo de la fantasía con el deseo inconsciente, y cada vez más se le evidencia la importancia de los componentes agresivos de las mismas. Cuando Baranger (1971, p. 102) expone el concepto kleiniano de fantasía inconsciente, parte de la angustia y de la relación de objeto, porque ninguna noción puede ser separada de todas las otras, menos aún si recordamos la concepción "situacional" del funcionamiento psíquico y de la situación analítica que sustenta Melanie Klein. Dice este autor que la angustia pertenece a un sujeto enfrentado a su situación objetal interna y externa, que implica sus situaciones arcaicas, su mundo interno, sus pulsiones y, antes que todo, expresa su instinto de muerte. Siempre tiene un contenido, toda angustia es angustia frente a algo inconsciente que se va a hacer o se está haciendo. Ese texto que está detrás del relato es la fantasía inconsciente.

Posteriormente, surge una nueva definición que corresponde a la evolución teórica de Melanie Klein, que dice que la fantasía inconsciente es la "expresión mental del instinto". Esta definición en realidad proviene de Susan Isaacs (1952) y no de la misma Klein y es bastante ulterior al periodo que estoy considerando, por lo que no entrará en discusión.

Me parece muy hermoso observar cómo la teoría de Melanie Klein es, toda ella, una forma de organizar las fantasías sexuales infantiles. El niño y a su lado el analista, disponen de las fantasías sexuales para expresarse, porque ellas surgen en la sesión de manera natural, porque son la materia prima de la experiencia. A veces se presentan organizadas, otras se muestran casi sin elaboración. De aquí deriva una de las peculiaridades de la obra de Melanie Klein y de muchos kleinianos, en donde el texto de las fantasías se vuelve el vocabulario mismo de la teoría, a un nivel muy superior al de cualquier otro pensador del psicoanálisis. Melanie Klein describe las modalidades de la experiencia inconsciente y las relaciona con la vida consciente, intenta expresar sus formas siempre cambiantes y transmitir lo inefable. Para eso se apega al material de las sesiones, donde se escenifica en forma tan extraordinaria lo que pasa en el mundo interno.

Volvamos a la época inicial de la obra kleiniana y reflexionemos cómo la voz del pequeño Erich llega a nosotros a través de los escritos de su madre. Claro que no todas

sus fantasías son aceptadas de igual manera por Melanie. Ya relatamos como fueron tratadas sus inquietudes respecto a la existencia de Dios: si para la madre eran tan intolerables, para la analista eran "nocivas" y fueron combatidas ardientemente. Erich pareció aceptarlo y así dio gusto a su madre. Sin embargo, la convenció para siempre de que existen las brujas. El hermoso texto de Klein (1921, p. 53), dice así: "Otra vez me contó el miedo que tenía ante un cuento de Grimm en especial. Era el cuento de una bruja que ofrece a un hombre comida envenenada, éste se la da a su caballo, que muere a causa de ella. El niño dijo que tenía miedo de las brujas porque de cualquier modo *podía ser que no fuera cierto lo que se le había dicho que no había realmente brujas. Hay reinas también que son hermosas pero que también son brujas, y a él le gustaría mucho saber a qué se parece el veneno, si es sólido o fluido.*"²⁰ He ahí el comienzo de la hipótesis referida al clivaje entre madre buena y madre mala. Algo más adelante dice: "La bruja de la fantasía mencionada... sólo reproduce una figura, que a mi parecer, había obtenido por división de la imago materna [...] esa imago femenina disociada de la madre amada es la mujer con pene" (p. 54). Quiero señalar que este episodio del análisis, que precede un rico periodo de sueños y luego la finalización del mismo, toma el material de un cuento de Grimm. Este hecho tiene para mí un gran valor (Plá, 1993) porque considero que por este camino Erich y Melanie han llegado juntos a un espacio que excede lo individual, a los mitos de nuestra época, los cuentos infantiles, que tienen un alcance universal y que remiten a un orden de la cultura.

Como vemos en la fantasía recién relatada, ella se refiere a una calidad del objeto y de la relación que el niño mantiene con él. Para Melanie Klein fantasía y objeto son inseparables, se dan en una misma experiencia. Hay en Melanie Klein dos usos diferentes del término "objeto" (Baranger y *et al.*, 1980), uno es fenoménico, descriptivo, que se presta para lograr la comprensión de los fenómenos clínicos y que es el que más se ajusta a lo que encontramos en sus trabajos iniciales. Pero hay otro uso inscripto en la metapsicología kleiniana, en que aparece el objeto interno o interiorizado como resultado del mecanismo de la introyección y con caracteres de estabilidad muy particular. Esto no implica fijeza total, pero sí permanencia y organización a nivel del mundo interno. Para algunos autores la idea de mundo de los objetos internos puede considerarse la base para una teoría de la estructura psíquica en Klein (Bleichmar y Leiberman de Bleichmar, 1989).

²⁰ Las cursivas son mías y van dirigidas a mostrar el surgimiento de la duda respecto a la veracidad de la palabra, la disociación de los objetos y la pregunta respecto a la calidad sensorial de la destructividad.

El antecedente del concepto de objeto interno es el de *imago*, que según Baranger va cayendo en desuso al avanzar la obra kleiniana. Tal como se evidencia en el material clínico de Erich antes relatado, *imago* designa una representación inconsciente, arcaica, con cierta connotación arquetípica que nos remite a figuras universales, míticas, como el padre castrador, la mujer fálica, la madre nutricia, etc. Así las encontramos en Klein en 1921, expresadas por medio de fantasías inconscientes que dan un marco prefijado a la experiencia. Esta designación se mantiene aún en 1927 pero luego va desapareciendo, aunque creo que el concepto en sí mantiene vigencia hasta el final.

La noción de objeto interno kleiniano tiene también relación con el objeto melancólico descrito por Freud en *Duelo y melancolía*, en tanto objeto externo adentrado por introyección y que se resiste a la fusión, o sea que mantiene ese carácter "otro" frente al Yo. Baranger dice: "El sujeto y sus objetos, los ciudadanos de su mundo interno viven de una vida recíproca en la cual nadie es determinante en última instancia" (Baranger *et al.*, 1980, p. 50). Quiero poner énfasis en que aunque sean descritos muy vividamente, los objetos internos son inconscientes y sólo toman forma y nombre cuando se proyectan. Desde una indiscriminación primitiva entre realidad externa e interna, el niño va configurando al mismo tiempo, gracias al amplio interjuego de introyección y proyección, el mundo externo y el interno con sus similitudes y diferencias. El concepto de objeto en Klein tiene una evolución paralela a la del sadismo y a las fantasías con él asociadas aunque siempre la relación central para Klein es con la madre. Como ya lo expresé al referirme a la función objetivante de la formación de símbolos, el objeto para Klein tiene desde su origen un aspecto corporal. En los primeros trabajos lo básico es la relación con el vientre materno y sus contenidos, relación cargada de destructividad. Las fantasías pregenitales de ataque oral, anal y uretral llenan el material y los objetos a los cuales están dirigidas tienen el carácter de parciales. Es sólo posteriormente que Melanie Klein va dando mayor importancia a las figuras protectoras. La ambivalencia toma un lugar central y ya no es el sadismo puro sino el conflicto amor-odio lo que rige el funcionamiento psíquico. Y también el objeto hacia el cual se dirige tanto el amor como el odio cambia: ya no es el cuerpo-vientre de la madre sino sus pechos, primeros objetos de gratificación oral del bebé. De la ambivalencia del vínculo surge el clivaje pecho bueno-pecho malo.

Aunque en lo esencial es posterior a este primer periodo, la evolución de la teoría merece un comentario. Entre la multiplicidad de objetos internos hay uno que se destaca en particular: el pecho, al cual Melanie Klein atribuye características prototípicas. Dichas características van a determinar las de toda la serie objetal. Pasa a designarlo en singular para diferenciarlo más aún de su referente anatómico y lo ubica en el centro de

numerosas fantasías originarias que interactúan con las vicisitudes reales de la alimentación del bebé. De algún modo es un objeto que preexiste a la experiencia y con el cual el sujeto establece una relación paradigmática (Baranger, 1980, p. 51). Es por esto que hablaba antes de "la religión del pecho" que construye Klein en oposición con "la religión del falo" fundada por Freud (Torok, 1981).

El estatuto del objeto interno en esta teoría va aún mucho más allá y, por ejemplo, incluye la teoría de la constitución de las instancias psíquicas. Algo hemos visto ya en relación con la formación de símbolos, con el Superyó sádico y el benévolo y también su rol fundamental para la estructuración *yoica*. Estas ideas son desarrolladas más profundamente en el contexto de la teoría de las posiciones. Por todo esto podemos decir que la teoría de Melanie Klein es de enorme importancia dentro del conjunto de *las teorías de las relaciones de objeto*, siendo además pionera en este enfoque. Es muy frecuente que sus ideas sean incluidas en planteos más recientes, muchas veces sin siquiera ser citado el origen de las mismas.

Melanie Klein, la teoría del desarrollo y el proceso analítico

Todas las ideas que he ido presentando pueden ser enfocadas y reunidas desde el punto de vista de la teoría del desarrollo, lo cual es a la vez muy adecuado y muy polémico. Melanie Klein no sólo trabajó intensamente psicoanalizando niños para el beneficio terapéutico y profiláctico de cada uno de ellos, sino que también fue extrayendo de todos estos análisis datos fundamentales para elaborar una teoría del desarrollo psíquico. Le interesaba en forma especial el periodo más temprano, o sea el primer año de vida. En su teorización considero están reunidos los mayores aciertos con grandes errores. Lamentablemente estos últimos suelen oscurecer la captación del valor indiscutible del conjunto. Su punto de partida fueron las ideas de Freud y de Abraham, de las que se fue diferenciando, pero que a la vez la ataron enormemente. A esto se sumó el poco rigor que, respecto al edificio teórico en su conjunto, la caracterizaba. Ella se aferraba a la clínica y por eso fue describiendo, en primer lugar, la mezcla de los estadios o fases de Freud, que para nada se daban en forma delimitada, y, en segundo, la precocidad mucho mayor que la que había pensado el maestro, de una parte esencial de los procesos psíquicos del niño. Fundamentalmente se refirió a la existencia de un Superyó y de un complejo de Edipo tempranos. Fue la importancia de los impulsos destructivos y la aparición muy precoz de angustia y ciertas formas de patología, lo que la condujo a ubicar en los primeros meses de la vida complejos procesos defensivos contra la angustia, que luego refirió a la pulsión de muerte.

La concepción expuesta que refleja los primeros pasos del desarrollo del Yo, la formación de símbolos y los progresos hacia la integración a partir de la violencia y la fragmentación inicial, ha sido permanentemente demostrada. Lo mismo ocurre con las tempranas manifestaciones de angustia y las fantasías que subyacen. Lo más polémico de su teoría es la cronología, que no sólo aparece como indemostrable sino que además proviene de la aplicación forzada de una teoría genética a una observación eminentemente clínica. Para Baranger, las fechas que adjudican a los primerísimos meses de vida complejos procesos psíquicos son inesenciales. Piensa que lo fundamental de Klein radica en su concepción situational, o sea la teoría de las posiciones. Los Bleichmar, por su parte, objetan también la teoría genética y afirman: "No sabemos si el bebé siente lo que ella, aunque sí creemos que el niño y el adulto poseen ese mundo que descubrió y que siempre termina por sorprender" (p. 136). Remito a dichos autores, con los que tengo gran coincidencia, para más aportes sobre este tema.

En cuanto al proceso del tratamiento psicoanalítico, podemos reconocer que éste reproduce en cierta medida las condiciones que van permitiendo durante el desarrollo la creación del mundo interno, de las instancias, de la fantasía. Klein considera que el psicoanálisis de niños es asimilable al de adultos y afirma que "se trata sólo de una diferencia de técnica, no de los principios del tratamiento. (Klein, 1927, p. 136). Lo primero y más característico de Klein es la consideración exclusiva de la realidad psíquica. Esto conduce a una técnica que consiste en una sustitución sistemática de todas las producciones efectivas del sentido (juego, palabras, dibujos, gestos) por las relaciones postuladas en el orden de las fantasías. El objetivo de esta modalidad interpretativa es promover la manifestación y reducción de la angustia, ya que le permite al niño hacerse cargo de su realidad psíquica. Para Klein todo se interpreta en el marco de la relación transferencial. Es secundariamente, que el vínculo con la realidad exterior se modifica teniendo como mecanismo esencial la proyección. El juego para Klein posibilita desplazar al mundo externo las ansiedades surgidas de los procesos intrapsíquicos (Klein, 1932). Pero también permite reparar simbólicamente el cuerpo materno, al reparar la imagen de la madre como objeto interno. La interpretación de las fantasías va también modificando las relaciones con el objeto durante el proceso, lográndose la integración por superación de los clivajes. Muchas son las críticas que podemos hacer del estado final de su concepción de la interpretación, tal como aparece en El relato (1961), pero creo que esto es mucho menos marcado en el período inicial.

Hacia una respuesta

Comencé este texto con una pregunta: ¿Quién es Melanie Klein? y quizás haya conseguido responderla aunque sea en parte. Intenté realizar una incursión en la historia de las ideas que fundaron el psicoanálisis de niños, al revivir los pasos de tan ilustre personalidad. Melanie Klein logró construir un edificio teórico y técnico que la caracteriza dentro del psicoanálisis contemporáneo y fundó una escuela de pensamiento que la sobrevive. Debió enfrentar una lucha tremenda presuntamente para aclarar cuál era el verdadero análisis de niños. No se trata en la actualidad de repetir tan dolorosa contienda que no hizo más que oscurecer con sectarismo un momento de brillante desenvolvimiento de las ideas.

¿Qué tomar de Melanie Klein? ¿Todo o sólo lo menos amenazante? Para algunos ella vino a poner dinamita en la casa. Yo pienso que llegó a ampliar las fronteras del psicoanálisis buceando en lo desconocido. Es una creadora porque partiendo de Freud fue extendiendo sus ideas y diferenciándose. Los títulos de tres de sus libros son la demostración más clara en este sentido: *Contribuciones*, el primero, muestra una actitud aún cercana al maestro; *Desarrollos* habla de una posición más diferenciada, y, penúltimo, *Nuevas direcciones* afirma su definición de originalidad. En ellos y en otras obras importantes aporta nuevos modelos del funcionamiento mental aplicables al desarrollo, a la comprensión de la patología y a la dirección del proceso analítico. No es posible desconocer sus aspectos dogmáticos y sus excesos, pero pienso que tampoco podemos olvidar su riqueza y su creatividad.

Toda teoría implica un riesgo involutivo. Si la repensamos podremos activarla y lanzarla hacia adelante tomando unas partes y desechando otras. Esa ha sido mi intención.

Epílogo

Para concluir, quiero transcribir una frase que aparece en la penúltima página del libro de Grosskurth (p. 598), que me parece muy bella porque describe la relación del biógrafo con su personaje y en ese sentido habla de algo muy central que ha dejado ese ser humano y que aquel que lo conoce ha captado muy bien. Dice, de un modo que nos hace sentir que ella es, en cierta forma una de las personas doloridas por la noticia de la muerte de la Sra Klein: "La gente no podía hacerse a la idea de que la vida de ese petrel de las tempestades acababa de apagarse".

Pienso que Melanie Klein sigue profundamente viva y polémica en sus obras e incluso alguien de su sangre se llama como ella en nuestros días. Nació en Inglaterra y es su

bisnieta, Melanie Clyne, hija de su nieto preferido Michael, que fue bautizada con su nombre. En cuanto al apellido, en una vicisitud más del nombre olvidado y escondido cuyo recorrido hemos tratado de seguir, sufrió una nueva mutación, ahora ortográfica, cuando Erich Klein decidió tomar la fonética inglesa para su nombre y pasó a llamarse Eric Clyne.

De los últimos días de vida de Melanie Klein, sabemos que mantuvo la serenidad hasta el final y contempló la posibilidad de su muerte, debido al acto quirúrgico a que debía ser sometida, con todo realismo. Decidió completamente el destino de sus bienes e incluso la forma en que debía realizarse la ceremonia fúnebre, negándose muy expresamente a que se realizara cualquier tipo de acto religioso. Cuando sus restos fueron inhumados en el crematorio de Golders Green, el 26 de septiembre de 1960, Hanna Segal se expresó de esta manera: "Muchos pasan por la vida sin creer en Dios o en la inmortalidad, pero en su lecho de muerte buscan el consejo de una fe religiosa. No así la Sra. Klein. Mantuvo hasta el fin su integridad de pensamiento y creencias y enfrentó la muerte con su ansiedad correspondiente, considerándola definitiva. Esta capacidad para encarar la verdad aunque ella no aporte consuelo, fue una de las cualidades que inspiraron a aquellos que la conocieron" (Del Valle, 1986, p. 18). Al leer esta frase no pude dejar de relacionarla con varios hechos de su vida. Con su padre ortodoxo talmudista que a los 37 años rompe con la tradición y se vuelve ateo. Con su primer texto psicoanalítico en que comunica a su hijo Erich/Fritz la inexistencia de Dios diciéndole: "En el cielo sólo hay aire y nubes" (Klein, 1921, p. 23). Con aquel relato de su madre que tanto había impresionado a Melanie, en el cual Libussa recordaba deslumbrada al joven estudiante que había sido el amor de su vida, ese joven que ya en el lecho de muerte había sostenido su incredulidad en la existencia de Dios, sentí que como delgados mensajes retornaban las voces para entrelazarse e imprimir su huella en el momento mismo de la muerte y que quizás la más fuerte era aquella que llegando desde el inconsciente repetía sin fin el texto del deseo de la madre.

Melanie Klein fue una mujer intensa, apasionante, compleja, pero sobre todo fue una creadora genial en el campo del psicoanálisis. Quizá mi intento ha sido darle alas a una renovada versión, incluida en el contexto mexicano, de la rica herencia que en psicoanálisis de niños nos ha legado ese indomeñable petrel de las tempestades que me acompaña desde hace tanto tiempo.

Bibliografía

- Abraham, K. (1920, 24), *Psicoanálisis clínico*, Ed. Hormé, Bs. As., 1959.
- Abraham, N. (1978), "Notules sur le fantôme", en *L'e'corce el le noyau*, Aubier-Flammarion, París, 1978.
- Ayala, J., R. Castro, S. González, M. Kolteniuk, E. Plá, F. Velasco y J. Vives (1989), "Leer a Freud", *Cuadernos de Psicoanálisis*, Suplemento del Vol. xx. W. Baranger (1971), *Posición y objeto en la obra de Melanie Klein*, Kargieman, Buenos Aires.
- Baranger y colaboradores (1980), *Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis*, Amorrortu Ed., Buenos Aires,
- Bleichmar, N. y C. Leiberman de Bleichmar (1989), *El psicoanálisis después de Freud*, Eleia Editores, México.
- Casas de Pereda, M. (1986), "Representar. Representaciones. El escenario infantil" en *El juego en psicoanálisis de niños*, Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis, Vol. I.
- Dayan, M. (1982), "Madame K. interpreta", en *Trabajo del psicoanálisis*, Vol. I, 3.
- Dinerstein, A. (1987), *¿Qué se juega en psicoanálisis de niños?*, Lugar Editorial, Buenos Aires; Del Valle, E. (1986), *La obra de Melanie Klein*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Ferenczi, S. (1913a), "Estadios en el desarrollo del sentido de la realidad", Traducción española publicada en *Sexo y psicoanálisis*, Hormé, Buenos Aires, 1959.
- _____ (1913b), "El pequeño gallo", *op. cit.*
- _____ (1913c), "La ontogénesis de los símbolos", *op. cit.*
- Foucault, M. (1969), "¿Qué es un autor?", en *Littoral*, No. 9, 1983.
- Freud, S. (1900), *La interpretación de los sueños*, en Obras completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires, Tomos IV y V, 1979.
- _____ (1901a), "Sobre el sueño", *op. cit.*, Tomo V.
- _____ (1901b), "Psicopatología de la vida cotidiana", *op. cit.*, Tomo VI.
- _____ (1905), "El chiste y su relación con lo inconsciente", *op. cit.*, Tomo VIII.
- _____ (1908), "El creador literario y el fantaseo", *op. cit.*, Tomo IX.
- _____ (1909), "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", *op. cit.*, Tomo X.
- _____ (1910), "Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci", *op. cit.*, Tomo XI.
- _____ (1913), "Totem y tabú", *op. cit.*, Tomo XIII.
- _____ (1915), "Trabajos sobre metapsicología", *op. cit.*, Tomo XIV.
- _____ (1915,17), "El simbolismo en el sueño", Conferencia x de las Lecciones Introductorias al Psicoanálisis", *op. cit.*, Tomo xv.

- Freud, S. (1918), "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica", *op. cit.*, Tomo XVII.
- _____ (1921), "Más allá del principio del placer", *op. cit.*, Tomo XVIII.
- _____ (1924), "El problema económico del masoquismo", *op. cit.*, Tomo XIX.
- _____ (1926), "Inhibición, síntoma y angustia", *op. cit.*, Tomo XX.
- _____ (1930), "El malestar en la cultura", *op. cit.*, Tomo XXI.
- García Reinoso, D. (1980), "Juego, creación e ilusión". *Rev. Argentina de Psicología*, No. 228.
- Gay, P. (1988), *Freud. A Life of Our Time*. Norton and Company, Nueva York-Londres. (Citas tomadas de la Traducción, Paidós, Buenos Aires, 1989).
- Grosskurth, P. (1986), *Meianie Klein. Her World and Her Work*, Hodder and Stoughton, Londres. (Citas tomadas de la traducción francesa, *Meianie Klein, son monde et son oeuvre*, Presses Universitaires de France, París, 1989).
- Hugh-Hellmuth, H. (1921), "On the Technique of Child Analysis", *Int. Zeitschrift fur Psychoanalyse*, VOL. II.
- Hoffnung, P. V. de, C. Medici de C, S. Sapriza, M. Altaian de L., O. Cutirtella, S. Ihlenfeld, C. López de C. y N. Vallespir, *El juego en psicoanálisis de niños*. Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis, Vol. I, 1986.
- Isaacs, S. (1952). "Naturaleza y función de la fantasía", en *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Buenos Aires, 1962.
- Jones, E. (1919), "The Theory of Symbolism", *British J. Psychol.*, v.IX.
- Klein, M. (1921), "El desarrollo de un niño", *Contribuciones al psicoanálisis*. Hormé, Buenos Aires, 1964.
- Klein, M. (1923, "Análisis infantil", *op. cit.*
- _____ (1926), "Principios psicológicos del análisis infantil", *op. cit.*
- _____ (1927), "Simposium sobre análisis infantil", *op. cit.*
- _____ (1929a), "Situaciones infantiles de angustia reflejadas en una obra de arte y en el impulso creador", *op. cit.*
- _____ (1929), "Estadios tempranos del complejo edípico", *op. cit.*
- _____ (1930a), "La personificación en el juego de los niños", *op. cit.*
- _____ (1930b), "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo", *op. cit.*
- _____ (1930c), "La psicoterapia de las psicosis", *op. cit.*
- _____ (1932), "El psicoanálisis de niños", en *Obras completas*, Tomo II, Paidós, Buenos Aires, 1987.
- _____ (1934), "Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos". *Contribuciones al psicoanálisis*, Hormé, Buenos Aires, 1964.

- Klein, M. (1945), "El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas", *op. cit.*
- _____(1946), "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", en *Desarrollos en psicoanálisis*, 1962.
- _____(1952), "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante", *op. cit.*
- _____(1955), "La técnica psicoanalítica del juego", en *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1962.
- _____(1961), *Relato del psicoanálisis de un niño*, Paidós, Buenos Aires, 1961.
- Lacan, J. (1953c54), *Les écrits techniques de Freud*, Seminario I. Ed. du Seuil, París, 1973.
- Laplanche, J. (1982), "¿Hay que quemar a Melanie Klein?", en *Trabajo del psicoanálisis*. Vol. I,3,1982.
- Laplanche, J. (1983), "Reinterpretar a Melanie Klein", en *Trabajo del psicoanálisis*, Vol. II.6, 1983.
- Mannoni, M. (1986), *Un saber que no se sabe*, Gedisa, Buenos Aires.
- Meltzer, D. (1978), *The Kleinian Development*, Tomo II. Editado por el Roland Harris Educational Trust, Londres.
- Muzan, M. de (1988), "Estrategia y tética a propósito de las interpretaciones freudianas y kleinianas", en *Revue Française de Psychanalyse*, Tomo LII.
- Plá, E. P. (1984), "El misterio de los orígenes. Los procesos identificatorios en la psicosis infantil", en *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires. Tomo LII.
- Plá, E. P. (1990b), "Alternativas terapéuticas en niños retardados: la psicoterapia psicoanalítica", en Suplemento al Vol. xxx de la *Rev. de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, México.
- _____(1993), "Genealogía e historización en la psicosis infantil", en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis: Fronteras de la Clínica*, No. 77: 9-22.
- Plá, E. P. y A. Franco (1991), "La psicoterapia del niño Down", en *Memorias del Congreso de la Federación Mundial de Salud Mental*, México, 1991.
- Plá, E. P. y S. Carrizosa (comp.) (2000), *Sujeto, inclusión y diferencia. Investigación psicoanalítica y psicosocial sobre el Síndrome de Down y otros problemas del desarrollo*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Segal, H. (1965), *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Paidós, Bs. As.
- _____(1979), *Melanie Klein*, Alianza Editorial, Madrid.
- Torok, M., B. Sylvania A. Covello (1981), "Melanie Mell", *Confrontation*, París.

VII

El proceso formativo del especialista

Eduardo Dallal y Castillo

Desde hace muchos años, la psicoterapia con niños y adolescentes, en México y en otros países, ha sido una ocupación desempeñada por psicólogos, estudiantes y pasantes de psicología sin preparación especializada. Anteriormente, se consideraba que podía ofrecerse una "terapia de juego" en la que los niños tuvieran la oportunidad de expresar lo que sus madres sobreprotectoras o sus padres represivos no les permitían; esto tendría, automáticamente, un poder curativo basado en la catarsis y la relación con una suerte de hermana o hermano mayor, o madre sustitua, o padre permisivo que, por definición, sería mejor que las figuras reales.

Con el paso del tiempo y el desarrollo de nuestras ciencias, los conocimientos acerca del desarrollo y las psicoterapias como técnicas de intervención fueron adquiriendo una fisonomía profesional, el conocimiento sistematizado de sus teorías subyacentes y la diferenciación de sus instrumentos de trabajo. Poco a poco, los psicólogos, los psiquiatras, los especialistas en educación y los maestros de salón de clase fueron adquiriendo un respeto creciente por el trabajo psicoterapéutico y por los conocimientos acerca del desarrollo de niños y adolescentes como una disciplina compleja y multifactorial.

Aquellos que permanecieron en el campo de la salud mental de niños y adolescentes, y los que se fueron incorporando, lo fueron haciendo con una verdadera conciencia de los conocimientos y técnicas necesarios, y se fueron dando cuenta que se requieren

características integradas a una estructura de personalidad que toma en serio el estudio y el trabajo en este apasionante campo.

Con el paso de los años, se fueron definiendo estas características personales, así como las motivaciones subjetivas para trabajar como psicoanalista o psicoterapeuta de niños y adolescentes. Se ha hablado, como primer requerimiento, de una capacidad personal para ofrecer una actitud de matemaje, sin embargo, hay que agregar que esta actitud se aplica, principalmente, a la tolerancia y propiciación de movimientos regresivos y progresivos en nuestros pacientes, y no sólo a una especie de "acunamiento" emocional.

A esta actitud básica se suma la capacidad de explorar y comunicarse con los pacientes sin un esquema preconcebido, improvisando con ellos los instrumentos de la comunicación, tales como los juegos estructurados y sin estructura, la iluminación y el dibujo, los lenguajes verbales y no verbales, etc., todo ello basado en capacidades para tolerar la incertidumbre y cultivar la curiosidad por lo que ese paciente nos pueda expresar en el momento de la terapia, o ese contenido consciente-inconsciente en el proceso del análisis. Los conocimientos entran después, como instrumento para reconocer el contenido latente y ubicarlo en el doble proceso, de su tratamiento y de su desarrollo, con el desciframiento de sus significados y la valoración de sus efectos. Es hasta entonces que podemos decidir y elegir la técnica que usaremos para responder al paciente, para hacerle saber que lo acompañamos, que lo entendemos y que le comunicamos lo que hemos comprendido: el paciente comparte sus experiencias y el terapeuta comparte su comprensión.

En este camino, se entiende por qué hay más que matemaje o paciencia, qué se requiere además de que "le gusten los niños" o tenga una actitud de abogado de los adolescentes, como si fueran una causa que defender. Se trata, sí, de tener un interés genuino, una paciencia que se integra a la curiosidad activa y una capacidad de comprensión. También se requiere contener, en momentos, el desbordamiento emocional, o de dejarlo fluir cuando esto es útil; de detener la acción para explicar el contenido; de ofrecer las alternativas a las perspectivas estrechas de pacientes que ven un solo desenlace posible.

Estas funciones no se asumen automáticamente, ni son sólo la expresión de un "talento especial". Se comienza, es cierto, por una inteligencia real, suficiente, y por una sensibilidad a los contenidos emocionales del otro, junto con la sublimación de una curiosidad que se convierte en estudio y en intención curativa. También se requiere escepticismo: esa cualidad personal que nos obliga a no aceptar dictados ni teorías, tareas o técnicas, sin entender los porqués y los conceptos. De otro modo, no se pueden buscar alternativas a los supuestos de los pacientes, o de sus padres, o de la sociedad en sus procesos familiares, comunitarios o educativos.

Al mismo tiempo, se requiere la capacidad para ser incongruente uno mismo sin perderse, para poder entender y asumir, en momentos, roles, sensaciones y afectos contratransferenciales; al mismo tiempo, conservar la consciencia analítica (¿fría?) suficiente para ubicarnos en el proceso terapéutico del paciente, comprender e interpretar los contenidos con la intención de que su desarrollo se mueva hacia adelante, a pesar de los momentos regresivos necesarios. Y todo esto, sin caer en la trampa de ser incluidos en la patología del paciente, del adolescente hábil o de la familia englobadora.

Estos talentos, capacidades, sensibilidades y conocimientos sólo pueden reunirse en personas que, con una dotación biológica determinada, hayan tenido la fortuna y la oportunidad de desarrollarse plenamente hacia una estructura personal y un funcionamiento que no dejan de evolucionar. Deben tener, por supuesto, una vida propia que les aleje de las metas profesionales como satisfactores únicos, alternativas de relaciones propias, profundas y estables, y aficiones, ocupaciones o hasta segundas vocaciones que impidan la acumulación de sobrecargas que nuestro trabajo conlleva.

Todo esto hace del conocimiento de nosotros mismos una necesidad inescapable. Si el instrumento de trabajo es la persona del terapeuta o del analista, la única manera de desarrollarlo y afinarlo en los términos descritos es el conocimiento profundo de esa persona. Por eso, el paradigma de la preparación, formación clínica y conocimientos teórico-técnicos se da solamente siguiendo el proceso mismo del psicoanálisis. No hay atajos válidos ni abreviaturas, a pesar de lo que ofrecen muchos grupos que compiten por un mal supuesto y peor llamado "mercado" de estudiantes de las psicoterapias y el psicoanálisis.

La escena ocurrió en la Clínica de la Universidad de Chicago, pero se repite cada vez que los personajes y las condiciones se dan: un residente o postresidente que estudia la Psiquiatría Infantil o una psicoterapeuta de niños y adolescentes en formación, en el diálogo con el supervisor, cuestionan: ¿Por qué el psicoanálisis? ¿Qué hay de las otras teorías y técnicas? ¿Hay que aprendérselas todas? ¿Hay que abrazar una teoría y excluir a las demás? Éstas y muchas otras preguntas ocurren al estudiante cuando se enfrenta con los principios de la identidad profesional que desea adquirir.

En aquella ocasión, Hal Boverman (1964) me dio una respuesta sencilla, pero profundamente útil:

Yo creo que conozco algo de todas las teorías que explican lo que vemos en los pacientes, pero para mí es más coherente, más entendible mi paciente si describo lo que le pasa en términos psicodinámicos, usando la teoría psicoanalítica; aunque parte de la comprensión, o del diagnóstico, o del manejo del caso utilice otras teorías o instrumentos teóricos, todo lo integro al devenir psicodinámico del paciente. Me funciona mejor.

Y procedió a enseñarme cómo, en la discusión de cada caso, de cualquier diagnóstico y en cualquier momento de su manejo.

Aprendí que cada joven paciente que nos consulta nos trae una multitud de dimensiones aplicables a su vida; que un clínico puede entender al paciente de acuerdo con diversas teorías que aplican a su conducta, su familia, los componentes biológicos de su personalidad, sus procesos de aprendizaje, su ubicación en los sistemas interaccionales de la sociedad, y mucho más, pero que ese ser humano se percibe a sí mismo y a su mundo de una manera particular, en movimientos internos que van armando su personalidad y cambiando todo el tiempo. Estos movimientos internos pueden ser entendidos mediante el conocimiento psicoanalítico del paciente, sin excluir la consideración de otras teorías, y nos permite acompañar a ese niño, o a ese adolescente, en el camino de su vida interior, en una intervención respetuosa y en una comprensión multidimensional que le abra camino y lo libere de ataduras, para encontrar por sí mismo sus nuevas y más amplias maneras de ser.

Al mismo tiempo se adquiere una identidad profesional en la que, si bien "nos funciona mejor" esta manera de entender lo que vemos, es una manera de pensar igualmente abierta al diálogo con otras teorías, con otros lenguajes que expliquen los mismos fenómenos observados.

A lo largo de más de cien años de historia, el psicoanálisis ha logrado enriquecer su armazón teórico con el desarrollo de una epistemología que le da coherencia, un pensamiento psicoanalítico que admite diversidad en los puntos de vista y enfoques teóricos, dando cuerpo al "pensar psicoanalítico" que, como hilo conductor, lleva las formulaciones teóricas a la comprensión creciente y específica del desarrollo de los procesos mentales en el ser humano. Este desarrollo conceptual corre paralelo a los procesos evolutivos y dinámicos de cada persona, de tal forma que nos permite su aplicación a las técnicas terapéuticas que de tal conocimiento se derivan.

La historia misma del psicoanálisis como pensamiento teórico sigue el camino de aquellas interacciones entre el analista y su paciente, entre el psicoterapeuta y su paciente; son encuentros entre quien percibe la necesidad de ayuda y aquel que interviene como persona en la vida del otro, que siente que sufre distorsiones en el trayecto de su desarrollo, reduciendo la efectividad de sus recursos, disminuyendo su libertad y quedándose rezagado, de muchas maneras, de lo que podría ser la trayectoria de su vida. El que interviene en la vida del otro, psicoanalista o psicoterapeuta, está utilizando su persona como instrumento de trabajo: pone a su persona por delante para establecer una relación terapéutica y echa a andar un proceso que aspira a desentrañar las estructuras mentales de su paciente, a aumentar su libertad, a incrementar sus recursos y, finalmen-

te, a permitir que su desarrollo prosiga hacia las metas de su propia decisión, realista e informada a través de la experiencia misma del tratamiento.

El psicoanálisis constituye una base de conocimientos organizados, de la cual emergen diversos tipos de psicoterapias. Cada psicoterapia tiene su nivel de acción organizado en técnicas, sus objetivos formulados de acuerdo a dicho nivel de acción, y sus indicaciones, que se basan en el diagnóstico psicodinámico de los recursos y limitaciones del paciente, de su entorno de vida, con todo y personajes, del terapeuta y del escenario de trabajo (Dallal, 1982). Desde las psicoterapias breves y de emergencia, pasando por las intervenciones para favorecer la adaptación consciente, y por las ayudas terapéuticas preventivas de los efectos de situaciones traumáticas o catastróficas, las terapias de apoyo para traer a la conciencia del paciente sus recursos *yoicos*, llegando a los terrenos terapéuticos exploradores de los significados inconscientes que tienen las vivencias actuales y las experiencias formativas que dan origen a los síntomas, hasta adentramos a las profundidades de las regresiones mediante la experiencia favorecedora del análisis de la transferencia en el psicoanálisis clásico, toda intervención terapéutica de la escuela psicoanalítica se sustenta en la misma base teórica y deriva sus técnicas de ella. En todas estas instancias, el terapeuta utiliza su persona, presentándola al individuo, al grupo, a la pareja, a la familia o a la comunidad terapéutica como protagonista-observador, de la manera como S. Freud (1912) lo hizo, lo investigó, lo formuló y lo enseñó.

Todavía en nuestro tiempo, bajo la guisa de una discusión entre "el modelo médico" y el "modelo psicológico", se confronta la tarea psicoanalítica de quien hace un diagnóstico y propone un tratamiento, con la de quien acepta a un analizando sin más pretensión explícita que analizarlo, para no "contaminar" el análisis ni caer en la imposición de juicios ideológicos acerca del modo de ser interno del paciente. Ésta es una discusión filosófica de gran trascendencia, pero no por la forma que ha tomado, sino por la identidad del terapeuta y por la comprensión de su quehacer.

El problema de los modelos, superficial y aparente, se resuelve confrontando la responsabilidad legal y moral de quien ejerce una profesión de ayuda. Si alguien tiene una personalidad profesional acreditada y ejerce su oficio cobrando honorarios, adquiere una responsabilidad directa, legal, con el paciente, acerca de lo que intenta hacer en ese desempeño. La alternativa estaría, no en el modelo médico o psicológico del ejercicio, sino en hacer el psicoanálisis de una persona sin que medie ni la profesión, ni los pagos, ni la responsabilidad de formular metas.

La realidad trascendente está en el ejercicio de la tarea psicoanalítica —o "psicoanalizadora"— que requiere, de quien la ejerce, la formación profesional suficiente para apropiarse de lo que el analizando ofrece con su presencia en el diván o en la

sala de juego: sus contenidos internos, sus objetos reales e internalizados, la permeabilidad vulnerable y la capacidad de englobarnos transferencialmente en parte de su patología. El trabajador del psicoanálisis y, en menor medida, el psicoterapeuta, requiere de esa "formación profesional suficiente" para acompañar, guiar y facilitar el camino al paciente, para que el paciente encuentre su libertad interna y la ejerza en su vida real; el psicoanalista ni la otorga ni la impone: debe permanecer abierto a que el paciente transite por donde ha de ir, independientemente de los aspectos formales de la relación. Estos aspectos formales constituyen la identidad social del analista o del terapeuta, y forman parte del "encuadre", de aquella parte de la relación con nuestros pacientes que nos recuerda la transitoriedad de nuestra intervención en sus vidas.

Cuando Herminie von Hug-Hellmuth (1921) enfocó la actividad psicoanalítica al tratamiento de niños y adolescentes, las líneas del pensamiento teórico del psicoanálisis ya estaban planteadas por lo aprendido cuando S. Freud (1909) siguió las vicisitudes del análisis de Juanito: el paciente es comprendido de acuerdo con los eventos reales de su desarrollo, almacenados en el inconsciente con las distorsiones, simbolizaciones y cargas afectivas que les dan un contenido único, tanto en el momento de producirse como en el trayecto de su evocación en el proceso analítico (A. Freud, 1966). Dicho proceso es, pues, el conjunto de técnicas que permite al paciente evocar, sentir, entender y elaborar las características particulares de su propio proceso evolutivo; estas técnicas son aplicadas por un especialista que se convierte en participante y observador al mismo tiempo: usa su persona como interlocutor resonante de aquellas cargas afectivas y de los personajes revividos por la experiencia del paciente, pero mantiene la capacidad de observar y de interpretar la información para devolver al paciente la comprensión de su significado, al tiempo que mantiene la función de allanar el camino para que el proceso terapéutico siga su curso.

Se ha ido creando un cuerpo de teoría específica del desarrollo sobre la base dual de observar y comprender el desarrollo normal de los niños, y de explorar, entender y conceptualizar la psicopatología como una desviación del desarrollo. Desde Sigmund Freud y sus trabajos clínicos hasta la actualidad, la epistemología psicoanalítica, nuestro pensamiento secuencial dentro de nuestro esquema teórico, nos permite recibir, estudiar, observar y diagnosticar el desarrollo de nuestros pacientes hasta concluir si tal desarrollo es el esperado, dadas sus condiciones y potenciales, o si estamos ante una pequeña persona que sufre de distorsiones, detenciones, desviaciones del transcurso de su desarrollo; también podemos saber, o deducir, los factores causales de tales alteraciones usando como referencia el desarrollo que tal persona podría tener.

Asimismo se han ido creando y desarrollando las aplicaciones técnicas del psicoanálisis a los tratamientos de niños y adolescentes. El juego ha recibido una atención especial de los autores psicoanalíticos, considerándose como equivalente de la asociación libre (Feigelson, 1977, Solnit *et al.*, 1993), como instrumento de la comunicación simbólica del niño consigo mismo y con sus interlocutores, de los cuales el psicoanalista o psicoterapeuta es uno especial, o como territorio de experimentación para el desarrollo mismo.

Al preparar un escenario para la evaluación y tratamiento de niños, de acuerdo con técnicas y aplicaciones del psicoanálisis, el especialista prevé la necesidad de contar con facilidades y elementos que le permitan observar el juego de sus pacientes. Indudablemente que el diseño y los elementos van a ir de acuerdo con lo que el especialista —o su maestro o supervisor— considere adecuado, suficiente o deseable. Así, vemos variaciones que van desde el cuarto de juego que es una colección abrumadora de posibilidades, pasando por muchos grados de previsión y provisión, hasta la discreción de una caja para cada paciente, en la cual se van incluyendo los materiales significativos para ese paciente con su terapeuta. El uso de tales escenarios irá cambiando necesariamente en cada tratamiento, y el cambio mismo nos dará la pauta de los movimientos internos del paciente. Tanto la vida del paciente, un ser humano en desarrollo, como el proceso terapéutico, son entidades en movimiento y pueden ser comprendidas y compaginadas con base en conocimientos y técnicas conducidas por un participante-observador, que se involucra y protagoniza, pero que también observa e interpreta.

Cuando los pacientes son adolescentes, los elementos de juego disminuyen en importancia de manera gradual: no se eliminan de tajo, y pueden ser útiles si se mantienen en disponibilidad tanto el juego como los elementos creativos de la comunicación mediante el dibujo, el modelado, la palabra escrita o la música. En otro capítulo de este volumen se abordan con detalle los contenidos específicos del proceso terapéutico de los adolescentes, siempre referidos al conocimiento detallado y profundo del desarrollo en esta etapa, como requisito indispensable para que el psicoanalista o psicoterapeuta sea un aliado del desarrollo y no un cómplice de la patología.

El ejercicio de tareas profesionales tan complejas demanda que el analista y/o terapeuta construyan una personalidad claramente definida, con características particulares en las distintas esferas de funcionamiento. El conjunto de estructuras necesarias en su personalidad constituyen el perfil de una identidad profesional que, en algunos de sus requisitos, va más allá de lo que demandan otros quehaceres.

El proceso analítico nos sirve como paradigma de aquellas características, conocimientos y destrezas que debe adquirir el terapeuta, ya sea que ejerza alguna de las

variantes selectivas de la psicoterapia o haga psicoanálisis clásico. Cuando el tratamiento se realiza con niños y adolescentes, las variaciones en el proceso son conocidas y requieren de flexibilidad, pero siguen el mismo curso bajo la vigilancia del propio especialista (Anthony, 1982).

El proceso se inicia con el establecimiento de una relación entre el analista y el paciente. Desde la primera entrevista, la interacción entre ambos contiene elementos de la transferencia del paciente y de la contratransferencia del analista, ya que los dos llevan a este encuentro las características de su estructura de personalidad, especialmente las modalidades de sus relaciones de objeto. El analista incluye, en estos primeros contactos, la exploración de aquellas funciones de la personalidad de su paciente que le darán una idea del trayecto que han seguido las líneas de su desarrollo, para configurar un perfil diagnóstico que le permita determinar, no sólo si hay una necesidad terapéutica, sino de qué tipo, con cuáles recursos del paciente, y dentro de qué modalidad de relación. Al final de las entrevistas de diagnóstico, se puede determinar si existe o no una relación terapéutica, es decir, si la interacción entre analista y paciente permite que haya una movilización hacia un proceso analítico. Este proceso de evaluación incluye obtener la información actual y objetiva acerca del paciente por medio de una historia del desarrollo; al mismo tiempo, se evalúa a los padres en sus historias y en las modalidades de vida e interacción que ejercen (Dallal, 1985).

Lo que ocurre en esta entrevista inicial, o más bien en la función de establecer y definir una primera relación con un niño, ha sido estudiado por casi todos los autores de psicoanálisis y psicoterapia de niños. Además de los autores clásicos. A. Freud (1927), M. Klein (1932), Winnicott (1971) y otros, los autores más actuales también aportan sus observaciones, como Anthony (1982), Plá (1985), y muchos más, pero es en la realidad de la experiencia clínica que vemos cómo entran en juego todas esas variables.

Esta alianza se formaliza con el contrato terapéutico: el analista devuelve al paciente una explicación de aquellas alteraciones en su desarrollo que son motivo de los síntomas, de las limitaciones en su desarrollo esperado, y de los modos y actividades que pueden emprender para explorarlas y entenderlas, primero, y para corregirlas juntos, después. Se señalan las características de las sesiones, la confidencialidad, la libertad del paciente con los límites lógicos que se requieren, y la relación que tiene esta alianza con los padres, los maestros y otras figuras del escenario de la vida del paciente.

Esta formulación del contrato terapéutico abarca también la descripción, el desglose de las funciones, las metas y los detalles de periodicidad, costo, etc., de las sesiones, en un acuerdo con los padres o los adultos responsables del paciente. En la medida en que se logra la claridad de comunicación de los roles respectivos, y de los propósitos tera-

péuticos, se protegerá y se propiciará la relación con el paciente, aunque siempre previendo los movimientos que se ocasionan (Estrada-Inda, 1991).

El proceso analítico prosigue con las siguientes fases, que son: el establecimiento de los patrones de actividad en las sesiones, con sus modalidades de juego, comunicación verbal o actividades. Las modalidades de relación y las defensas constituyen los materiales interpretables que abren camino a las partes del desarrollo que no fueron resueltas de manera que pudieran liberar recursos para las siguientes experiencias del desarrollo que no integraron, a la estructura de la personalidad, una base sólida para emprender las tareas evolutivas de la siguiente etapa. Detrás de las conductas y las defensas, están las experiencias señaladoras de cada etapa de desarrollo, con sus conflictos y sus angustias, con las transacciones entre las instancias de la personalidad, entre los impulsos y sus objetos, entre las necesidades y sus satisfacciones. La sensibilidad y el conocimiento del analista van dictando cómo y cuándo se interpreta, se confronta o se explica el proceso.

Se entiende como contratransferencia "la respuesta emocional consciente o inconsciente del terapeuta al paciente". Está determinada por las necesidades internas del terapeuta más que por las del paciente, y puede reforzar la historia traumática del paciente si no es controlada por el terapeuta (Freedman, Kaplan y Sadock, 1975).

En 1966, Anthony nos explicaba que la contratransferencia puede entenderse en tres aspectos:

- La relación del terapeuta con los materiales, principalmente figuras objetales tempranas, que el paciente le transfiere y con los que lo inviste en determinados momentos del tratamiento.
- Los rasgos y características reales del paciente en su relación con el terapeuta, a los que el terapeuta responde, casi siempre conscientemente.
- Las resonancias de los objetos internalizados del terapeuta, que éste encuentra en sus pacientes y a los cuales responde, en parte conscientemente, y en parte inconscientemente.

Este desglose de las funciones contratransferenciales es consistente con Fenichel (1945) y Greenson (1967), quienes abogan porque el analista no esconda su personalidad, aunque siempre dé prioridad a la alianza terapéutica.

A su vez, la alianza terapéutica, que no debe ser contaminada o alterada por las necesidades del analista, constituye un difícil problema del entrenamiento psicoanalítico. Lo hace notar Aíza (1974) cuando habla de que "tener hijos-pacientes, como manantiales que proporcionan toda clase de gratificaciones... hace que los tratamientos sean

interminables, porque el propio terapeuta impide que se realice su separación..." y luego (1975a) cuando insiste: "Empatía e institución beneficiarán al paciente únicamente si estas cualidades son revisadas por el analista con un alto grado de autocrítica y de responsabilidad ya que, fácilmente, tales percepciones rápidas pueden llegar a interpretaciones crueles o bien a juicios injustos". En otros momentos, Aíza (1975b) insiste con S. Freud en que la contratransferencia es, en su mayor parte, inconsciente y debe considerarse como patología del analista.

Por otro lado, Kernberg (1975) apunta:

El terapeuta responde normalmente al material del paciente con una reacción afectiva, la cual, en condiciones óptimas, es atenuada y de poca intensidad, teniendo la calidad de una "señal", más que ser el reflejo de una activación intensa. En momentos de reacciones transferenciales complican el cuadro, la intensidad emocional de la reacción del terapeuta aumenta y puede interferir con su comprensión global inmediata del material del paciente, o con su libertad interna de reaccionar a él.

En el mismo trabajo, reconoce que la contratransferencia se entiende como las reacciones transferenciales inconscientes del terapeuta al paciente, sobre todo para aquellos que, teóricamente, se inclinan por las teorías de la psicología del Yo. Esto enfoca más sus implicaciones patológicas, mientras que puede usarse un concepto más amplio, referido a la reacción emocional total del terapeuta frente a su paciente y aplicarlo a lo que él llama "el *continuum* que es posible describir en las reacciones contratransferenciales, que va desde las relacionadas con las neurosis sintomáticas, en un extremo, a las reacciones psicóticas, en el otro".

La literatura reciente difiere de lo que se formulaba acerca de la transferencia de los niños en tratamiento: que no era tan estable o tan importante, puesto que sus figuras parentales seguían vigentes. En la actualidad, se maneja la dinámica de la transferencia-contratransferencia en el proceso terapéutico, y se va especificando ésta, desde las fuentes de la contratransferencia, como lo describe una interesante monografía sobre el tema (Anastasopoulos y Tsiantis, 1996), abarcando:

- El niño adolescente en tratamiento.
- Los padres y familiares del paciente.
- El terapeuta.

Alexander Holder (1996) apunta hacia la relación directa que puede haber entre la frecuencia de las sesiones, ilustrándolo con viñetas clínicas. Anne-Marie Sandler (1996)

describe, también con casos ilustrativos, cómo las reacciones contratransferenciales de los terapeutas o analistas pueden ayudar a entender aspectos del mundo interno del niño, que toma forma a través de las relaciones con los padres. También señala que las dificultades comienzan desde el establecimiento de la relación terapéutica, al punto de que pueden derrotar el tratamiento, y cómo son situaciones que transfieren factores importantes de la relación primaria.

Según Francols Ladame (1996), en el trabajo con adolescentes, la oferta de análisis reabre la relación objetal temprana en su nivel primitivo. La contratransferencia, dice, llegó a ser sobreenfatizada como la única o principal herramienta en la dinámica de la cura; hay que atender a todos los factores posibles que se identifican, para recuperar el camino del desarrollo adolescente.

Anne Alvarez (1996) describe los sentimientos de contratransferencia en la terapia con pacientes neuróticos, *borderline* o psicóticos. No sólo cuenta su descubrimiento, sino el modo que tiene el terapeuta de manejarlos. Dider Houzel (1996) describe cómo "la envoltura psíquica", con un lado paterno y otro materno, es importante para desarrollar la identidad y el sentido de realidad. En su experiencia, los niños psicóticos escinden los aspectos maternos y paternos en un nivel primitivo, lo cual debe trabajarse con la mira de reintegrarlos en la contratransferencia.

Hacer consciente la contratransferencia consiste en descubrirla en las asociaciones propias al material del paciente, y en las reacciones afectivas del analista que responde al material, actitudes, vestido, gestos y posturas de su paciente. Puede tratarse de algo fácilmente detectable, como es enojo cuando el paciente se sale de las reglas, es "travieso" y hace preguntas directas; o bien, como las sensaciones indefinidas o inexplicables que se identifican después de muchas sesiones, para ubicarlas en el contexto del paciente y que el analista pueda llegarlas a utilizar en el tratamiento.

Cuando se van abriendo estos núcleos de experiencia, el analista puede ubicarse y señalarlos, haciendo referencia a los objetos reales o analizándolos a través de la transferencia que hace el paciente de las identificaciones, expectativas, temores o resentimientos hacia la figura del analista. Cuándo interpretar, o cómo mostrar lo transferido en términos de la transferencia, o en términos de los objetos reales, adquiere una importancia mayor cuando el trabajo es con niños y adolescentes, puesto que su evolución como personas depende todavía de la interacción con personas reales en relaciones intensas y vigentes, dentro de patrones menos establecidos, automáticos y permanentes que en el adulto.

A lo largo del proceso se van dando cambios en los pacientes: primero en las conductas sintomáticas, luego en las modalidades de relación que establecen con las figuras

significativas en la familia, con su grupo par, con otras autoridades, etc. Poco a poco, el paciente va siendo capaz de explicarse, decidir y abrir su campo de experiencia a mayores posibilidades con menos angustia.

El analista o terapeuta va midiendo el significado de lo que aparece como contenido de las sesiones, en correlación con los cambios en el funcionamiento interno del paciente, y sabe si se trata de cambios estructurales, elaboraciones evolutivas, experimentos, defensas o resistencias. Es capaz de explicar al paciente lo que ocurre por dentro y es capaz de explicar a los padres sin traicionar la confidencialidad de las sesiones, desglosando y separando los cambios en su paciente de los esclarecimientos en las funciones parentales que le propiciarán un mejor desarrollo.

El proceso analítico es la escenificación, principalmente, de la diferenciación creciente de un ser humano; la tarea fundamental del desarrollo es la capacidad cada vez mayor de separarse y diferenciarse para establecer relaciones cada vez más definidas, con su propia persona y con los personajes importantes de su vida. El proceso analítico en niños y adolescentes prevé su terminación cuando el proceso del desarrollo alcanza su trayectoria esperada, dadas las características y potencialidades del paciente (Smirnoff, 1971, Martínez y Aguilar, 1985). El analista prevé, prepara y allana el cambio de la separación, incluyendo la terminación del tratamiento, en su visión del proceso y acompañando a su paciente en la experiencia de la despedida. Este proceso se da en la resolución de la transferencia y en la definición clara de la relación del paciente con sus objetos internos y externos, es decir con sus figuras parentales internas y con sus padres reales. La resolución de la transferencia desemboca en la relación con el analista como persona real, para terminar con la despedida del tratamiento.

Entendido así, en unos cuantos párrafos, el proceso psicoanalítico nos permite abordar la descripción de quiénes y cómo van a ser los especialistas que se forman como analistas y terapeutas. El proceso analítico nos señala las capacidades y las funciones que deben desarrollar los especialistas en estas complejas disciplinas, sea cual sea su origen en la biografía del terapeuta.

Hay una amplia literatura que describe las características personales de aquellos individuos que pueden emprender, con posibilidades de éxito, el camino formativo de una identidad sólida como psicoanalistas o terapeutas de niños y adolescentes. Entre la literatura respecto a la formación del analista o del terapeuta, y sólo como ejemplos, podemos mencionar los trabajos de Cooper (1985), Dallal (1988), Greenacre (1971), Greenson (1961), Joseph y Widlöcher (1983), Wallerstein (1984), entre otros. La experiencia en México apunta hacia factores de personalidad que son básicos en su importancia para las profesiones que ejercemos.

La primera característica la constituye haber tenido un desarrollo caracterológico consistente, sin los impedimentos de una patología invalidante, como son las psicosis, la psicopatía, las adicciones, las perversiones persistentes, o bien, la impresión de un desarrollo tan perfecto que se pierda en la salud idealizada. El resultado de este desarrollo se mide en términos de la analizabilidad del futuro terapeuta o psicoanalista, con miras a obtener, conservar y utilizar sus recursos personales en el acompañamiento comprensivo y flexible que cotidianamente llevará a cabo con sus pacientes, en los movimientos progresivos y regresivos del tratamiento, y no sólo para la comprensión de los procesos dinámicos del paciente, sino también en la resonancia que provocan en el terapeuta.

La segunda característica básica que se debe destacar es la del desarrollo de su capacidad intelectual. El futuro psicoanalista o psicoterapeuta tendrá que adquirir un conocimiento profundo y suficiente de las teorías inherentes al pensamiento psicoanalítico, pensamiento abstracto y complejo a la vez, asentado en el conocimiento de la herencia filosófico-histórica de la cultura occidental. El desarrollo de su pensamiento abstracto y de los conceptos fundamentales de la cultura le permitirán comprender e integrar a su acervo los conocimientos teóricos profundos del psicoanálisis, no sólo para establecer y seguir secuencias epistemológicas, sino también, idealmente, para ejercer un pensamiento autónomo y una actividad crítica, cuestionante y abierta. El pensamiento psicoanalítico teórico, los fundamentos de la técnica y el mundo cambiante de sus aplicaciones requerirán de un esfuerzo intelectual continuado a lo largo de su carrera.

La tercera característica básica que se busca en un candidato a psicoterapeuta o psicoanalista es la identidad profesional previa. Quien asume un papel terapéutico al intervenir en los contenidos mentales y emocionales de los pacientes, requiere tener una conciencia clara de quién es él profesionalmente y qué responsabilidad asume. Los indicadores están en él ejercicio previo y documentado de la medicina y de la psiquiatría, en una vertiente, o de la psicología clínica, en la otra, con las señales claras de que la trayectoria profesional se asienta en conocimientos adecuados, consistencia en el desempeño y confiabilidad en los resultados reales. En esta experiencia previa, el psiquiatra y el psicólogo habrán podido dibujar, en la realidad de su trabajo, un código de conducta profesional, objetiva y ética, que debe ser evaluada junto con las motivaciones vocacionales y las capacidades de aprendizaje.

A estas profesiones básicas, se han agregado los caminos de especialización que siguen actualmente los que se gradúan primero de Educación Especial, Comunicación Humana, Trabajo Social y Enfermería a nivel de licenciatura, para continuar con especializaciones o maestrías en el campo de las psicoterapias. En algunas instituciones, el acceso a las maestrías en psicoterapia está aún abierto a otras profesiones.

Entendido el proceso terapéutico, la persona del psicoanalista o del terapeuta en su acción profesional, y los requisitos personales y profesionales previos, puede entenderse también cómo el proceso formativo de analistas y terapeutas se apoya en tres actividades que fueron definidas por Eitingon y el Congreso Psicoanalítico de Berlín en 1920: el análisis didáctico, el aprendizaje académico de la teoría, de la psicopatología y de la técnica, y el trabajo clínico supervisado. A lo largo de los años, este sistema formativo se ha ido examinando y evaluando, y constituye el trípode en el que se apoyan los procesos formativos de psicoanalistas y psicoterapeutas para que puedan resultar especialistas de sólido y creativo desempeño profesional. Puede verse por qué, de esta manera, se compagina el proceso terapéutico con lo que se demanda de quien lo emprende.

En todos los ambientes psicoanalíticos nacionales e internacionales, se revisan constantemente tanto el formato como los contenidos de este proceso formativo. La costumbre es que cada congreso se inicie con lo que se ha dado en llamar "el precongreso didáctico", foro en el cual se adecúan los programas y los formatos a las circunstancias geográficas y sociales en las que trabajan los institutos o se instrumentan los programas formativos de psicoterapeutas.

Así, David Sachs (1997) presentó una revisión de cómo algunos programas admiten una reducción de cuatro a tres sesiones de análisis didáctico por semana, o se ha permitido la experiencia de análisis condensado (cuatro sesiones en dos días), o se concentran los seminarios académicos y las supervisiones en dos días cada quincena como sucede con un grupo en Guadalajara. Estas adaptaciones, frecuentes en Europa Oriental y en partes de Latinoamérica, constituyen adaptaciones para difundir el psicoanálisis y las psicoterapias y nuevas maneras para transmitir el conocimiento, como ocurre cuando se incorporan medios electrónicos modernos a la enseñanza a distancia.

En la misma reunión, Eizirik (1997) nos da una panorámica de cómo los desafíos actuales de la cultura influyen en los contenidos del proceso terapéutico y nos obligan a que tomemos en cuenta las estructuras, las instituciones y las costumbres. Concluye que el psicoanálisis puede seguir sirviendo como instrumento para comprender, criticar la convencionalidad superficial, y seguir siendo una presencia efectiva en el ambiente cultural.

Widlocher (1997) enfoca los desafíos que tiene frente a sí el psicoanálisis en su relación con las universidades; lo hace al señalarlo entre las ciencias del conocimiento de la mente, principalmente al enfocar el desarrollo cognoscitivo y las metodologías de la ciencia empírica. Se agregan las necesidades de exploración e investigación en la vanguardia de las ciencias; como ejemplo, el panel de discusión acerca de las nuevas técnicas reproductivas (Doria-Medina, 1999) y el impulso que se ha dado a la investigación en psicoterapia y psicoanálisis, como se describe en este mismo manual.

A lo largo del análisis didáctico, o del "ser analizado" que la mayoría de los psicoterapeutas experimenta, el objetivo liberador del proceso analítico encontrará, para el candidato, la vivencia experiencial del acceso a su inconsciente, el descubrimiento de sus propios mecanismos de defensa, eficientes o generadores de síntomas, los rasgos y roles de los personajes y las experiencias significativas que han dado lugar a sus estructuras psíquicas y a sus modalidades de relaciones objetales. El proceso analítico siempre es terapéutico, pero en el caso de los especialistas también es el inicio de un conocimiento acerca de sí mismos que entrará en el juego funcional de hacerse psicoterapeuta o psicoanalista mediante la integración con maestros, supervisores y pacientes (Dallal, 1997).

La experiencia analítica seguirá las vertientes paralelas del autoanálisis en cada momento de encuentro con el paciente, por una parte, y en la adquisición de una identidad profesional en el estudio y la supervisión, por la otra. Los puntos de unión para ambos procesos estarán dados por la utilización consciente de recursos en el trabajo terapéutico, o por aquellos huecos de perplejidad que tantas veces descubrimos y buscamos esclarecer mediante un nuevo estudio de los postulados teóricos, o mediante la observación externa que ofrecen los procesos de supervisión.

Sin embargo, la experiencia analítica del terapeuta seguirá siendo personal e íntima, de preferencia manteniéndola lo más alejada posible de las esferas interaccionales que ofrece la institución en sus programas académicos, societarios y sociales, para que el analizando conserve el espacio de su trabajo analítico y pueda conservar también la intimidad de su vida personal, que propicia la sensación de ser persona y la salida para aquellas cargas afectivas, resonancias contratransferenciales y tentaciones fantaseosas que nuestros pacientes plantean. Su proceso de desarrollo como persona debe ser conservado como el centro de atención de su análisis, y no sólo el desarrollo profesional.

Los programas académicos actuales han ido adquiriendo una organización creciente, a partir de que se consideran las "escuelas psicoanalíticas" como partes de un mismo todo, y no como feudos o ínsulas del pensamiento que pretenden tener la única verdad con un patriarca o matriarca a la cabeza. Superar esta etapa en el desarrollo del pensamiento psicoanalítico permite un mejor y más flexible aprendizaje de sus vertientes. En este sentido, son interesantes los esfuerzos y aportaciones de Fenichel (1945), Nunberg (1955), Rappaport (1960), Kernberg (1976) y Brenner (1982), como integradores de los conceptos teóricos, y de Kolteniuk (1989) como planteamiento de una metateoría, es decir, cuando "formula un modelo epistemológico multiaxial que intenta dar cuenta de la variedad y pluralidad de los desarrollos teóricos ramificados sin perder de vista el tronco común organizador de donde dichos desarrollos surgieron... contempla la obra

de Freud como el tronco común a partir del cual surgieron las ramificaciones posteriores...".

Es decir que en el estudio formativo) del psicoanalista-psicoterapeuta no es indispensable la afiliación a una sola escuela teórica, sino que, para adquirir conocimientos y aplicarlos a la comprensión de un paciente, puede preferirse una línea de comprensión teórica de lo observado, sin olvidar que el "pensar psicoanalítico" se enriquece con las aportaciones de todo pensador serio.

La línea de estudio teórico no es la única necesaria sino sólo el marco de referencia: se consideran, para nuestra especialidad, las líneas de estudio del desarrollo, de la psicopatología y de la técnica, como los estudios indispensables para el trabajo terapéutico con niños y adolescentes. Cada línea tiene contenidos específicos, que resultarán organizados y de función cotidiana alrededor del eje del desarrollo, pero sin perder ni su importancia ni su fascinación. El "pensar psicoanalítico" que se ejerce en el tratamiento de niños y adolescentes sigue el desarrollo de cada uno como hilo conductor, que nos refleja la comprensión teórica, la psicopatología como obstáculo o desviación, y la técnica de intervención como consecuencia. El psicoanalista o psicoterapeuta de niños debe ser, finalmente, el experto en desarrollo capaz de compaginar todas las variables en un solo proceso, y de orquestar todas las influencias al objetivo de propiciarlo.

El ejemplo más frecuente en la práctica es el del niño con un trastorno primario de la atención, con o sin hiperquinesia: en lugar de considerarlo sólo como un problema médico-pedagógico, debe ser visto como un ser humano en desarrollo que puede tener, o una disfunción cerebral, o una maduración neurológica a diferente ritmo. Pero esto es solamente un punto de partida biológico para la consideración analítica del desarrollo de su Yo, de la imagen de su *self*, o de las modalidades de sus relaciones objetales, según la comprensión teórica que se siga. El terapeuta considera sus procesos de aprendizaje, su autoimagen y su rol social, el manejo de sus impulsos y la relación con sus objetos, y puede seguir, a través de los ojos experienciales de su paciente, qué hace cada uno de estos aspectos, ayudándolo a metabolizar sus experiencias sin quedarse como un ser dañado, controlado por medicamentos o destinado a fracasos repetidos en distintas áreas. Considerar al pensamiento analítico sólo en el terreno de lo inconsciente constituye un experimento de abstracción interesante, pero sin gran utilidad; considerar la fenomenología médica y conductual sin los contenidos mencionados de su desarrollo, es ignorar la vía principal de tal desarrollo.

La supervisión constituye la experiencia integradora más valiosa en el proceso de adquirir una identidad profesional nueva. Consiste en el seguimiento sistemático del análisis del tratamiento de un paciente, que constituye el escenario profesional en el que

el terapeuta se está formando. El análisis del caso en seguimiento incluye la comprensión del desarrollo profesional del psicoterapeuta, los conocimientos teóricos que requiere, los de su persona como instrumento terapéutico, los de las técnicas que pueden ser usadas con su paciente. Finalmente, asiste a la formación del estilo personal del terapeuta, o sea, los estilos de abordar, comunicarse y manejar la relación con su paciente, que cada especialista desarrolla.

Este proceso puede variar según el método que se utilice en la supervisión: el más utilizado al principio del proceso es el método en el que el supervisor trata al paciente "recetando" interpretaciones, confrontaciones, temas, afirmaciones o mensajes, que el supervisado utiliza casi literalmente en la comunicación con el paciente. Otro método de supervisión sigue el proceso terapéutico a través de una línea de observación, como el juego, los sueños, las actitudes o las comunicaciones verbales de un tema específico. Cuando existe ya un conocimiento suficiente del supervisado, se pueden seguir los sueños, los cambios conductuales en relación con contenidos temáticos, las reacciones contratransferenciales del terapeuta, o alguna otra forma de seguir el tratamiento a lo largo de cada una de sus etapas.

La meta principal es que el terapeuta internalice la supervisión como la conciencia de su *self* profesional en acción, o sea que adquiera la capacidad de identificar los contenidos y las etapas del tratamiento en el paciente, incluida la conciencia de su propia persona en las interacciones.

Para este efecto, el supervisor utiliza como marco de referencia su propia comprensión del proceso psicoterapéutico, para analizar el material que describe el supervisado, determinando así cuáles conocimientos y destrezas están operando y de qué manera, o cuáles huecos de información deben ser llenados, o cuáles destrezas desarrolladas. El diálogo del supervisor con el supervisado se da en el camino que transita el paciente, desde el diagnóstico hacia las metas de cambio saludable, lo que se llama "proceso terapéutico". La relación entre el terapeuta y su paciente es paralela a la que existe entre el supervisor y el terapeuta. Aunque se trata de una relación dinámica entre dos personas con funciones y metas bien definidas, el supervisado tendrá su propia psicodinamia en el proceso de aprendizaje, determinada a su vez por la estructura de su personalidad, por su historia personal y profesional, por sus motivaciones y capacidades. Por su parte, el supervisor se moverá en su estilo personal referido al ejercicio de la autoridad, uso del conocimiento, integración de la experiencia y desarrollo de la comunicación.

La dinámica interna de esta relación determinará las posibilidades de avance y de utilidad, pero habrá que tomar en cuenta cómo inciden otros factores como los institucionales, ideológicos, teóricos y económicos, en el proceso de aprendizaje.

Al entender la relación específica entre el supervisor y el supervisado, pueden identificarse los factores, así como los estímulos y obstáculos que constituyen. Para resolver cada situación, la prioridad siempre la tiene el proceso formativo de la identidad profesional del supervisado, sin perder de vista el progreso del paciente en su camino a la recuperación de su desarrollo esperado.

Una vez emprendida la supervisión, el supervisor puede elegir un abordaje pedagógico, enfocando la atención al conocimiento y a la técnica para ayudar al supervisado en la integración de ambos, con un énfasis menor en el avance terapéutico del paciente. Puede hacerse hincapié, por otro lado, en cómo transita el paciente en el proceso terapéutico para mostrar al analista o terapeuta cómo su intervención, su parte en la relación, puede propiciar, apoyar, o bien estorbar el movimiento del paciente.

Una tercera alternativa es la supervisión centrada en el paciente, en el trabajo de analizar cómo el diagnóstico y el conocimiento acerca del desarrollo del paciente explican su psicopatología, para entender el contenido de cada sesión y la secuencia de una sesión a otra. El *approche* del supervisor será diferente si enfoca la atención en el terapeuta, usando el material para señalar lo que el terapeuta hace y por qué.

Esto plantea el problema de comprender en qué momento el supervisor funciona como maestro, como analista del paciente, o como analista del supervisado. Aunque la definición de su papel en el desarrollo del analista es clara, el proceso y la interacción no son, de ninguna manera, sencillos, y habrá momentos y situaciones en los que puede asumirse una función impropia, ya sea por los movimientos del terapeuta en la sesión o por las respuestas del supervisor. Estas situaciones son reales y se pueden dar en plena conciencia dentro del diálogo, pero en ocasiones son inconscientes en ambos interlocutores. Cuando tales contenidos inapropiados emergen y se detectan, deben ser confrontados por el supervisor y el supervisado, considerándose como obstáculos en tanto no se aclaren y se resuelvan.

Hay muchos ejemplos de los obstáculos y trampas en las que puede caer el diálogo de la supervisión: el supervisor puede quedarse rígidamente en el papel de terapeuta del paciente, usando al supervisado como "mensajero" de sus interpretaciones, y esto puede ser defensivo del supervisor o manipulativo del terapeuta inseguro; pueden caer, ambos, en la fascinación con los contenidos que trae el paciente a las sesiones, al punto de perder de vista lo que hace el paciente con ellos o cómo figura en el proceso de tratamiento; el analista o terapeuta se puede resistir a traer completo el material de las sesiones, o el supervisor no pedir detalles útiles o necesarios; la historia profesional del terapeuta, o su experiencia, pueden interferir con la adquisición de destrezas, técnicas nuevas, o bien el supervisor puede ser demasiado rígido para permitir estilos clínicos

diferentes al suyo; hay factores institucionales, como la presión para ver más pacientes, que pueden ser reales, o bien utilizados como resistencia para aprender o para enseñar.

Cuando el supervisor puede compartir con el supervisado sus experiencias con los propios pacientes, puede trazarse un paralelo entre el caso en supervisión, el conocimiento y los recursos técnicos del terapeuta y algún paciente del supervisor, en el que las necesidades terapéuticas de su paciente pueden ilustrar alternativas de manejo. El supervisado puede comentar acerca del paciente del supervisor, y el supervisor aplicar los conceptos y las técnicas al material clínico.

Este procedimiento puede utilizarse también para examinar el material de un paciente, y considerarse distintos abordajes teóricos o técnicos, especulándose acerca de los resultados. Esto dependerá de que el supervisor sea capaz de desidealizar su papel profesional, y de encontrar un nivel de comunicación útil con su supervisado.

En el curso de este trabajo se van planteando los cuestionamientos acerca de cómo utiliza el psicoterapeuta sus conocimientos, o qué aspectos de su persona entran en el juego transferencia-contratransferencia y requieren de más estudio o de la exploración en su propio análisis. Se va integrando el conocimiento a la técnica, y se va creando también un estilo en el terapeuta; el supervisor debe tener la suficiente flexibilidad y experiencia para reconocer—y compartir— las características del trabajo del supervisado.

El psicoterapeuta o analista de niños y adolescentes puede ser considerado, por todo esto, como un artista con una motivación vocacional que se explora, en su propio análisis, hasta la mayor profundidad posible; continúa con una preparación académica sólida, larga y demandante; adquiere destrezas técnicas variables mediante la experiencia supervisada, y adquiere un estilo, casi nunca permanente o fijo, de trabajar con cada paciente. Todo esto sin perder de vista su sensibilidad o su capacidad de reaccionar de ciertas maneras a las vicisitudes de sus pacientes en el proceso terapéutico. En el camino aprende también a reconocer sus preferencias por ciertos casos, o su incapacidad para manejar otros.

Tomando como punto de partida nuestra formación como psicoterapeutas o psicoanalistas, podemos aplicar nuestra atención a lo evolutivo y señalar líneas del desarrollo de nuestra identidad profesional, que podemos evaluar y cuantificar como reflexiones personales, para planear nuestras actividades o elegir nuestras preferencias, tomando en cuenta las inquietudes y señalamientos aportados por los trabajos de otros colegas:

- En primer lugar debemos considerar la persona del terapeuta/analista en el desarrollo de su situación individual, de pareja y familiar. Podemos ser objetivos y realistas en la observación de nuestra propia vida, para reconocer el camino básico que recorreremos

como seres humanos, para acompañarnos de otros colegas y detectar situaciones que ameriten detenerse a reflexionar o a corregir. Es nuestra "red social", sobre la cual se apoya el desarrollo personal.

- La segunda línea del desarrollo se refiere al desempeño clínico del terapeuta/analista en el quehacer fundamental de tratar niños o adolescentes: lo que va ocurriendo en este aspecto del desarrollo del especialista a partir de su graduación, en los tipos de pacientes tratados, en el intercambio con escuelas, pedagogos, neurólogos o pediatras acerca de los casos, atendiendo a los resultados obtenidos, en los trabajos clínicos que presentamos, en las opiniones favorables o desfavorables que se filtran a lo largo y a lo ancho de la "comunidad psi".

- El desempeño del terapeuta o analista de niños y adolescentes en la enseñanza constituye una tercera línea de desarrollo en la que hay una imagen clara de avance o de estancamientos, tanto en las formas de participación como en el contenido de lo que el especialista en desarrollo comparte, como reflejo de su trayectoria personal, en los diversos escenarios a los que somos llamados a explicar y entender el desarrollo normal y sus desviaciones.

- La cuarta línea del desarrollo profesional está constituida por las labores de investigación y desarrollo del pensamiento psicoanalítico que pueden ser una forma de trabajo científico de búsqueda conjunta, de observación y desarrollo de modelos teóricos o clínicos. El desarrollo personal del psicoterapeuta o psicoanalista se torna medible en sus comunicaciones científicas y se refleja ciertamente en la docencia y en la divulgación, que va dibujando cada vez con mayor claridad el terreno de su interés, la especificidad de sus avances y la claridad de sus contribuciones.

- Existe una quinta línea del desarrollo, que se separa de las anteriores por la complejidad que las tareas de organización y administración han alcanzado en nuestro mundo actual. En las participaciones de los psicoanalistas y psicoterapeutas en sociedades e instituciones podemos encontrar colegas talentosos que logran diversos niveles de desarrollo como organizadores y administradores.

- Una sexta línea del desarrollo está dibujada por aquellas actividades artísticas que el terapeuta o psicoanalista emprende, y que ocupan el lugar de una afición o la llamada segunda vocación. En esta línea podemos observar que algunos colegas conservan y cultivan otros talentos, llegando a destacar en sus campos de creatividad.

Cada una de estas líneas de desarrollo nos ofrecen la posibilidad de ejercer la función analítica mirando íntima y detalladamente nuestra propia persona en el movimiento y en el tiempo; es decir, regresar al modelo de! autoanálisis para encontrar, en estas

líneas del desarrollo, lo que nuestra historia analítica nos proporcionó en los años pasados como conciencia dinámica, las consecuencias y significados que el trayecto presente nos aporta y las determinaciones de rumbo que vislumbremos.

Bibliografía

- Aíza, V. M. (1974), "Prólogo en adopción y psicoanálisis", *Cuadernos de la Asociación Psicoanalítica Mexicana*, México.
- _____(1975a), "Criterios de analizabilidad. La personalidad del analista. Analizabilidad", *Monografías de la Asociación Psicoanalítica Mexicana*, México.
- Aíza, V. M. (1975b), Comunicación personal. Seminarios del Instituto de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Mexicana, México.
- Álvarez, A. (1996), Véase Tsiantis *et al.*, editores, 1996.
- Anastasopoulos, D., y Tsiantis, J. Véase Tsiantis *et al.*, editores, 1996.
- Anthony, E. J. (1966), Seminario de Supervisión de Caso Continuo (caso tratado por E. Dallal), Curso de Psiquiatría Infantil, Universidad de Chicago.
- _____(1982), "La experiencia comparable de un analista de niños y adultos", (presentada en México en 1981), *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. 37, pp 339-365, New Haven, Yale University Press.
- Boverman, H. (1964), *Supervisión individual*, Universidad de Chicago.
- Brenner, C. (1982), *The Mind in Conflict*, Madison, CT, The International University Press.
- Cooper, A. M. Compilador (1985), "La terminación del análisis didáctico: El proceso, las expectativas, los logros", Asociación Psicoanalítica Internacional, *Monografía*, 5, Londres.
- Dallal, E. (1982), "¿Qué es psicoterapia?", IV Congreso Nacional de Psiquiatría Infantil, Monterrey, N. L.
- _____(1985), "Psicoanálisis infantil: Diagnóstico, estrategias, indicaciones", *Cuadernos de Psicoanálisis*, Vol. XVIII, 3-4, Asociación Psicoanalítica Mexicana, México.
- _____(1988), "Identidad del psicoanalista mexicano", XXVIII Congreso Nacional de Psicoanálisis, Guanajuato.
- _____(1997), "¿Por qué el proceso psicoanalítico?", en Vives, J. Compilador: *El Proceso Psicoanalítico*, México, Plaza y Valdés.

- Dona-Medina, R., Reporter (1999), *International Journal of Psychoanalysis*, 80. 163.
- Eizirik, C. L. (1997), "Challenges in the Culture", Buenos Aires, Simposio Psychoanalysis Today: Challenges and Perspectives.
- Estrada-Inda, L. (1991), "El papel de los padres en la psicoterapia de los niños", en este volumen.
- Feigelson, Ch. (1977), "On the Essential Characteristics of Child Analysis", *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. XXXII, New Haven, Yale University Press.
- Fenichel, O. (1941), "Problems of Psychoanalytic Technique", *Psychoanalytic Quarterly*, _____(1945), *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1966.
- Freedman, A. M., H. I. Kaplan y E. Sadock (1975), "Glosario", en *Comprehensive Textbook of Psychiatry* //, Vol. II, Baltimore, Williams and Wilkins.
- Freud, A. (1927), *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires, Edición Hormé, 1964.
- _____(1966), "A Short History" of Child Analysis", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 21: 7-14, 1966.
- Freud, S. (1909), "Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy", *Standard Edition*, Vol. X, pp. 5-149, Londres, The Hogarth Press. 1958.
- _____(1912), "Recommendations to Physicians practising Psycho-Analysis", *Standard Edition*, Vol. XII, pp. 109-120, Londres, The Hogarth Press, 1958.
- Greenacre, Phyllis (1971), "A Critical Digest of the Literature on Selection of Candidates for Psychoanalytic Training", en *Emotional Growth*, Vol. II, Nueva York, International Universities Press.
- Greenson, R. R. (1961), "Panel Report: The Selection of Candidates for Psychoanalytic Training", *J. American Psychoanalytic Association*, 9: 135-145.
- Greenson, R. R. (1967), *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, Nueva York, International Universities Press.
- Holder, A. (1996), Véase Tsiantis et al., editores, 1996.
- Honzel, D. (1996), Véase Tsiantis et al., editores, 1996.
- Hug-Helmuth, H. V. (1921), "On the Technique of Child Analysis", *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 2, 1921.
- Joseph, E. D. y D. Wildlöcher editores (1983), "The Identity of the Psychoanalyst", *International Psycho-Analytical Association Monograph*, 2, International Universities Press, Nueva York.
- Kernberg, O. F. (1975), "Transference and Countertransference in the Treatment of Borderline Patients", *The Edward A. Strecher Award Lecture*, Filadelfia.
- Kernberg, O. F. (1976), *Teoría de las relaciones objetales y psicoanálisis clínico*, Buenos Aires, Paidós, 1979.

- Klein, M. (1932), *The Psycho-Analysis of Children*, Londres, Hogarth Press, Nueva York, Delacorte Press/Seymour Lawrence, 1975.
- Kolteniuk, M. (1989), "La matriz epistemológica de la teoría psicoanalítica", *Cuadernos de Psicoanálisis*, Vol. XXII, 1 -2, pp. 61 -71, Asociación Psicoanalítica Mexicana, México.
- Ladame, F. (1996), Véase Tsiantis *et al.*, editores, 1996.
- Martínez y Aguilar, Y. (1985), "La terminación del análisis en psicoanálisis de niños", *Cuadernos de Psicoanálisis*, Vol. XVIII, 3-4, Asociación Psicoanalítica Mexicana, México.
- Nunberg, H. (1955), *Principles of Psychoanalysis*, Nueva York, International Universities Press.
- Plá, E. P. de (1985), "La primera entrevista con el psicoanalista de niños". *Cuadernos de Psicoanálisis*, Vol. XVIII, 4-5, Asociación Psicoanalítica Mexicana, México.
- Rappaport, D. (1960), *La estructura de la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós.
- Sachs, D. M. (1997), "Challenges in Training", Simposio Psychoanalysis Today: Challenges and Perspectives, Buenos Aires.
- Sandler, A. M. (1996), Véase Tsiantis *et al.*, editores, 1996.
- Smirnoff, V. (1971), *The Scope of Child Analysis*, Nueva York, International Universities Press, pp. 175-177.
- Solnit, A. J., D. J. Cohen and P. B. Neubauer editores (1993), *The Many Meanings of Play*, New Haven, Yale University Press.
- Tsiantis, J. (Senior Editor), A. M. Sandler, D. Anastasopoulos and B. Martindale (editores) (1996), *Countertransference in Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*, Madison, or, International Universities Press.
- Wallerstein, R., Compilador (1984), "Cambios en los analistas y en su formación", Asociación Psicoanalítica Internacional, *Monografía*, 4, Londres.
- Widlocher, D. (1997), "Challenge in University and Research", Simposio on Psychoanalysis Today: Challenges and Perspectives, Buenos Aires.
- Winicott, D. W. (1971), *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*, Nueva York, Basic Books.

Segunda Parte

VIII

El desarrollo: su importancia en la psicoterapia y y en el psicoanálisis de niños y adolescentes

Marcelo Salles Manuel

Introducción

Para aquellos de nosotros que practicamos las terapias analíticas, incluyendo al psicoanálisis, el conocimiento del desarrollo normal adquiere una gran importancia. Ésta se centra en el hecho de que nacemos con un alto grado de inmadurez estructural-funcional, el cual irá cambiando conforme avanza el proceso del desarrollo, hasta alcanzar un nivel de relativa madurez cuando llegamos a la edad adulta. El desarrollo es una ciencia dentro del marco general del comportamiento humano, que se dedica al estudio y, por tanto, al entendimiento de las estructuras mentales y de sus funciones, a partir de su proceso de formación y su evolución posterior, hasta lograr su consolidación en la vida adulta. Todas las pautas generales del desarrollo están dadas genéticamente, en relación con:

- Los tiempos de aparición de estructuras mentales con sus respectivas funciones.
- Los tipos de estructuras mentales y sus funciones.
- La secuencia de aparición de las mismas.

Sin embargo, para que el desarrollo pueda ocurrir, es necesaria la resonancia de la madre-ambiente en lo genético. El desarrollo, por tanto, se encarga del estudio de los factores ambientales que inciden en la carga genética, así como de las estructuras y funciones que se van generando. La experiencia nos ha mostrado que cuando la madre-ambiente incide de un modo conveniente, lo que conocemos como maternidad adecuada, donde la madre entiende las necesidades del niño y responde oportunamente a ellas, se produce entonces lo que genéricamente se entiende como un "desarrollo normal".

En raras excepciones observamos que un niño responde con un desarrollo normal ante la existencia de una madre-ambiente inadecuada, lo cual, en estos casos, nos hace pensar en la presencia de factores de salud heredados, que suministran una gran fuerza a las estructuras formadas. En algunos de estos niños, sin embargo, años después pueden aparecer fallas de consideración. Por otro lado, también en forma poco común, observamos niños que tienen lo que se considera como una muy buena madre-ambiente y, no obstante, desarrollan problemas de patología muy severos, hecho que nos hace pensar en la presencia de factores de enfermedad heredados. La fuerza motivacional del desarrollo es la necesidad y su satisfacción, pauta implícita que marca al presente trabajo.

Esta idea, basada en la necesidad-satisfacción, ha sido para la teoría psicoanalítica una pieza fundamental], por así decir, en el armazón teórico que conforma la teoría freudiana, en la cual la libido juega un papel fundamental- A raíz de toda la serie de nuevas investigaciones realizadas en las últimas tres décadas mediante las observaciones directas realizadas en bebés, han surgido autores como Emde (1988).¹ quien ha propuesto que el desarrollo puede tener otras fuerzas motivacionales, que nada o poco tengan que ver con la necesidad-satisfacción.

Se ha planteado también la idea que el bebé es un ávido buscador de estímulos y, por lo tanto, es un ser muy activo —en contra de lo que se pensaba anteriormente—, por ejemplo para entrar en contacto con la madre y de este modo entablar una relación con ella. Todo esto lo puede hacer el bebé tempranamente, estableciendo un sistema de comunicación con la madre en el que él es capaz de iniciar el contacto, mantenerlo y luego terminarlo, a través de movimientos corporales, ruidos y dirección de la mirada hacia donde proviene la voz de la madre. Por otro lado, se piensa que el bebé se muestra muy activo para establecer una relación de "apego"; este tipo de relación tiene básica-

¹ Robert Emde es un psicoanalista que está dedicado básicamente a la investigación. Trabajó muchos años con Rene Spitz, haciendo observaciones directas en los bebés. Hoy en día sigue en las observaciones directas, pero con la ayuda de toda la parafernalia técnica, de alta tecnología, propia de las investigaciones modernas.

mente un origen biológico y en ella se basará posteriormente el establecimiento tan importante de los aspectos psicológicos de la relación humana. Recientemente comentábamos acerca de estas ideas (Salles, 1997), al revisar el primer año de vida del niño.²

La cantidad de información que han producido las investigaciones directas es muy grande y ha sido capaz de suscitar muchas controversias en el medio psicoanalítico, ya que varios de sus expositores han "puesto en duda" algunos de los supuestos básicos de la teoría psicoanalítica. Por tal motivo, se pidió a un grupo de renombrados psicoanalistas como Ph. Tyson, J. Novick, E. Galenson, B. Fields, Scharfman, J. Glenn, A. Cooper, J. Lichtenberg, J. Me Laughlin, M. Silverman, M. Shane, H. Blum, W. Meisner y L. Rangell que escribieran su opinión acerca de dichas innovaciones. Los artículos fueron reunidos en un libro que fue editado por Dowling y Rothstein (1989).³

La opinión de estos especialistas resultó variada e interesante. Por ejemplo, Lichtenberg y Cooper piensan que es necesario efectuar cambios específicos en la teoría psicoanalítica para poder introducir los descubrimientos recientes resultado de las investigaciones, mientras que Tyson y Novick, por otro lado, creen que dichas ideas son un reto para la teoría psicoanalítica, en especial para la teoría dual de los instintos y para la psico-sexual. Galenson y Glen opinan que las nuevas investigaciones no deben cambiar a la teoría psicoanalítica; igualmente pensó Rangell, quien a su vez expresa no encontrar tanta novedad en ellas y él no piensa que alteren en algo lo ya conocido de la teoría.

Las áreas de la teoría psicoanalítica sometidas a revisión por las nuevas investigaciones son la teoría dual de los instintos y su teoría de motivación, así como la teoría de la emergencia del *self* y su proceso de diferenciación. Se concluye, por los editores de dicha publicación, que el psicoanálisis es una ciencia mucho más amplia y menos específica que la de la investigación infantil y que su énfasis radica en la vida intrapsíquica del hombre. Cubre además todo el camino de la vida, no sólo la infancia y la adolescencia.

² Se sugiere al lector interesado en estos temas el libro: *De lo prenatal al primer año de vida*, dentro de la serie Caminos del Desarrollo Psicológico, Vol I. Dallal, (e. Edit), editado por Plaza y Valdés, México, 1997. El libro contiene, después de una introducción sobre el tema, tres capítulos íntimamente ligados al desarrollo: el primero, el Desarrollo prenatal; el segundo, El concepto de apego en el desarrollo infantil temprano, y el tercero, El primer año de vida del niño.

³ Este libro es muy interesante, ya que cada autor ofrece su punto de vista respecto a la importancia de las observaciones directas realizadas en los niños, con discusiones dirigidas a explicar por qué las apoyan o no, además del valor que les dan en la práctica clínica, así como su importancia en el plano teórico en relación con la teoría psicoanalítica. La lectura de este libro es muy recomendable para el lector interesado en las investigaciones recientes que utilizan la "observación directa" como su principal herramienta de trabajo, así como al lector interesado en el *statu quo* de la teoría psicoanalítica.

Los datos del psicoanálisis, piensan ellos, provienen de la situación clínico-analítica, no de la "investigación pura". Se considera que el psicoanálisis debe estar pendiente y atento a otras investigaciones que no son las propias, ya sea de la infancia, la adolescencia o la senectud, o que provengan de otros campos como la cognición, la genética, la neuroendocrinología, etc. Sin embargo cada campo está separado uno del otro, cada uno tiene sus propios métodos y sus propios alcances.

Por ello, Dowling y Rothstein concluyen que hay que ser cautos con los resultados de las nuevas investigaciones, sobre todo en relación a verse en la necesidad de efectuar cambios en la teoría psicoanalítica. Más bien, sugieren que las nuevas ideas sean incorporadas a la teoría existente para enriquecerla y nos recuerdan también que el psicoanálisis, así como la técnica psicoanalítica, obtiene su valor más alto, mediante su aplicación al ciclo total de la vida, no sólo a la infancia y a la adolescencia; del conocimiento de su desarrollo normal y de su patología, y de que utiliza una poderosa técnica de investigación: la clínica.

Regresemos ahora, después de esta breve pero necesaria digresión, a conceptos más clásicos y propios de la teoría psicoanalítica. Al nacer, el niño viene equipado genéticamente para poder desarrollarse (Emde, 1988 y Gaddini, 1987). Las funciones con las que nace, instintivas y reflejas, están directamente relacionadas con su sobrevivencia, de tal modo que si cuenta con una madre suficientemente buena (Winnicott 1949, p. 245) o con un sustituto de la misma calidad que cubra sus necesidades de alimentación y cuidados generales, el recién nacido iniciará su desarrollo.

En términos psicológicos, el niño al nacer se encuentra en un estado de inmadurez y de no-diferenciación. Esto puede ser ejemplificado mediante lo que Winnicott (1945, pp. 149-150) denomina *estado de no integración*. Después, con la estimulación adecuada por parte de la madre, el niño alcanzará un estado de integración de sus procesos mentales. Freud, (1923) menciona esto último al decir (p. 25) que "...es fácil de ver que el Yo es una parte del Ello que ha sido modificada por la influencia directa del mundo externo, a través de la percepción-conciencia", y cuando apunta (p. 28) que "...a su vez el Yo puede también diferenciarse en el Super-yó o Yo ideal".

Por otro lado, Bergman (1949) postula que al nacer el niño posee una barrera protectora contra los estímulos, la cual ahora se conceptúa más bien como un "filtro", (Esman, 1983), lo que le permite encarar lo más importante: sobrevivir en un medio nuevo y ajeno al que tendrá que adaptarse, (Emde, 1988). La conjunción gradual de las fuerzas genéticas con la madre-ambiente, realizada de un modo satisfactorio para el infante y para su madre, dará pauta a la sedimentación estructural (Gaddini, 1987) y (Kernberg, 1966). Ésta con el paso del tiempo irá formando plataformas estructurales cada vez más

grandes, sólidas y sofisticadas, de las que van a emanar funciones de más alto nivel, que terminarán por hacerse cargo en forma efectiva del funcionamiento del individuo, suplantando gradualmente el funcionamiento instintivo, de supervivencia, con el que nacemos.

Como ya mencionamos, al nacer el niño viene equipado con ciertas funciones instintivas y reflejas que permiten la supervivencia; por ejemplo, la respiración, los reflejos de búsqueda, de chupeteo, succión y deglución, el llanto, la percepción, o más precisamente la recepción, así llamada por Spitz (1969, p. 45). Esta última es una importantísima función que permite al niño captar los estímulos, tanto del medio ambiente como de su medio interno, y por ende relacionarse con su entorno. Por vía de la percepción es posible tener las primeras vivencias mismas que podrán ser llevadas al aparato mental, mediante lo que se conoce con el término freudiano de "incorporación" o "internalización", para sedimentarlas así, en forma de memoria, y constituir ya una incipiente estructura.

Esas primeras experiencias, al incorporarse al aparato mental, se encuentran acompañadas del afecto, que fue producido durante la experiencia misma (Kernberg, 1966). De este modo, las primeras sedimentaciones estructurales no son más que experiencias sensoriales, personales y específicas: ruidos, texturas, posiciones, olores, temperatura, luz y sombra acompañadas de la memoria de pequeñas partes del cuerpo del niño y del de la madre. Por tal razón, Freud (1923, p. 26) decía que al principio el Yo es un Yo corporal. Esto nos hace pensar, una vez más, que al nacer no hay Yo. Si acaso, lo que ya mencionamos acerca del "filtro" protector contra los estímulos, así como la capacidad de percibir forman un Yo muy incipiente. Sin embargo, queda claro que el Yo se construirá con base en las vivencias personales, las que serán incorporadas y de ese modo formarán estructuras.

Este planteamiento se apoya en lo señalado por Freud (1937, p. 240) en sus últimos escritos: "Al principio de la vida del individuo no existe Yo todavía, sin dejar de apreciar que al principio Yo y Ello forman una matriz común". Y en su última síntesis (Freud, 1938 p. 1455):

Bajo la influencia del mundo externo una función del Ello sufre un desarrollo particular de lo que originalmente era una capa cortical, equipada con los órganos para recibir la estimulación y con la función para actuar como un escudo protector contra los estímulos; se erige entonces una organización especial, que de aquí en adelante actúa como intermediario entre el Ello y el mundo externo. A esta región de nuestra mente le hemos dado el nombre de "el Yo".

La inserción de estos comentarios se hace con el propósito de poder apreciar el hecho de que el Yo no es otra cosa sino el resultado de la influencia directa de la madre-ambiente sobre el Ello del bebé (necesidad-satisfacción), quien tiene a su vez la carga genética para desarrollarlo. Con el paso del tiempo, las experiencias van ocurriendo, se van incorporando y van formando estructuras cada vez más complejas. Como resultado de este proceso hay cuatro factores que marcan pasos fundamentales en el desarrollo y que se caracterizan por ganancias en la solidez estructural-funcional del aparato mental:

- La aparición de la represión, que viene a suplantar a la escisión como mecanismo primordial de defensa (Kernberg, 1966).
- La función sintética que, al sinergizar las diferentes estructuras que se van formando, imprime una gran fuerza funcional al Yo.
- La aparición de la función simbólica y, por tanto, de la capacidad de pensar, lo que produce la sofisticación de las estructuras mentales —su humanización, "hombre pensante"— para que éstas alcancen un elevado grado funcional.
- La capacidad de sublimar.

La madurez se logra más allá de la adolescencia. Después de ésta, el crecimiento estructural y, por ende, el funcional seguirá ahora una curva más plana donde, si bien se sigue creciendo, lo que predomina es el perfeccionamiento de las funciones. El crecimiento se mantendrá hasta que sea detenido por el proceso de: involución del envejecimiento. Este panorama general del desarrollo que hemos descrito nos plantea una vez más lo que todos sabemos bien: que el niño al nacer se encuentra en un estado de inmadurez, producto de la inexistencia estructural y del funcionamiento instintivo-reflejo. Tal modo de funcionar le es útil para poder sobrevivir y adaptarse a la vida extrauterino. El crecimiento, ya dado genéticamente, necesita de la madre-ambiente para iniciar el desarrollo.

Al estudiar el desarrollo, aun cuando podemos detectar ciertas características generales que se repetirán en toda la población, la cantidad de variaciones individuales es infinita, de tal modo que al final del mismo no encontramos a dos sujetos iguales, incluso en casos de gemelos univitelinos. Podemos decir que, efectivamente, el ser humano tiene características generales por las cuales todos tenemos cierta semejanza, pero al mismo tiempo todos somos diferentes.

Resumiendo, en todo niño que está por desarrollarse, existen cinco áreas que van a conformar su desarrollo psicológico:

- Los elementos instintivos: los impulsos.
- Los elementos genéticos.
- Los elementos ambientales.
- Las estructuras mentales.
- Las funciones que surgen de dichas estructuras.

Es interesante observar que los dos primeros elementos son producto de la herencia, por un lado, y el tercero del medio ambiente, por el otro, y son a su vez los responsables de la formación de lo señalado en los puntos cuatro y cinco. De estas cinco áreas, en el recién nacido las fuerzas instintivas y genéticas lo dominan con su influencia y su capacidad de manifestarse. Es decir que el bebé, al principio, funciona con base en una conducta instintiva y heredada, basada primordialmente en la sobrevivencia, que opera básicamente a base de reflejos. Las fuerzas ambientales rápidamente empiezan a ejercer una fuerte acción, mediante la presencia de la madre, en su función maternal. La conducta del bebé nos manifiesta la no existencia de estructuras mentales, o su muy endeble y precaria existencia, y consecuentemente la presencia de funciones —reflejas en su totalidad— muy primitivas y vinculadas a la herencia genética.

Conforme el desarrollo progresa, la cultura de los "reflejos" será suplantada por las estructuras mentales que irán formándose y diferenciándose entre sí —producto de la interacción madre-hijo, hasta adquirir, con el paso del tiempo, la forma y funciones que conforman al sujeto adulto-maduro. Si bien todo crecimiento del aparato mental debe interesar al psicoterapeuta y él deberá estudiarlo ampliamente, la experiencia nos ha mostrado que, para fines generales, en la práctica de la psicoterapia analítica y del psicoanálisis, el interés puede centrarse en el desarrollo de las siguientes estructuras:

- El Ello,
- El Yo,
- El Superyó,

Así como sus respectivas funciones: *a)* la percepción, *b)* la motilidad, *c)* la función de la realidad, *d)* las relaciones objetales, y de éstas el desarrollo de sí mismo y el del objeto, así como los patrones y modalidades relacionales, *e)* las funciones intelectuales, *j)* las funciones autónomas, *g)* las funciones sintéticas, *h)* las funciones defensivas, *i)* la importancia del desarrollo de las funciones autónomas, *j)* la formación de la culpa, del "ideal del Yo", y del sentido "moral" del individuo, *k)* el desarrollo de los impulsos tanto sexuales como agresivos.

El objetivo primordial de este capítulo no es el estudio del desarrollo *per se*⁴ más bien la utilidad del conocimiento derivado del mismo en su aplicación a las terapias analíticas. Por lo tanto, el psicoterapeuta deberá conocer muy bien el desarrollo, ya que esto es indispensable para la mejor comprensión de su paciente y, también, de este capítulo.

Características generales

El estudio del desarrollo ha podido mostrar la existencia de ciertas características generales que ahora revisaremos:

- El desarrollo visto longitudinalmente posee una *secuencia*, la cual se hará siempre presente. Por ejemplo, al referirnos a la libido, ésta tiene un desarrollo que puede ser dividido en etapas tales como: oral, anal, fálico-edípica y genital, mismas que aparecerán siempre en ese orden, una después de la otra, y teniendo la de más reciente formación primacía sobre la anterior. O bien, si nos referimos al desarrollo de las relaciones objetales, diríamos que la progresión es: *a)* ausencia de registro mental de las mismas, *b)* registro de representaciones sí mismo-objeto, *c)* deslinde de representaciones sí mismo-objeto, *d)* consolidación de cada una de dichas estructuras ya deslindadas.

Aludiendo al desarrollo de las defensas, su secuencia sería: inicialmente la aparición de la escisión, la proyección masiva, la incorporación, la identificación, la negación; posteriormente, el surgimiento de la represión, la formación reactiva, las defensas obsesivas, la anulación; finalmente la intelectualización y el ascetismo, entre otras más. Si bien por motivos didácticos hemos dividido el desarrollo en áreas diferentes para su exposición, en realidad éste se efectúa al mismo tiempo en todas ellas, de tal modo que, por ejemplo, en la etapa oral temprana no hay registro aún del sí mismo-objeto, pero la escisión y la proyección masiva ya entraron en operación.

- Existe un tiempo, un momento predeterminado por la genética y en íntima conexión con la madre-ambiente, para que hagan su aparición las diferentes estructuras mentales y, por tanto, las diversas funciones. Este tiempo —*finito*— no está enmarcado en límites precisos, pero los tiene, y hay un gran rango para que se manifieste. Por ejemplo, en términos generales, un niño que a los cinco años de edad aún no ha hablado, muy probablemente ya no lo haga; por otro lado, si durante los cinco primeros meses de

⁴ El lector deberá complementar sus estudios del desarrollo con otros textos.

vida no hay un registro mental de la incorporación del sí mismo-objeto, será muy difícil que ésta pueda ocurrir posteriormente.

Se entiende que la falla en la aparición de las estructuras y sus funciones es producida por la patología. En los ejemplos mencionados, a pesar del tratamiento, probablemente las funciones normales que deberían surgir de dichas estructuras ya no aparecerían, pudiendo entonces presentarse otras funciones diferentes producto de estructuras deformadas. Lo que queremos resaltar es que estamos hablando de estructuras tempranas básicas, que deben presentarse en ciertos momentos críticos, pues de lo contrario se pone en peligro su aparición como estructuras normales. Otras influencias patológicas, no sobre estructuras básicas ni en momentos críticos tempranos del desarrollo, ocasionarán lesiones de menos severidad, incluso leves.

Sabemos que la patología puede presentarse en cualquier momento de todo el desarrollo, y estará producida por:

- a) Carencia.
- b) Fijación.

Los problemas producidos por carencia pueden ser inducidos por:

- Deficiencias en la madre-ambiente.
- Alteración de índole genética.
- Una combinación de las anteriores.

Los problemas producidos por fijación se refieren al desarrollo de la libido y son inducidos por regla general a consecuencia de una relación entre la madre-ambiente y el niño en la que:

- La madre-ambiente no satisface las demandas del niño de un modo adecuado.
- La madre-ambiente sobreesatisface las demandas del niño.
- Se presenta una combinación de las anteriores (ambivalencia).

El momento del desarrollo en el cual inciden las fuerzas patológicas tiene una importancia fundamental, pues no es lo mismo si la patología ejerce su influencia durante la formación de una estructura mental básica —por ejemplo, en el desarrollo temprano— o una vez formada ésta. Pongamos como ejemplo la formación del sí mismo. Sabemos que la formación de esta estructura, según Mahler (1972), tardará aproximadamente 36 meses o más hasta su completa consolidación. Tendrá que partir de:

- El registro mental del sí mismo-objeto.
- El deslinde del sí mismo del objeto.
- La consolidación y delimitación de cada una de estas estructuras.

Sabemos también que en el desarrollo normal, el registro del sí mismo-objeto debe ocurrir a partir de los dos primeros meses de vida y llegar a su punto máximo de simbiosis entre los cuatro y seis meses, edad en que se iniciará el proceso de separación-individuación. La incidencia de la patología en el primero o segundo mes de la vida tendrá consecuencias muy graves en el modo como se formará el sí mismo-objeto, dando lugar —si es una fuerza patológica de consideración— a la formación de un sí mismo-objeto patológico.

Se comprende entonces la importancia de la incidencia de los factores patológicos en el desarrollo temprano, cuando las estructuras mentales básicas están aún en formación. Conforme progresa el aparato mental en su formación estructural-funcional, variará también el modo de manifestación de la patología producida. Un aparato mental más estructurado podrá manejar eventos patológicos con muchos más recursos (represión, pensamiento) que un aparato mental aún en formación (escisión, proyección masiva) en el cual la patología, como ya vimos, afecta a la estructura misma, dando como resultado estructuras deformadas.

Cuando la incidencia de la patología es severa, amén de lo antes dicho, puede producir una "*detención*" en áreas específicas del desarrollo, situación bien estudiada por Anna Freud (1965 pp. 123-131; 134-147). Las ideas de Kernberg (1979, pp. 115-122) acerca del tipo de patología que se presenta según el momento de ocurrencia de los factores patológicos, adquieren aquí mucho sentido. Es importante también hacer notar que las deficiencias funcionales severas que se manifiestan a partir de estructuras patológicas, formadas por la incidencia temprana de patología (como en el caso de la psicosis), son en general de tratamientos muy difíciles, prolongados y de pronóstico reservado ante la sola utilización de las terapias analíticas.

Podemos decir que en estructuras en formación, entre más temprano ocurra el daño, más severa será la patología. Por esa razón, Spitz (1969, p. 90) decía, refiriéndose a la importancia del primer año de vida que es cuando se forma la estructura básica: "El hombre nace con un mínimo de patrones de conducta conformados previamente y tiene que adquirir innumerables habilidades adaptativas en el transcurso del primer año. La presión adaptadora es poderosa, el desarrollo rápido y en ocasiones tempestuoso. Jamás en el resto de la vida se aprenderá tanto en tan corto tiempo".

• Cada área de desarrollo tiene una *intensidad, dirección, velocidad y ritmo* de presentación que le son propios. Por ejemplo, en relación con el desarrollo de la libido, podemos apreciar que durante los primeros cinco o seis años de vida, dicho desarrollo tiene una velocidad bastante sostenida, con puntos críticos donde la intensidad alcanza sus momentos más altos de expresión: en los picos de la fase oral, la fase anal y la crisis edípica.

Luego, durante la latencia, la velocidad al igual que la intensidad parecen decrecer de manera significativa hasta que se alcanza la pubertad. Aquí es cuando tanto la velocidad como la intensidad adquieren nuevamente puntos altos de expresión. La dirección en todo este lapso sigue el camino de la progresión-regresión, es decir, se van logrando avances para posteriormente regresar a puntos anteriores y nuevamente volver a avanzar. Este movimiento de ida y vuelta de la libido es de gran importancia en el desarrollo y tiene, entre otras metas:

- a) Recrear periodos anteriores de modos de relación, primordialmente con la madre, ya sea de un modo defensivo y/o creativo.
- b) Intentar de nuevo la elaboración de determinado problema que tiene su anclaje en periodos anteriores del desarrollo, tal y como se efectúa en la adolescencia normal o en otros periodos del desarrollo; por ejemplo, estando en la fase fálico-edípica, regresar para incursionar en la fase anal y tratar de resolver un anclaje ahí.

Estos movimientos regresivos durante el desarrollo son temporales y pronto se alcanza de nuevo una dirección progresiva. En algunos casos, sin embargo, el niño puede instalarse unas semanas o hasta dos o tres meses en un movimiento regresivo, para después nuevamente tomar la progresión. Ejemplo de esto último sería la pérdida del control anal de un niño ante el nacimiento de su hermanito. En términos generales, en el desarrollo normal la progresión debe superar a la regresión y ésta es sólo temporal y de mucha utilidad tal como la ha descrito Anna Freud (1965, pp. 933-107).

Hemos explicado con anterioridad la importancia de estos movimientos de la libido (Salles, 1987), así como de los espacios relacionales y el movimiento que se da entre ellos; (Salles, 1988, 1989, 1999), el cual entre otras funciones ayuda a consolidar la identidad del individuo y permite la expresión de estados tanto defensivos como creativos, en los que el niño busca a través de múltiples intentos elaborativos la solución de determinado problema. Otra cosa muy distinta sería encontrar regresiones fijas y antiguas que nos hablan ya de presencia de la patología, las cuales rigidizan y achican al Yo.

Regresando a nuestra descripción del desarrollo normal, la manera como se manifiestan la velocidad, la intensidad y la dirección, su modo de sumarse para potenciarse

o para inhibirse y hasta anularse, y su forma de entretenerse,, confieren a cada área de desarrollo un ritmo muy particular que a su vez se agrega al ritmo del resto de las áreas.

- En el transcurso de todo desarrollo existen momentos cruciales, generalmente de alta intensidad, que ponen a trabajar al Yo a su máxima capacidad y que, de ser resueltos favorablemente, conllevan la formación de una nueva estructura o el reforzamiento de las existentes: ya sea una estructura caracterológica o partes de una estructura como el Yo, el Superyó o el Sí mismo. Estos momentos de la vida del sujeto se caracterizan por la importante labor de la función sintética del Yo, la cual en un esfuerzo sinérgico sin precedentes en comparación con otros momentos del desarrollo, une varias funciones, las consolida, amaciza y potencia, dando como resultado nuevas estructuras, las cuales ofrecen manejos más sofisticados que propician el enriquecimiento, crecimiento y mayor fortaleza del Yo.

Estos momentos cruciales, al no ser resueltos favorablemente, encauzan al sujeto por el camino de la patología. En todo desarrollo existen momentos cruciales; citaremos algunos: la sonrisa del tercer mes, la agresión oral, la simbiosis, la separación-individuación, el control de los esfínteres, la consolidación del objeto y del sí mismo, la angustia de castración, la formación del Superyó, la adolescencia. Durante la ocurrencia de estos momentos especiales, es común que el niño se muestre angustiado y también presente otros síntomas: insomnio, falta de apetito, regresiones temporales, agresión. Para una persona ajena a lo que es el desarrollo normal, la presencia de angustia en el niño o adolescente, aunada a otros síntomas, sería suficiente para hacerlo pensar en la existencia de un proceso patológico. Lo anterior evidencia que el desarrollo normal no es silencioso, sino todo lo contrario, sobre todo en los momentos cruciales.

- Conflictos del desarrollo. A los conflictos que emergen como resultado de la expresión de dichos momentos cruciales, Anna Freud, citada por Mayes *et al*, (1996) y H. Nágera (1968, pp. 53-62) los ha denominado *conflictos de desarrollo*, y su presencia se considera normal. Claro está que un manejo poco adecuado de estos conflictos por parte de la madre-ambiente o padre-ambiente pudieran representar la punta de lanza de un proceso patológico. Los síntomas que observamos en las fases críticas del desarrollo no tienen el significado de la gratificación inconsciente que se presenta en los síntomas neuróticos; más bien son manifestaciones de conducta que traducen el ajuste interno que se está llevando a cabo, sin ser necesariamente sujetos a la represión, a menos de que su manejo distorsionado motive por sí mismo el origen de un conflicto de tipo neurótico, donde ahora sí la represión entrará en operación.

La excepción a lo anterior estaría dada por la represión del momento crucial del *complejo de Edipo*, lo cual para S. Freud y muchos otros autpres constituye el núcleo de la neurosis infantil y la punta de lanza de las neurosis del adulto. Queda también claro que la patología puede hacer su aparición a todo lo largo del desarrollo, por daño de las estructuras básicas (psicosis, problemas limítrofes y de carácter severo) o por fijación. Los mismos síntomas que caracterizan los momentos cruciales se pueden presentar también ante interferencias externas, a las que Anna Freud (1965), citada por Mayes *et al.*, (1996) y H. Nágera (1968, pp. 36-52) denominan "interferencias del desarrollo".

- Las interferencias del desarrollo representan el ajuste adaptativo realizado por el niño ante injurias externas y caben, por tanto, dentro de la normalidad. Como ejemplo tendríamos las reacciones del niño ante la separación de los padres, la muerte de alguno de los padres, el nacimiento de un hermano, etc. Claro está que muchas interferencias en el desarrollo —o una muy intensa y significativa— pueden ser también punta de lanza de conflictos que cabrían ya dentro de la psicopatología.

Utilidad para el terapeuta del conocimiento del desarrollo

1) *Homogeneidad contra heterogeneidad*

Conforme transcurre el desarrollo en las áreas descritas, se van construyendo las distintas plataformas estructurales y se va avanzando en el proceso de maduración. Cada modificación que se va logrando en la estructuración va generando un cambio de las funciones respectivas. La personalidad y la conducta del hombre no son más que el resultado del desarrollo estructural y funcional. Cuando la conducta se muestra constante, coherente y congruente, encontramos que todas las áreas del desarrollo se han desenvuelto de manera homogénea, dando la impresión de un buen equilibrio, lo que proporciona una conducta con esas mismas características. En la valoración clínica, el predominio o subdominio de un área o varias de ellas con respecto a las otras se traduce en la presencia de desequilibrios funcionales que dan como resultado que la conducta pueda ser apreciada como dispareja.

La valoración clínica nos debe servir para detectar las áreas alteradas, ya sea por falta de desarrollo, sobredesarrollo, o desarrollo alterado o atípico. Por regla general, la conducta producto de desequilibrios funcionales leves la encontramos en los conflictos de desarrollo, en las interferencias del desarrollo, en los problemas de tipo neurótico o en problemas leves de carácter. En problemas graves de carácter, problemas limítrofes o en caso de psicosis, la heterogeneidad se manifiesta al máximo y en muchas ocasiones

da como resultado una conducta caótica muy atípica. Generalmente, las entrevistas con los padres y el niño pueden ser suficientes para resolver problemas de interferencia y conflictos del desarrollo, sin necesidad de un proceso terapéutico dirigido al niño. En los problemas neuróticos, de carácter, limítrofes o psicóticos. las psicoterapias de apoyo y expresiva, así como el psicoanálisis, serán de utilidad.⁵

2) *Conocimiento aproximado del grado óptimo de desarrollo*

A lo largo del desarrollo normal desde el nacimiento hasta la vejez, encontramos que en cada nivel donde hagamos un corte para su estudio es posible determinar el grado óptimo de desarrollo, tanto en lo estructural como en lo funcional el cual dependerá de los siguientes factores:

- a) Ausencia o presencia de patología.
- b) Tipo de relación establecida entre sujeto ambiente-sujeto.
- c) Manejo adecuado de la angustia.
- d) Manejo adecuado de la agresión.
- e) Manejo adecuado de la libido.
- f) Capacidad de sublimación-capacidad creativa.
- g) Capacidad de juego y de trabajo.
- h) Capacidad de amar.
- i) Tolerancia a la frustración.
- j) Capacidad de ajuste a los cambios.

Para poder apreciar bien el grado de desarrollo en un nivel dado, el examinador deberá tener un conocimiento razonable de las áreas descritas anteriormente, de tal modo que pueda hablar del desarrollo de la libido, el sí mismo, el objeto, el Yo, el Super-yó, así como de las funciones del Yo y del Superyó en cada edad. El examinador deberá también detectar las áreas que estén rezagadas, detenidas o aceleradas. Es natural que la experiencia de observar niños, adolescentes y adultos normales sea de mucha utilidad. Los conocimientos obtenidos de estas observaciones son importantes para poder detectar instancias estructurales, funcionales y modos de interrelación dentro del marco general de la teoría psicoanalítica. Brafman (1988), por ejemplo, hace mención de ello.⁶

⁵ Se recomienda al lector interesado en ampliar el tema, que consulte el estudio de las "líneas de desarrollo" realizado por Anna Freud. Parte de este estudio está reportado en su libro *La normalidad y la patología* (1965), citado en las referencias al final del capítulo.

⁶ El estudio de las líneas de desarrollo de A. Freud es nuevamente recomendado.

3) *Fuerza y debilidad del Yo. Analizabilidad*

Ésta es un área de utilidad para el terapeuta, porque lo pone en contacto con la posible capacidad de respuesta y de cambio del sujeto al cual va dirigida la psicoterapia o el psicoanálisis. Esta área tiene que ver con la fortaleza de la estructura mental. Su definición alude más a lo cualitativo. Es decir que nosotros esperamos que un Yo fuerte sea aquel que pueda defenderse de los embates, tanto pulsionales como ambientales, de un modo en que no merme el resto de su capacidad de acción que ese Yo no se paralice, inmovilice o inhiba, que tenga suficientes recursos para que su respuesta sea útil y efectiva, que pueda captar que existe un problema y desee resolverlo junto con el terapeuta. El estudio de esta área nos da una idea de la cantidad de esfuerzo que ha sido necesario desplegar, y de su efectividad en la batalla diana contra los impulsos y las presiones externas.

¿Han sido el Yo, el Superyó, o sus precursores, suficientemente fuertes en su lucha contra los impulsos o contra los agentes patógenos? ¿O la lucha ha sido terrible y devastadora al grado que las estructuras se malformaron, se achicaron y se encogieron o tienen poca capacidad de respuesta útil y funcional? ¿Se han formado bien las estructuras, son sólidas y funcionales, con buena capacidad de respuesta útil y funcional? ¿Se han fracturado las estructuras como consecuencia del embate de la patología? ¿Han sido transformadas en sádicas, discontinuas y poco funcionales? ¿Con respuestas masivas de sadismo, de rabia, de depresión, de desintegración ante los estímulos?

No cabe duda que las estructuras mentales adecuadas se encuentran bien integradas, dan respuestas defensivas coherentes y útiles, trabajan al unísono y no se nota la presencia de su aparato defensivo cuando están funcionando. Por esas razones, la historia previa del sujeto en relación con los puntos siguientes será para nosotros de gran utilidad para valorar la posibilidad y el tipo de ayuda psicoterapéutica necesaria.

- Cómo ha sido su desarrollo estructural y funcional
- Cómo se ha defendido con anterioridad ante embates patológicos
- Su posibilidad de respuestas efectivas
- Sus posibilidades de ajuste y de cambio

Habría que reconocer también que ciertas estructuras muy deficientes en lo funcional —como en algunas psicosis, problemas de carácter, psicopatías, problemas limítrofes, problemas de daño cerebral, retrasos mentales salvo el superficial, problemas neuróticos, como las neurosis obsesivo-compulsivas—, pueden presentar gran dificultad al trata-

miento analítico. ¿De qué dependerá entonces, tomando en cuenta los conocimientos del desarrollo, la aplicabilidad o no de la psicoterapia? Tal vez podamos resumirlo diciendo que, además de la capacidad estructural-funcional, para poder cambiar son necesarias: la empatía mutua terapeuta-paciente; la capacidad del terapeuta para trabajar con los padres; la disponibilidad de los padres para cambiar y permitir lo mismo en su hijo; la habilidad del terapeuta para manejar la resistencia tanto del niño como de sus padres; los factores constitucionales del niño; las habilidades del terapeuta para trabajar con niños y/o con adolescentes, por ejemplo su capacidad para regresar-progresar, y las habilidades natas o extras del Yo, tanto del paciente como del terapeuta.

Con base en lo anterior, puede presentarse el caso de que un niño psicótico en determinado momento avance más en su proceso terapéutico que un niño neurótico. Para explicar mejor esto tendríamos que adentrarnos en el área de la analizabilidad, e ir un poco más allá de lo dicho por Freud (1938) en relación con la importancia de la resistencia, el hacer consciente lo inconsciente, para que el Yo ejerza un mejor control sobre el Ello, así como con el valor que le asignaba a la fuerza constitucional de los instintos.

Es en realidad muy relevante el hecho de que lo conocido como analizabilidad depende tanto del paciente como del terapeuta mismo. Green son (1976, pp. 345-347) señala la importancia de que el Yo del paciente tenga la elasticidad suficiente para ser capaz de regresar y progresar, ser simultáneamente pasivo y activo, así como renunciar al control y a la prueba de la realidad para mantenerlos al mismo tiempo. El paciente debe tener la capacidad de soportar la incertidumbre, la angustia, la depresión, las frustraciones y humillaciones que ocurren en el curso del análisis sin recurrir a acciones destructivas. Deberá ir y venir entre la alianza de trabajo y la neurosis de transferencia, tener *insight* y laborar mediante el proceso de traer recuerdos y sueños a su análisis.

Respecto al terapeuta, aparte de lo dicho en relación con paciente y que igual lo implica, es importante que desarrolle la función terapéutica como lo menciona Dupont (1988, p. 85-93), con aptitud para dividir sus funciones y poder observarse, poniendo a su Yo al múltiple servicio de las diferentes identificaciones, la comprensión y la interpretación, con gran elasticidad.

Refiriéndose al tratamiento de los niños, Anna Freud, (1926, p. 6) nos recuerda que en algunos casos es necesario empezar por lograr que los pacientes tengan un *insight* sobre sus problemas —el cual generalmente no tienen, ya que son traídos por sus padres— y que tengan confianza en el analista, la cual tampoco tienen, para que así logren cambiar la decisión, originalmente de sus padres, por la propia. Todos los hechos antes mencionados van muchas veces más allá del diagnóstico en sí mismo y tienen que ver con una posibilidad terapéutica exitosa.

4) *Desarrollo y carácter*

El carácter se va formando gradualmente en el curso del desarrollo. A través de las vivencias que ocurren en el desarrollo normal, se van incorporando aspectos sublimatorios de los impulsos, lo cual permite al individuo plasmar rasgos de fortaleza, tenacidad, curiosidad, efectividad, puntualidad y de creatividad, entre otros, como partes importantes de su "modo de ser", que le serán de utilidad en su funcionamiento diario. En sus relaciones con la madre-ambiente el niño encuentra tempranamente que no siempre puede satisfacer sus impulsos sin entrar en conflicto con ella (entorno); ejemplo de ello son las "interferencias del desarrollo". Cuanto mayor sea la capacidad del niño para sublimar dichos enfrentamientos, mayor será la incorporación de dicha lucha como parte de su carácter.

El desarrollo normal debe ser tal que, al final, las incorporaciones sublimatorias al carácter deberán predominar sobre las inhibitorias o las fóbicas. La clasificación de la patología del carácter realizada por Kernberg (1979, p. 115-122) es, en esta línea de pensamiento, de gran utilidad pues considera tanto los aspectos estructurales del Yo, del Superyó, del desarrollo de los impulsos y del desarrollo de las relaciones de objeto internalizadas, incluyendo también el desarrollo de las defensas. Kernberg da un sentido muy dinámico y estructural a su clasificación al presentarla en tres niveles de organización de la patología: superior, intermedio e inferior. Un buen desarrollo generalmente culmina con organizaciones de carácter en las que predominan, según apuntamos antes, los rasgos sublimatorios.

Desviaciones del desarrollo

1) *Psicopatología*

Con base en el conocimiento que tenga el terapeuta del desarrollo normal, ya sea que la información provenga de la lectura de material específico sobre el tema, de la experiencia derivada de sus casos de supervisión en psicoanálisis o psicoterapia, así como de su propio análisis, y de la experiencia que ofrece la observación de poblaciones "normales", el psicoterapeuta deberá detectar las desviaciones al desarrollo "normal", es decir la "psicopatología", a través del proceso de valoración y planificar consecuentemente, el abordaje terapéutico.

Algunos ejemplos clínicos

Éstos se muestran para observar algunos aspectos del desarrollo. Están, por falta de espacio, muy resumidos. No pretendemos aquí presentar valoraciones completas. Más bien la idea es que, con base en los datos clínicos presentados, el lector trate de inferir cómo sus conocimientos del desarrollo le ayudarían en la elaboración tanto del diagnóstico como del plan terapéutico.

A tiene tres y medio años de edad, es traída a consulta porque desde hace más o menos medio año --fecha que coincide con el nacimiento de su hermana— está inquieta, duerme nuevamente con los padres, ya no quiere quedarse en la casa de sus amigos, pelea con su mamá todo el tiempo, acusa a su mamá con su papá, se muestra rebelde, desobediente, dice que se va a morir. Además la niña se masturba juega al doctor con otros niños y éstos han metido cosas en su vagina.

En los tres y medio años de vida de la paciente, su familia se ha mudado de domicilio en cuatro ocasiones. En cada mudanza, A se ha mostrado inquieta, sobre todo en las dos últimas (que coinciden con el periodo de separación-individuación de la paciente; la penúltima de estas mudanzas coincide también con la separación de los padres por un mes). A asiste al nivel maternal de una institución educativa desde los dos y medio años de edad, fecha que coincidió con el embarazo de la madre.

Al inicio del curso ¡e costó mucho trabajo separarse de la madre y durante varias semanas se resistió a asistir; lloraba mucho al separarse de ella. Se le avisó del embarazo de su madre poco tiempo después de entrar a la escuela y A se puso "chípil". Controló sus esfínteres poco antes de ir a maternal. Su desarrollo motor fue normal. Su madre la amamantó cerca de cinco meses. A siempre comió y durmió bien, gateó y caminó sin contratiempos y a los dos años de edad ya hablaba claro.

Al verla en el consultorio. A no quiere despegarse de su madre y entra con ella a la sesión. Durante toda la consulta, juega a bañar un bebé, aunque más bien parece que lo está ahogando, ante la mirada atónita de la madre. Repite este juego una y otra vez y lo alterna haciendo la comida y dándole de comer a la madre (da la impresión de querer aplacarla, amén de la identificación con ella). En su juego A tiene regresiones y habla como si fuese más pequeña. En cuatro sesiones, en todas ellas, repite el mismo juego.

Esta pequeña presentó problemas de separación de la madre, con temor de ser abandonada, los cuales se acentúan con las mudanzas, la separación de los padres, con su ingreso a maternal, con el embarazo de la madre y después con el nacimiento de su hermana. En el momento de ser traída a consulta, A no había terminado el proceso de separación-individuación y se encontraba en conflicto por ello, éste se acentúa más por

los sentimientos que emergen con el embarazo de la madre y el nacimiento de su hermana (rabia, abandono, depresión, fantasías fratricidas), compensados un poco a través de la masturbación.

La culpa por las fantasías eróticas y agresivas vendrá a unirse al cortejo de dificultades. En la exploración se observa que tanto el sí mismo como el objeto de la paciente son sólidos y bien estructurados pero aún no están totalmente separados. Las funciones del Yo se encuentran bien desarrolladas y son apropiadas para la edad de la paciente. Su Yo muestra buena fortaleza. Sus impulsos son apropiados para la fase del desarrollo que cursa. Su desarrollo es bastante homogéneo. Su nivel de desarrollo, aún cuando no es el óptimo por la presencia de la angustia, la culpa y la depresión, es bastante aceptable.

Los conflictos que *A* presenta no le permiten entrar libremente a la etapa fálico-edípica, que ya se asoma y hacia la cual *A* muestra gran curiosidad. Esta pequeña, según se aprecia en su juego, posee buena capacidad de exteriorizar su conflicto. Aun cuando hay fijaciones a etapas previas (separación-individuación), la movilidad de la libido y del yo son en general buenas (salvo en las áreas conflictuadas). Se observa la utilización repetida de la regresión. Se decide hacer una intervención analítica terapéutica para:

- Ayudar a destrabar el proceso de separación-individuación.
- Ayudar a la paciente en el manejo: *a)* de los sentimientos intensos producto del nacimiento de la hermana (abandono, rabia), *b)* de fantasías fratricidas y/u homicidas, dirigidas a la madre, *c)* de la angustia de separación, *d)* de los sentimientos propios de su exploración corporal (angustia, orgasmo, culpa).

B es un niño de casi cuatro años de edad. Es traído a consulta porque habla sin razonar, sólo repite las palabras sin entenderlas. Le da por repetir cantaleas o frases que escucha en el radio o en el televisor. No parece comprender lo que se dice. Le gusta el orden de sus cosas; si éstas se desordenan, se agita mucho. Le gustan los juegos giratorios. Hace con frecuencia berrinches incontrolables. Relatan los padres su desesperación después de haber consultado muchos médicos, psiquiatras, psicólogos e incluso curanderos. El niño nació bien, comía bien, tal vez era un poco inquieto. Relata la madre que el niño nunca se acomodaba al cargarlo y que a ella le costaba trabajo sostenerlo. Describe que el niño nunca fijó su mirada en la persona de ella, hecho que la desesperaba mucho, y que la mirada del infante "la atravesaba" sin detenerse en ella, lo cual la ofuscaba mucho. La desesperación de la madre siempre fue en aumento, acompañada de mucha frustración, ya que todos sus intentos por obtener alguna respuesta de su bebé siempre fueron en vano.

B aprendió a controlar sus esfínteres y a caminar; no habló como todos los niños. Su lenguaje es incomprensible y repetitivo. Con el paso del tiempo, el niño se fue haciendo cada vez más berrinchudo, empezó a morderse y luego dejó de hacerlo. La desesperación, incredulidad, culpa y una fantasía de inmensa esperanza que convive con una desesperanza matizan el estado anímico de los padres. *B* es el tercero de tres hijos. Sus dos primeros hermanos se han desarrollado bien; tienen 6 y 8 años de edad, respectivamente. Los padres son personas relativamente sanas emocionalmente hablando, bien avenidas y con un gusto en general por la vida y el trabajo.

La exploración clínica de este pequeño revela que en él no hay registro mental del sí mismo-objeto. La función simbólica obviamente no se ha desarrollado; hay lenguaje, pero no es simbólico. No hay desarrollo de las funciones *yoicas*: no hay pensamiento, principio de la realidad; no hay desarrollo de las relaciones objetales: la percepción y la motilidad están sólo relacionadas directamente con la descarga y la sobrevivencia. La defensa vigente en el autismo mismo. La capacidad auditiva de *B*, después de ser revisada por un especialista, resultó normal. El desarrollo de este pequeño fue interrumpido desde el principio y nunca pudo manifestarse. La detención es total. Parece que no existió en él la capacidad de incorporarse al mundo externo, representado por la madre, y de registrarlo mentalmente. En este caso, se recomendó tratamiento analítico de apoyo y aclaración para los padres, y para el pequeño un tratamiento múltiple que consiste en estimulación sensorial, cognoscitiva y corporal; terapia de lenguaje, y terapia musical.

Se considera que, en estos casos, la terapia analítica por sí sola es difícil, de larga duración y de pronóstico muy pobre. Hay una detención total en muchas áreas del desarrollo, como ya se mencionaba. El nivel de desarrollo alcanzado es muy pobre, debido a la presencia dominante de la patología. Su desarrollo *yoico* es también muy pobre.

C es un niño de cuatro años de edad y el segundo de dos hijos. Su hermano mayor tiene seis años y se desarrolla bien. Los padres se encuentran muy preocupados, sobre todo la madre, ya que *C* se muestra beligerante y combativo con el padre. Está inquieto, ha mostrado sus genitales a la madre en dos o tres ocasiones y de manera por demás provocativa. Otras veces *C* se refiere a ella como "mi cielo" (palabras textuales que su esposo le dice) y le expresa que quiere casarse con ella. Con frecuencia tiene pesadillas en las cuales tiburones y osos grandes lo persiguen y lo quieren morder.

La exploración revela que el desarrollo de este pequeño se ha llevado a cabo bastante bien. Hay una buena formación estructural del sí mismo y del objeto; ambos están bien separados. El Yo funciona bien y de manera homogénea, muestra buena fortaleza. Hay precursores del Superyó. En este momento los impulsos se muestran muy intensos pero resultan apropiados para la fase de desarrollo que cursa.

Solo y con sus primos *C* juega con frecuencia: a la guerra, a que es viajero y conquistador del espacio, a que es el papá y el presidente. Se recomienda a los padres varias sesiones para darles una explicación analítica de la conducta de *C*; en el curso del proceso emergerán recomendaciones apropiadas. No se recomienda tratamiento analítico para *C*, ya que su conducta se considera normal y apropiada a la fase del desarrollo que está cursando. *C* presenta un "conflicto de desarrollo" de la fase fálico- edípica. Su desarrollo entre las diferentes áreas ha sido bastante homogéneo. Su nivel de desarrollo alcanzado es también muy bueno. Su yo es fuerte y está bien organizado.

D es un niño de nueve años de edad y el menor de tres hijos; tiene una hermana de doce años y otra de diez. Ellas se han desarrollado razonablemente bien. El desarrollo de *D* ha estado marcado por el siguiente curso. Fue amamantado, comía y dormía bien; fue un bebé sonriente y contento. Relata la madre que *D* sonrió tempranamente y se volvió huraño con los extraños como a los siete meses de edad. Su desarrollo psicomotor fue normal; empezó a decir las primeras palabras poco después del año y habló más tarde con claridad. En el control de sus esfínteres tuvo algunos problemas. Como a los dos y medio años empezó a ser "geniudo" y "berrinchudo". Cuenta la madre que, entre los tres y los cuatro años de edad, inventaba ya muchas historias fantásticas, lo cual empezó a preocuparla.

Además desde ese entonces era muy agresivo con los demás, rebelde, desobediente, inconstante, dormía mal, jugaba a quitarle las alas a las moscas, era "raro" y tenía crisis de angustia. *D* asistió a la escuela sin mayor dificultad, pero con frecuencia le llamaban la atención porque era peleonero y se hacía el payaso, distrayendo la atención de todo el grupo. Le pegaba por igual a niños y niñas, y se enfrentaba a los maestros. Cursa los dos primeros grados de primaria con aprovechamiento regular; sigue distrayendo a los compañeros por ser "pegalón" y payaso, pero ahora la madre lo nota más angustiado y raro. Al llegar a la consulta, cursa el tercer grado de primaria y su conducta es impredecible.

Cuando *D* tenía ocho años de edad, el abuelo paterno se muda a casa de la familia de *D* y se le asigna el cuarto de *D*, entonces, *D* tiene que trasladarse al estudio. El abuelo enferma repentinamente y muere en casa mientras duerme. A partir de ese momento, *D* no ha querido regresar a su cuarto pues teme que el abuelo se le aparezca y le reprenda por lo mucho que *D* lo molestaba. Desde la muerte del abuelo, *D* está más inquieto, tiene insomnio. No deja de ver películas de terror con sus amigos, a pesar de que le asustan mucho.

Sigue inventando historias fantásticas —que según la madre termina por creer él mismo—, de muertos que reviven, decapitados, de magia negra; con frecuencia tiene pesadillas cuyo contenido se centra en muertos y desaparecidos. Le cuesta trabajo dormir porque piensa que el abuelo y otros muertos van a venir por él. Al mismo tiempo, *D* sigue asistiendo a la escuela, logra un aprovechamiento regular, a pesar de todo, y tiene

su grupo de amigos. En compañía de ellos tortura a gatos y otros animales. Cuando su madre lo castiga, *D* da la impresión de que no le importa y de que "le vale". Ahora quiere aprender artes marciales para defenderse.

Durante la exploración, se aprecia que la conducta de *D* es muy dispareja: mantiene un buen contacto con el examinador, para luego desconectarse. Su afecto parece ser a veces inapropiado al contenido de su pensamiento. Es un niño inteligente; posee una vida de fantasía muy rica, pero distingue bien entre realidad y fantasía. Sus propias fantasías lo angustian y lo asustan mucho. Tiene dificultades para reconocer sus propios sentimientos, como el enojo o la ternura. Su relación con el examinador es a veces cercana, a veces distante, a veces sospechosa. Él no se siente enfermo.

En algunas ocasiones está a disgusto; en otras, está contento. Muestra muchas facetas relacionales de las cuales no está consciente; por ejemplo, a veces se comporta como bebé, a veces como un niño de mayor edad a la que tiene, otras se comporta como un adulto, a veces parece que es una niña. Durante la exploración, da la impresión de no tener la capacidad de sentir culpa; más bien se siente en ocasiones perseguido, lo cual alterna con fantasías cargadas de sadismo, dando la impresión de un Superyó poco integrado donde no han sido incorporados aspectos ideales de él mismo o de sus padres. Dice sentirse "raro" y que no sabe quién es o qué es él mismo. Su sí mismo y su Yo muestran muchas escisiones, lo cual produce una sensación de extrañeza y de falta de congruencia por la desconexión entre varias de sus partes.

El objeto y el sí mismo están separados, el paciente utiliza mucho como defensas la escisión, la negación y la proyección (con miedo a la reintroyección). Se nota la urgencia del retorno de lo reprimido y, al mismo tiempo, se aprecia la falta de capacidad represora ante lo que escinde una y otra vez. La presión pulsional parece ser grande. El paciente tiene una organización de carácter de tipo limítrofe. Se muestra muy ambivalente para asistir a la terapia analítica que se le ha recomendado. Si no se establece una alianza de trabajo razonable, el pronóstico no será muy bueno. El trabajo con este paciente será largo y árduo.

El desarrollo entre las diferentes áreas, en este paciente, ha sido muy heterogéneo. El nivel de desarrollo alcanzado le permite funcionar marginalmente, sin embargo, en la escuela y contra lo esperado, su funcionamiento ha sido regular, ya que es un niño muy listo. Su Yo, con tantas escisiones —por la angustia intensa que siente y por la presión instintiva de agresión y sadismo— ha perdido fuerza útil y utiliza mucha de su energía en las medidas defensivas, achicándolo y encogiéndolo. No tiene mayor interés en tratarse ya que no se siente enfermo. Su actitud sospechosa y a veces con tintes paranoicos le impide confiar, lo que haría más difícil aún el tratamiento. La ausencia de culpa podría señalar además una probable conducta psicopática en ciernes.

E es una niña de seis años de edad. Es traída a consulta porque con un cuchillo de la cocina amenazó con matar a alguien, ha perdido el control del esfínter anal, embarra las heces en las paredes, está muy inquieta, no puede dormir e insulta a todo el mundo. A los dos años de edad, la pequeña *E* pierde a su madre en un accidente automovilístico. Su desarrollo previo, relatado por el padre, había sido normal: buena etapa oral, comía y dormía bien, era una niña contenta, tenía buena relación con su mamá. Al morir su madre, la abuela paterna se muda a vivir con ellos; es una persona viuda que hace muchos años perdió a su esposo, quien murió de cáncer.

El padre se vuelve a casar cuando *E* tiene tres y medio años de edad. La abuela se queda a vivir con ellos. *E* tiene dificultades para controlar sus esfínteres, pero lo logra cerca de los cuatro años de edad. Con la esposa del padre se establece una relación áspera y distante y es la abuela quien se sigue encargando de la niña; con ella *E* hace la simbiosis y nuevamente inicia la separación. Cuando *E* tiene cinco años de edad, la esposa del padre se embarazó; desde entonces, *E* se empieza a mostrar más inquieta, a veces agresiva con la esposa del padre y con la abuela. *E* dice a la abuela que ella no es la abuela sino la mamá.

A veces también le dice mamá a la esposa del padre. Su furia contra ella crece gradualmente; se muestra inapetente. Un año antes de la consulta y unos meses después del nacimiento de su media hermana, *E* pierde el control del esfínter anal y cada vez se toma más agresiva, inquieta, inapetente e insomne; dice que todas las mujeres son su madre, que su verdadera madre no murió, que ella sólo fue abandonada y que su mamá regresará.

Durante la exploración encontramos a *E* ávida de establecer una relación con el examinador; se halla confundida con respecto a su madre, ahora dice que su abuela es su madre; si su abuela enferma, ella también se enferma; habla como la abuela y ha adoptado también los gestos y maneras de ésta.

Su juego se centra en guerras cruentas y sádicas, en las cuales a todas las mujeres les abre el estómago para matarlas; a los hombres "nada más" se les decapita. Es una niña inteligente, muy angustiada, ávida de relación y con capacidad y buena disposición para hacerlo. A pesar de las dificultades, la pequeña *E* había mantenido su asistencia a la escuela; ahora, por su agresión y embarradura de heces en el baño, ha sido suspendida.

La pequeña *E* tiene un problema de esquizofrenia infantil de tipo simbiótico. La pérdida traumática de la madre ocurre durante el periodo de separación-individuación. Aunque tanto el objeto como el Sí mismo se iban desarrollando bien antes de la pérdida de la madre, después de ese accidente se reprime un duelo no elaborado y la niña permanece en un proceso de separación-individuación no terminado. La presencia de la abue-

la logra que *E* establezca gradualmente una simbiosis con ella y que empiece a separarse, proceso que se ve entorpecido por la llegada de la nueva esposa del padre y luego por el embarazo de ésta y el nacimiento de su media hermana.

A pesar del quiebre psicótico, se considera que el Yo de la pequeña *E* se ha defendido bien y muestra que iba superando lentamente sus dificultades. Su avidez por relacionarse y su buena disposición para las entrevistas, aunadas a su inteligencia, nos hacen pensar que *E* pueda responder favorablemente a la terapia psicoanalítica. Habrá que ayudarle a elaborar su duelo, reintegrarse y a favorecer nuevamente el proceso de separación. La utilización de la transferencia será muy útil en este caso: permitir la simbiosis y a partir de ella ayudar a la paciente a separarse.

Esta pequeña paciente ha tenido un desarrollo heterogéneo, unas áreas están logrando un buen desarrollo, mientras que otras se encuentran por debajo del funcionamiento esperado. Su nivel de desarrollo alcanzado está lejos de ser el óptimo. Sin embargo es tal su enjundia, su coraje y sus deseos de "pegarse a alguien", como lo ha hecho ya con la abuela y con el terapeuta, que dicha conducta mejora su pronóstico, a pesar del diagnóstico hecho. Esta niña con todo y el quiebre psicótico que tuvo, ha mostrado buenas habilidades en su recuperación, mostrando en ello parte de su fortaleza. También enseña que tiene buena movilidad estructural-funcional. Despierta además en las personas una reacción positiva y el deseo de ayudarla. Habrá que vigilar en el terapeuta las fantasías de rescate.

Conclusiones

Con el fin de presentar una pequeña síntesis de lo expresado en este capítulo en relación con la importancia del desarrollo normal, señalaremos que el conocimiento de dicho desarrollo:

- Proporciona un índice aproximado de normalidad estructural-funcional, favoreciendo la posibilidad de apreciar los ajustes normales, adaptativos a situaciones nuevas, sin confundirlos con la psicopatología.
- Ubica al terapeuta en el nivel de desarrollo que tiene su paciente.
- Prepara al terapeuta para poder apreciar la psicopatología.
- Facilita al terapeuta la posibilidad de estudiar alternativas para mejorar las áreas deficientes del paciente.
- Sitúa al terapeuta frente al grado de movilidad *vs* inmovilidad de la estructura mental de su paciente, así como de las ventajas y habilidades *vs*. las desventajas y

limitaciones de éste; por lo tanto favorece el estudio de la fortaleza o debilidad de dicha estructura.

- Facilita así la comprensión del pronóstico en relación con el tratamiento del paciente.
- Puede facilitar la observación tanto de patrones defensivos como de modalidades relacionales y su posible repetición.
- Es también una herramienta que puede ser utilizada para medir el grado de avance de un proceso terapéutico, o puede ser puesta al servicio de la investigación.
- Los datos obtenidos del desarrollo, aunados al resto de la exploración clínica completa, facilitarán una comprensión estructural, funcional y dinámica del niño y de su familia, quitándole la frialdad y resequedad que por sí solos pueden ofrecer.

Bibliografía

- Bergman, P. (1949), "Unusual Sensitivities in Very Young Children", *Psychoanalytic St. Of. The Child*, 3-4: 333-352.
- Brafman, H. A. (1988), "Infant Observation", *Int. Rev. Psychoanal.*, 15: 45-58.
- Dowling, S. y A. Rothstein (1989), "The Significance of Infant Observational Research for Clinical Work with Children Adolescents and Adults", *Workshops Series of the American Psychoanalytic Association*, Monograph 5. Int. Univ. Press.
- Dupont, M. A. (1988), *La práctica del psicoanálisis*, Pax, México.
- Emde, N. R. (1988), "Development Terminable and Interminable. Innate and Motivational Factors From Infancy", *int. J. Psychoanal.*, 69: 23-42.
- Esman, H. (1983), "The Stimulus Barrier. A Review and a Reconsideration", *Psychoanalytic St. Of. the Child.*, 28: 193-207.
- Freud, A. (1926), *The Psychoanalytic Treatment of Children*, Int. Univ. Press, INC, 1965, Nueva York.
- _____(1965), "Regression As a Principle In Normal Development". Normality and Pathology In Childhood, *Assessments Of Development*, Int. Univ. Press. Inc. Nueva York.
- Freud, S. (1923), *The Ego And The Id. XIX*, The St. Edit. Hog. Press, Londres.
- _____(1937), *Analysis Terminable and Interminable*, XXII, The St. Edit. Hog. Press, Londres.
- _____(1938), *An Outline of Psychoanalysis*, XXIII. The St. Edit. Hog. Press, Londres.

- Gaddini, R. (1987), "Early Care and the Roots of Internalization", *Int. J. Psychoanal*, 14:321-337.
- Greenson, R. (1976), *Técnica y práctica del psicoanálisis*, Siglo XXI, México.
- Kernberg, O. (1966), "Structural Derivatives of Object Relationships", *Int. J. Psychoanal*, 47: 236-253.
- _____(1979), *Objet Relation Theory and Clinical Psychoanalysis*, Jason. Aronson. Inc, Nueva York.
- Mahler, M. (1972), *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*, J. Psicosis Infantil, Joaquín Mortiz, México.
- Mayes L, C, y D. J. Cohen (1996), "Anna Freud and Developmental Psychoanalytic Psychology", *The Psychoanalytic St. of the Child.*, 51: 117-141.
- Nágera, H. (1968), *Neurosis infantil. Problemas del desarrollo*, Hormé Edit., Buenos Aires.
- Salles, M. M. (1987), "El vaivén entre el *self* y los objetos", *Cuad. Psicoanal*, 20:21-27.
- _____(1988a), "El trabajo efectuado en los espacios relacionales", I, *Cuad. Psicoanal*, 21: 67-74.
- _____(1988b), "Los espacios relacionales", II, *Cuad. Psicoanal*, 21: 141-158.
- _____(1989), "Los espacios relacionales", III, *Cuad. Psicoanal*, 22: 73-83.
- _____(1997), "El primer año de vida del niño. Contrastes sensoriales", *De lo prenatal al Primer Año de Vida*, Cap. 3, Dallal, E., (editar) Editado por Plaza y Valdés, México.
- _____(1999), "Los espacios relacionales", Cap. I. *De las primeras relaciones a la identidadpsicosexual* Dallal E. (editar) Plaza y Valdés Editores, México.
- Spitz, R. (1969), *El primer año de vida del niño*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Winnicott, D. (1945), "Primitive Emotional Development", *Coll. Pap. Tavistock. Publicat*, (1958).
- _____(1949), "Mind and its Relations to the Psyche-Soma", *Coll. Pap. Tavistock. Publicat*, (1958).

IX

Importancia de la valoración clínica en psicoanálisis y psicoterapia en niños y adolescentes

*Pablo Cuevas Corona
Eduardo Dallal y Castillo*

Introducción

El interés por el estudio y tratamiento de los procesos psicopatológicos de la edad infantil surgió con el descubrimiento clínico, a través del relato de pacientes adultos, de la importancia que tienen los recuerdos de eventos traumáticos infantiles, asociados con las fantasías y las vivencias emocionales que acompañan siempre a todos los fenómenos psíquicos. Cuando Freud expuso su descubrimiento del inconsciente en 1900, enfatizó la importancia que tienen las experiencias vitales que se registran en la mente, no sólo porque son el origen de conflictos y síntomas, sino porque influyen directamente en el proceso de desarrollo de una personalidad normal, funcional y armónica durante las diferentes etapas de crecimiento.

Al estudiar las vicisitudes normales y patológicas del desarrollo humano durante los periodos infantil y juvenil, el psicoanálisis enfoca, por necesidad obvia, los diferentes aspectos implícitos en el proceso de crecimiento y maduración de los niños: la actitud

de los padres frente al embarazo y parto de los que cada infante es producto; la existencia de una familia funcional o disfuncional; la presencia o ausencia de hermanos, con las habituales expresiones de rivalidad y competencia; la interrelación y la dinámica familiares, incluyendo, sobre todo en nuestro medio, la influencia positiva o negativa de la familia extendida formada por los abuelos, los tíos, las nanas, los compadres y los amigos cercanos; el clima emocional en el que tiene lugar el desarrollo del niño o de la niña, las necesidades económicas y afectivas y la manera en que son satisfechas; la expansión del medio social a través de la asistencia a la escuela y del contacto con grupos de edades similares; la influencia de la educación y la información recibidas a través de la relación con figuras importantes como los maestros y otras figuras de identidad, quienes complementan, y a veces sustituyen, a las figuras objetales originales; la exposición a peligros y amenazas contra los que el niño sólo se ve amparado por la intervención de instituciones jurídicas; el impacto que tiene la información global en nuestro mundo actual, época de comunicaciones masivas, rápidas y accesibles. Aunque es difícil, en la actualidad, adquirir una visión que abarque los múltiples y complicados movimientos que el ser humano tiene que realizar para convertirse en persona en cada momento de su desarrollo, es muy importante tomar en cuenta estos factores antes de iniciar cualquier tipo de intervención terapéutica.

Aspectos multidisciplinarios

El psicoanálisis y la psicoterapia de niños y adolescentes han recibido muchas aportaciones de diferentes disciplinas desde su aparición a principios del siglo xx. Debido a los múltiples factores que intervienen en las diversas expresiones de la conducta humana, el esquema conceptual necesario para comprenderla como un fenómeno clínico debe incluir los más amplios y diversos conocimientos acerca del desarrollo infantil y juvenil, y nutrirse con las aportaciones de los diversos campos científicos y del conocimiento acerca del hombre. Por ejemplo, la biología y la medicina con sus ciencias auxiliares aportan el conocimiento del ambiente físico y de los parámetros genéticos, sexuales, gestacionales, perinatales, de crecimiento y madurativos, que nos orientan en la observación del niño y del adolescente durante las etapas de crecimiento y desarrollo. La psicología y otras ciencias que estudian el comportamiento nos permiten conocer desde las expectativas reales o fantaseadas que tienen las parejas de padres desde antes de la concepción hasta el nacimiento del nuevo ser, la integridad de los elementos constitutivos de su mente, su dotación instintiva y su potencial intelectual, así como el estudio de las fases y las crisis de su desarrollo emocional hasta alcanzar la adultez. Las ciencias sociales y

económicas describen el escenario donde tienen lugar la vida cotidiana y el desarrollo de los niños y adolescentes, las características de sus relaciones con los grupos sociales a partir de la familia como núcleo, sus interacciones con la cultura, las costumbres, las tradiciones, los factores económicos, los movimientos y los cambios sociales, así como la relación constante y recíproca que se establece entre el individuo y las diferentes instituciones de la sociedad. Las ciencias de la educación y la pedagogía, aportan los criterios acerca de lo que es apropiado para cada paso del desarrollo y para cada edad, lo que se puede aprender, las maneras de hacerlo, los modos de propiciar o de entorpecer el aprendizaje, las variantes que se asocian con las dificultades particulares de cada individuo o grupo para adquirir y utilizar adecuadamente el conocimiento aprendido, los instrumentos pedagógicos útiles para suplir deficiencias y los métodos que se emplean para superarlas.

Al aplicar este modelo interdisciplinario a la tarea clínica de evaluar y diagnosticar, la definición tradicional de la psicopatología adquiere otro nivel conceptual y se entiende como la alteración, distorsión o desviación precisa y cuantificada de lo que sería el desarrollo esperado para un niño, niña o adolescente, dadas sus características biológicas, psicológicas, sociales y culturales. De esta manera, dejamos atrás los vagos letreros de "trastornos de conducta" o "problemas de aprendizaje", para incluir en nuestro lenguaje clínico verdaderas clasificaciones diagnósticas que compaginan datos, pronostican evoluciones y dibujan lo que llamamos "el programa terapéutico", constituido por todos los elementos técnicos que propician el retorno de dicho "desarrollo esperado", es decir, la mejor realización del potencial evolutivo de cada paciente.

Esquema conceptual

En lo que se refiere al tratamiento con niños y adolescentes, tanto el psicoanálisis como la psicoterapia tienen que adaptar sus instrumentos de trabajo a las modalidades particulares de comunicación que se plantean en cada caso, y que están determinadas por la edad, la etapa del desarrollo y las capacidades de los pequeños pacientes. En una tarea de por sí complicada, estas adaptaciones necesarias hacen más difícil correlacionar los elementos teóricos básicos con las técnicas modificadas. Sin embargo, en la medida en que las escuelas psicológicas han sistematizado sus teorías y los parámetros científicos que las sustentan, se ha podido definir cuáles fenómenos clínicos son repetibles, comprobables y comunicables y se ha integrado un cuerpo de conocimiento básico acerca de la psicopatología que afecta a niños y adolescentes. La aplicación teórica de lo que ocurre en el psicoanálisis y en la psicoterapia corresponde, por lo tanto, al desarro-

llo de un esquema conceptual sistematizado, que puede variar en cuanto a las diferentes explicaciones y manejos técnicos de un mismo fenómeno, pero que exige siempre la responsabilidad profesional en el ejercicio de un instrumento de tratamiento que se inserta en la práctica clínica.

El inicio del tratamiento, el llamado "periodo de prueba" y que ahora conocemos como evaluación, es un tema importante que captó desde el principio la atención de los autores pioneros en el psicoanálisis de niños y adolescentes. Desde entonces, el cuadro clínico de la primera consulta se ha considerado como una "fotografía instantánea" que describe, por un lado, la situación sintomática del niño o niña y su funcionamiento en las áreas de los impulsos, de las relaciones objetales, los mecanismos de defensa, lo cognoscitivo y lo social, y por otro, los contextos emocional, familiar, cultural y social en que se presenta el cuadro sintomático. Quien se encargue de hacer una evaluación o un diagnóstico, deberá tomar esta descripción fenomenológica multidimensional y ubicarla en la dinámica de todo el proceso del desarrollo del paciente con el fin de evaluar el grado de normalidad o de patología que caracterizan a cada caso, de manera que el diagnóstico abarque una explicación completa, en lo posible, de cómo el paciente se presenta a la consulta, cuál es el probable origen de sus alteraciones y el curso que siguen los fenómenos clínicos descritos inicialmente.

El esfuerzo de integrar un estudio completo de cada caso exige del clínico una comprensión individual y personal lo más completa posible. Esto se logra mediante la evaluación clínica, procedimiento no solamente útil sino indispensable en la práctica profesional. La evaluación permite responder a varias preguntas que, aunque básicas e importantes, suelen pasar desapercibidas, quizá por su obviedad y por estar implícitas y aparentemente conocidas en la situación profesional: ¿con quién voy a trabajar?, ¿quién es este niño o este joven que acude a mi consulta?, ¿qué le sucede?, ¿cómo llegó a esta situación?, ¿en qué medio se ha desarrollado, qué factores han influido para que progrese, cuáles han detenido o distorsionado su desarrollo? El proceso de evaluación de casos se inicia muchas veces antes de que se realice la primera entrevista, la cual crea expectativas lógicas y naturales tanto en el paciente como en el analista o el psicoterapeuta.

Evaluación integral

La gran variedad de factores que intervienen en el comportamiento es tan amplia, que a veces da la impresión de que sería casi imposible incluirlos adecuadamente en la evaluación y ponerlos así al servicio del tratamiento. Sin embargo, la comprensión de todos estos factores es trascendental, sobre todo en las fases iniciales de consulta con el pa-

ciente, ya que es el momento en que el clínico se sitúa en el terreno difícil entre el planteamiento del problema, el diagnóstico del mismo con su integración pronóstica y la decisión de las posibles técnicas-, tácticas y estrategias que podrán ayudar de manera eficaz a la resolución del problema.

La mayor parte de estos factores puede organizarse en cuatro áreas, mismas **que** forman parte directa del proceso terapéutico:

- El clínico, psicoanalista o psicoterapeuta.
- El paciente.
- La familia, el contexto en que se presenta y al que pertenece el paciente.
- El medio ambiente, la comunidad y la cultura de donde procede el caso en evaluación.

No es de sorprender que el entrevistador sea uno de los factores que deba evaluarse en el proceso de tratamiento del paciente. Entre otros, deben tomarse en cuenta las características de la formación clínica y académica, la experiencia, el grado de cultura y la edad y el género, ya que son factores que tienen mucho que ver en el proceso **del** tratamiento y que pueden ejercer o no un potencial terapéutico directo. Por ejemplo, **las** actitudes que se guardan con respecto a cada paciente pueden ser exageradamente optimistas o pesimistas, o caer en los extremos "del rescate", cuando se piensa de **manera** omnipotente que se puede trabajar con cualquier caso, bajo cualquier circunstancia, con cualquier técnica para "sacarlo adelante", o bien puede desarrollarse un franco negativismo y desilusión frente a un caso y decidir no tratarlo ni influir con ninguno de los medios de terapia, precisamente por una actitud de rechazo que surge en el entrevistador.

Deben evaluarse con precisión y honestidad las metas realistas que pueden alcanzar un tratamiento y un terapeuta con cada paciente, y definir hasta qué grado se puede intervenir en ese caso, hasta qué grado se está dispuesto a ayudar, y los efectos y respuestas que se verán reflejados en la familia y en el propio paciente.

La intervención para diagnóstico y tratamiento que ofrecemos en la práctica clínica, debe incluir la comparación de las expectativas de los pacientes y de sus familiares con la realidad de lo que se ofrece, de manera que haya un acuerdo en las metas como lo debe haber en los tiempos, métodos terapéuticos y costos. Esta claridad permitirá incluir a las diferentes personas en una colaboración precisa para lograr objetivos comunes; también cumple con los imperativos éticos y legales de nuestra responsabilidad profesional.

Por lo que se refiere al pequeño o joven paciente que se evalúa, existen varios elementos clínicos que deben tomarse en cuenta. Uno de los más importantes es definir si existe participación neurológica en la sintomatología que presenta, o si existe alguna alteración física que trastorne la imagen corporal del niño o niña. La evaluación de las áreas libres de conflicto, es decir, aquellas funciones de la personalidad que están preservadas y sanas y con las cuales se cuenta para sustentar la evolución del tratamiento. Entre ellas, contamos las áreas de manejo o tratamiento de los problemas cotidianos, de acuerdo a lo esperado con la edad del paciente; la reacción emocional frente a una situación frustrante; la habilidad para relacionarse con otras personas de manera adecuada; la capacidad para mantener la tranquilidad tolerando cierto grado de angustia frente a la frustración; la posibilidad de observar su propio problema y la manera como lo conceptualiza; la idea que tiene de sí mismo, y la forma en que puede comunicar todo esto, de acuerdo o no a la fase específica del desarrollo en que se encuentra.

Por otro lado, se debe evaluar la manera en que funcionan sus impulsos, cómo percibe conscientemente sus necesidades, y el grado de armonía y relación con la realidad externa y con el Superyó. Con relación al problema que motiva la consulta, es importante definir si es agudo o crónico, el tiempo de evolución y la intensidad y disfunción que alcanzan los síntomas. Es preciso detectar también el grado de permeabilidad psicológica para comprender el problema y, en todo caso, precisar los distintos mecanismos de defensa y de afrontamiento utilizados para manejar diversas situaciones de tensión, incluyendo la evaluación de las facilidades regresiva y progresiva de la personalidad, así como la apreciación del grado de ganancia secundaria que la alteración o enfermedad ofrece al paciente o a su familia.

En relación a los aspectos familiares, es indudable que las características de la relación de dependencia que niños y jóvenes tienen con respecto a las figuras adultas que integran su familia, hace obligado el examen de algunas de las características importantes de ésta y del clima emocional en el que se ha desarrollado el chico o el joven para tomar en cuenta su influencia, tanto para ver el grado de ayuda que se puede esperar con la colaboración de la familia, como los obstáculos que de manera consciente o inconsciente puedan anteponer los familiares al proceso de tratamiento. De igual manera, interesa saber el grado de comprensión psicológica que tienen los miembros de la familia con respecto al problema del paciente en evaluación, así como las capacidades de comunicación intrafamiliar. Por último, es importante conocer el grado de sociabilidad familiar con relación a otros grupos y a la comunidad en general, así como los valores, la ideología, las creencias, los mitos y tabúes que se presentan como derivados culturales y subculturales en cada grupo familiar.

La evaluación de los aspectos comunitarios y escolares en especial, es más importante en el ejercicio de la psicoterapia que en el del psicoanálisis, toda vez que este último tiende a enfocar sus esfuerzos terapéuticos a la solución de un conflicto internalizado e inconsciente, o a la corrección de una alteración del carácter, en tanto que en el manejo de la psicoterapia debe incluirse, necesariamente, la participación activa no sólo de la familia sino muchas veces de la comunidad escolar en la que se inserta una gran parte de la vida del niño. De esta manera, en el proceso de evaluación para ambas formas de terapia, es importante tomar en cuenta las diferentes actitudes con las que personas ajenas a la familia enfocan los problemas del niño y la manera como se relacionan con él. Es muy frecuente observar que, ante un problema de conducta, el niño es fácilmente "etiquetado" como "un niño problema", y que las respuestas de toda la comunidad tienen relación con el adjetivo calificativo así aplicado. Es importante informarse acerca de las relaciones que cada paciente establece con su grupo de amigos y con las figuras de autoridad en la escuela al igual que de los hábitos de diversión, el grado de interacción y participación social, cultural y religiosa.

Participación del terapeuta (evaluador)

La formación profesional (ver capítulo VII de este volumen) y la experiencia del clínico le permiten mantener una actitud de observación activa y dinámica mediante la cual percibe y registra tanto los datos que se refieren a los procesos internos como los que se relacionan con su medio ambiente. Esta actitud de observador participante confiere gran importancia a la personalidad del clínico en el proceso del tratamiento, en lo que influyen, además, la confianza que le depositan el paciente y su familia y el ejercicio de autoridad que le confiere su función profesional.

La observación clínica cuidadosa nos permite percibir las diferentes maneras que niños y jóvenes utilizan para proporcionar datos acerca de sus dolencias y malestares: el juego, la palabra, los gestos, los dibujos, las actitudes, los movimientos. Un buen observador mantiene una disposición objetiva y se resiste a la tentación de hacer conclusiones rápidas, proponer formulaciones o elaborar interpretaciones prematuras sin evidencia suficiente.

Uno de los elementos importantes en la evaluación es la propia personalidad del terapeuta que, de hecho, se convierte en un fino instrumento de medición de la problemática que presentan los jóvenes y pequeños pacientes. Por ejemplo, la comparación que se hace entre la idea previa, la imagen que se tenía del paciente antes de la primera entrevista, con la imagen real que se presenta en el consultorio, ofrece muchos datos de

coincidencia o divergencia clínica del caso. Y las sensaciones y sentimientos que se experimentan durante el tiempo de la evaluación, son verdaderos "documentos" que al ser registrados como parte integrante de la entrevista, permiten sugerir diferentes estrategias de tratamiento.

Sin embargo, una de las destrezas importantes que debe poseer y desarrollar el clínico es la de mantenerse "al margen" de las diversas formas con que el niño expresa su problemática, y aceptarlo tal y como se presenta, respetando sus propias palabras, el ritmo de su comunicación, el carácter y contenido de su mundo de experiencias. Al mismo tiempo, debe percibir cuándo es el momento apropiado y cómo debe ayudar al niño a comunicarse de una manera personal y amplia, utilizando el ingenio natural que los niños tienen y que les permite compartir sus pensamientos y sentimientos una vez que admiten la confianza que el terapeuta les despierta con su actitud cercana y de aceptación.

De igual manera nos referimos al concepto de "neutralidad técnica", que en el caso de la entrevista y del tratamiento de niños y de adolescentes no sólo significa que el entrevistador se sitúe en una posición equidistante de las instancias de la personalidad (Yo, Ello y Superyó), sino el manejo de una distancia óptima que debe existir entre el terapeuta y los factores que intervienen en la terapia: el conflicto mismo del paciente, la presencia de las imágenes objetales (a veces la presencia física de los padres), la influencia de la familia nuclear y de la familia extendida, de la escuela, del grupo de amigos y del medio circundante en general.

El proceso de evaluación permite al clínico encuadrar el problema del paciente de una manera integral, comprender el juego de las fuerzas que intervienen en la producción de las alteraciones de conducta, y medir la intensidad de cada uno de los factores con el fin de diseñar la mejor y más efectiva forma de intervención para solucionar el problema que aqueja al paciente y a su familia, precisando además qué tipo de situación debe resolverse primero, mediante cuál técnica y contando con cuáles medios auxiliares para asegurar el éxito de la intervención.

El objetivo fundamental de la evaluación es el de determinar no sólo qué es lo que perturba al niño en determinado momento de su desarrollo, sino también el de entender la organización de su personalidad antes y durante la alteración, es decir, evaluar la estructura psicológica y emocional sobre la que está ocurriendo la perturbación. Se integran así, de hecho, evaluaciones de múltiples líneas del desarrollo, con el fin de describir el escenario en que se presenta la situación anómala.

La evaluación puede o no llevar al clínico a un diagnóstico definitivo, pero siempre le permite situarse en un punto base desde el cual modificar posteriormente la impre-

sión diagnóstica, adecuar el tipo de tratamiento y prevenir en lo posible los errores, las fallas éticas y los factores iatrogénicos.

£1 expediente básico

El reporte escrito de la evaluación inicial es un documento de gran valor, ya que permite comparar diferentes momentos del tratamiento con los datos del comienzo y evaluar si las metas se cumplen. Por otro lado, la historia clínica forma parte del expediente básico que las normas oficiales actuales de nuestro país exigen para la práctica clínica (Diario Oficial, 30 de septiembre de 1999, página 27). Los propósitos de la historia clínica y de la evaluación diagnóstica del niño y del adolescente son:

- Identificar las razones que llevan al paciente al tratamiento.
- Definir si existe alguna psicopatología presente en el caso, y de ser así establecer un diagnóstico diferencial con otras entidades nosológicas.
- Determinar si esta condición psicopatológica necesita un tratamiento y evaluar la indicación del mejor tipo de terapia y tratamiento para el caso.
- Obtener recomendaciones generales de tratamiento e higiene, así como diseñar los planes que faciliten la participación y cooperación de la familia y del niño, con el fin de lograr un apego al tratamiento y asegurar en lo posible el éxito de las indicaciones.
- Evaluar si, en situaciones de urgencia, existe un riesgo de peligrosidad hacia el niño o hacia otros que pueda hacer indicativa la hospitalización en su caso.
- Valorar el tipo de medicación que puede indicarse, en su caso, y prevenir algún problema asociado con los medicamentos.
- Obtener un cuadro del funcionamiento del niño a lo largo de su desarrollo, y el tipo e intensidad de las dificultades de consulta, de las deficiencias funcionales y del malestar subjetivo en la persona.
- Identificar los factores individuales, familiares y ambientales que potencialmente pueden ser utilizados para influir o disminuir los procesos de psicopatología.

De esta manera podemos observar que el proceso de diagnóstico se sustenta en la comprensión que tiene el examinador de las vicisitudes del desarrollo infantil normal y anormal, incluyendo el rango de conducta esperado en diferentes edades y las manifestaciones características de varias de las formas de trastorno que pueden presentarse en cada fase.

Los parámetros prácticos para la evaluación que recomienda la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes se resumen en siete apartados:

- i. Propósito y metas de la evaluación.
- ii. Fuentes de información.
- iii. Entrevista con los padres.
- iv. Entrevista con el niño, niña o adolescente.
- v. Información de otras especialidades.
- vi. Formulación diagnóstica,
- vii. Comunicación de resultados y recomendaciones.

Cuando se emprende la evaluación de un niño o de un adolescente para efectos diagnósticos, nos encontramos con un problema doble: por una parte, las múltiples fuentes de información que provienen de los padres, los maestros, otros parientes o personas cuya intervención en la vida del paciente confirma, o indica la presencia de alteraciones que ameritan la intervención clínica; el otro lado del problema es la frecuencia con la que intervendrán profesionales de varias disciplinas en la evaluación, tales como el psiquiatra, el psicólogo, el especialista en aprendizaje., el pediatra, etcétera.

Esto hace que el expediente básico, en el que se van a vaciar todos los datos posibles, requiera de una secuencia que lo haga entendible. El documento fundamental que le da estructura a esta secuencia es la historia clínica del desarrollo. Este documento con frecuencia registra la información de diversas fuentes y puede ir tomando cuerpo así, aunque no siempre en el orden en el que se organizan los datos, que es el de la historia clínica completa. Al final de este capítulo, se anexa un cuestionario para obtener una historia clínica, que sugiere el orden secuencial que permite la comprensión de cada caso.

La elaboración cuidadosa de una historia clínica detallada nos orientará acerca de si se trata de un problema neurológico primario; si lo que observamos es conducta aprendida en el escenario familiar, o si el niño padece de una angustia situacional aguda; o bien, si lo que delineamos es el diagnóstico de una neurosis ya establecida o en proceso de cristalización, o si se trata de la presentación sintomática de una psicosis. Es decir, habremos de evaluar tanto los síntomas como los rasgos de personalidad, intentando definir los factores etiológicos que los han producido, al tiempo de obtener una visión del desarrollo del niño y las formas como organiza y entiende su mundo de expresión.

En el medio institucional, el modelo de evaluación incluye con mucha frecuencia a un equipo de trabajo multiprofesional e interdisciplinario que: integra, en una junta clínica, los datos iniciales de la evaluación de los pacientes. Las entrevistas clínicas pre-

vias al inicio del tratamiento, realizadas por lo general por un especialista clínico, ofrecen al mismo tiempo un diagnóstico fenomenológico y un diagnóstico dinámico que abarca desde la etiología o génesis de la patología hasta los elementos con los que se puede trabajar en un programa de tratamiento, tales como los recursos emocionales, la inteligencia y la capacidad para el cambio que tenga el paciente y su familia.

Los estudios psicológicos exploran a profundidad los mismos parámetros y documentan la evidencia clínica, aportando con frecuencia contenidos nuevos y precisos. Los estudios pedagógicos nos permiten valorar la presencia, o no, de una interferencia específica en los procesos de aprendizaje. El trabajo social psiquiátrico valora a la vez el núcleo familiar y su funcionalidad en el entorno social y lo relaciona con la problemática del paciente. La evaluación neurológica no sólo afina un diagnóstico del sustrato de la conducta, sino que contribuye con información predictiva acerca de la evolución del sistema nervioso del paciente. Podemos agregar todavía la participación del pediatra, que nos permite manejar problemas médicos y de salud general e higiene, tales como parasitosis, intoxicaciones, disendocrinias, etc., incorporándolos en la visión multidimensional que converge al diagnóstico, que es el punto de partida del tratamiento. En especial, la psicoterapia con niños y adolescentes requiere no solamente que estos esfuerzos se realicen, sino que las informaciones de las distintas especialidades tengan una correlación y un peso específico que permitan completar la formulación de un diagnóstico y las tácticas y estrategias de un plan terapéutico.

Cuestionario para obtener una historia clínica

Al principio de la entrevista se debe alentar a los padres a hablar libremente y obtener la mayor información espontánea. En todo caso, a partir de este material debe definirse el problema principal por el que asisten a tratamiento para su hijo o hija. Si el material que aportan carece de importancia o si los planteamientos son vagos, se debe tratar de precisar el motivo de la consulta y hacer preguntas específicas.

Problema principal

- Descripción del problema (la recolección de estos datos puede tomar hasta una hora).
- ¿Cuándo empezó?, ¿cuándo empeoró?
- ¿Qué se ha hecho acerca de él?
- ¿Qué lo originó?
- ¿Qué debe hacerse?, ¿qué tipo de niño/a espera usted que sea?

Composición familiar-plan general

- Nombre del padre, dirección, número telefónico, fecha de nacimiento, ocupación, religión, fecha y lugar de matrimonio, nivel de educación máxima de los padres (abuelos), ocupación, entradas económicas, etcétera.
- Lo mismo para la madre.
- Lo mismo para el paciente.
- Hermanos, por orden de edad.
- ¿Qué otras personas viven con la familia?

Historia del desarrollo del paciente

- Salud de la madre y estado emocional durante el embarazo (comparar con otros embarazos si los ha habido).
- ¿Se planeó tener al bebé? (qué esperanzas, sueños o fantasías tenía la madre durante el embarazo acerca del bebé que esperaba).
- Alumbramiento (duración del parto, tipo de presentación y si se usaron instrumentos, si hubo señales de lesión obstétrica, etcétera).
- Conducta del bebé durante las primeras 48 horas (cómo reaccionaba la dupla madre-hijo, cómo se comportaba el producto en general o si hubo algo que le llamara especialmente la atención a la madre o a algún familiar).
- Historia de la lactancia (leche materna —si así fue—. por cuánto tiempo; si no fue así, ¿por qué no?; características de los alimentos que tomó; principio de la alimentación con botella; cuándo se le suprimió; dificultades de alimentación durante el periodo lactante; información más exacta posible acerca de la forma en que era alimentado, si se le sostenía en brazos, se le daba en la cuna, etcétera).
- Hábitos alimenticios después de la lactancia.
- Hábitos alimenticios actuales.
- Entrenamiento para control de evacuaciones y vejiga.
 - Edad de control intestinal (cuándo se empezó y cuándo hubo éxito).
 - Método usado para entrenarlo.
 - Control de vejiga (cuándo se empezó y cuándo se completó).
 - Método usado.
 - ¿Hubo recurrencias?, ¿cuándo y por cuánto tiempo?
- Hábitos en el baño.

¿Se permitía al paciente estar en el cuarto de baño al estarse bañando otras personas?, ¿quienes eran?, ¿cuándo terminó?

Lo mismo que la 9.1 al usar el excusado.

¿Quién bañaba al paciente?, ¿cuándo terminó? (pedir detalles del procedimiento del baño).

¿Alguien vigilaba que se bañara bien? (si al presente no se hace, ¿por cuánto tiempo se acostumbró hacerlo?).

¿Alguien vigilaba la frecuencia y consistencia de las evacuaciones?, ¿quién?, ¿por cuánto tiempo?

¿Cuándo fue que los padres se acostumbraron a dejar el cuarto de baño mientras el paciente usaba el excusado?

- Historia de las costumbres de dormir. ¿Dónde dormía el niño?, ¿con quién, en la cama, en el mismo cuarto?, ¿se permitía al paciente ir a la cama de los padres, de los hermanos? Pedir detalles. ¿Hablaba o caminaba en sueño?, ¿cuándo se le cambió de cuna a cama?
- ¿Hasta qué edad veía a los padres desnudos?
- Edad en la que se sentó sin detenerlo, en que se paró solo, en que se arrastró, gateó y caminó.
- ¿A qué edad habló?, ¿cuándo y cuáles fueron sus primeras palabras?, ¿cuándo y cuál fue su primera frase?
- ¿Era un niño feliz? (hacer que los padres den mayores detalles).
- Historia escolar (pedir detalles de cada año escolar: nombres de escuelas, relaciones con maestros y grupos de pares, éxitos y fracasos).
- Actitud hacia los juguetes. Juegos favoritos (preguntar detalles acerca de los juguetes preferidos según la edad).
- Actitud hacia compañeros de juegos, ¿cómo eran las relaciones?
- Actitud hacia los hermanos (cada uno por separado).
- Actitud hacia la madre (pedir detalles y ejemplos).
- Actitud hacia el padre (pedir detalles y ejemplos).
- Actitud hacia otras personas que vivan en la casa (pedir detalles y ejemplos).
- Actitud hacia parientes y amigos que frecuenten regularmente los padres o el paciente.
- Cualquier tipo de experiencia importante que tenga significado.
- Preguntas e información sexual.
 - ¿Qué preguntas hacía acerca del sexo y cuándo?
 - ¿Cómo se le respondía?

¿Qué información voluntaria se le dio, cómo y cuándo?

¿Cuál fue su reacción al recibir la información?

- Historia y grado de independencia.
- ¿Diestro, zurdo, ambidiestro?
- ¿Cómo se le ha castigado?
- ¿Llora con facilidad?, ¿por qué razones?
- ¿Ríe con facilidad?, ¿por qué razones?

Síntomas

- Chupar: ¿qué es lo que chupa?, ¿chupón, dedo, objetos?
- ¿Cómo se le quitó el hábito? (preguntar detalles).
- ¿Se movía mucho el niño en la cuna, o se pegaba golpeando la cabeza?
- Enuresis (¿qué se hizo acerca de esto?).
- Berrinches.
 - Descripción.
 - Origen o causa.
 - ¿Cómo se le controlan?
 - ¿Cuándo aparecieron, cuándo desaparecieron?
- Crueldad hacia los animales.
 - ¿Qué animales?
 - ¿Tipo de crueldad?
 - ¿De qué forma se le maneja en este caso?
 - ¿Cuándo apareció y desapareció el problema?
- Agresión hacia personas.
 - ¿Qué personas?
 - Tipo de agresión.
 - ¿Cómo se le maneja?
 - ¿Cuándo apareció el problema y cuándo desapareció?
 - Hacia él mismo.
- Temores.
 - Pesadillas.
 - Temor a los animales.
 - Temor a la oscuridad.
 - Otros temores.
 - ¿Cuándo fue que cada uno de éstos aparecieron y desaparecieron?

- **Masturbación**
Descripción de los varios métodos observados.
Frecuencia y duración.
¿Cómo se le maneja?
- **Tics**
- **Delincuencia**
Mentiras.
Robos.
Usar mal lenguaje (ejemplos), (mal hablado).
Hacer trampas.
¿Cuándo aparecieron y cuándo desaparecieron estos problemas?
- Desmayos, pedir detalles.
- Convulsiones, pedir detalles.
- Actitud hacia la ausencia de padres o hermanos. Alguna ansiedad injustificada.
- Otros hechos significativos.

Historia médica detallada

(Dése atención especial a los detalles de accidentes, operaciones o estancia en hospitales).

Manera típica de vivir

- Describir un día de la semana típico del paciente (detallado).
- Describir un fin de semana típico del paciente (detallado).
- Describir vacaciones del paciente.

Historia de la madre y del padre

Repetir las preguntas sobre fecha de nacimiento, lugar, extracción racial y religiosa, educación, ocupación (preguntar todo lo necesario para recibir una imagen completa).

- Actual estado de salud e historia completa (operaciones, hospitales, reacciones del paciente hacia las enfermedades maternas).
- Actitud hacia el paciente.
- Actitud hacia otros niños (cuáles son los preferidos, cuales son más parecidos a la madre, al padre o a los abuelos).

- Actitud hacia el esposo. Armonía o desarmonía entre ellos, sus relaciones o desajustes con la familia de cada uno de ellos, relaciones sexuales (satisfactorias o no), con qué frecuencia, si realizan el acto sexual delante de los hijos; cuál es su forma de pensar ante el sexo. Actitud de los padres hacia el paciente y hacia su padecimiento.
- Relaciones con sus padres.
- Relaciones de los padres hacia la madre. ¿Cuáles eran sus sentimientos? ¿Cree ella que tuvo una niñez feliz?
- Relaciones con sus hermanos.
- Relaciones con su esposo.
- Historia de su infancia, su niñez y su vida posterior.
- Trabajo. Actitud hacia su trabajo o el hecho de no haberlo tenido. ¿Le gustaría volver a trabajar?
- Descripción de su propia personalidad como ella la ve, y en qué forma cree que haya influido en el paciente.
- Historia de sus relaciones con antiguos pretendientes, historia de su noviazgo y su matrimonio. ¿Es feliz su matrimonio?, si no lo es ¿por qué?
- Descripción de la personalidad del esposo o esposa.
- ¿Alguna persona en la familia bebe, miente o es jugador?
- ¿Alguna persona de la familia tiene accesos de berrinches, convulsiones o desmayos?
- ¿Cuáles son los principales intereses, fuera de la familia, de ambos padres?
- Describir un día típico de la madre.
- Nombre y dirección del doctor de la familia, así como especialistas que hayan examinado o tratado a miembros de la familia.
- Estado financiero del padre y la madre (entradas, propiedades, gastos, etcétera).

Historia de cada hermano

Tomarlos por separado (la forma corta de historia del paciente III y IV).

Preguntar a los padres si hay algo que quieran agregar.

Describir apariencia, conducta y personalidad del padre o madre que dio la historia.

Esquema de datos de observación directa en el proceso de evaluación clínica

- Funcionamiento orgánico.
Desarrollo físico y neurológico.
- Funcionamiento psicológico.
Capacidad para relacionarse.
Capacidad para organizar el humor o estado de ánimo.
Capacidad para manejar afectos y ansiedades.
Capacidad para organizar temas.
Relación subjetiva del entrevistados
- Grado de rigidez de la personalidad.
Estilo y variación en la forma de relacionarse.
Humor preponderante.
Variación en el afecto.
Riqueza y profundidad de los temas.
Reacción subjetiva del entrevistador.
- Intereses o preocupaciones y conflictos del niño.
Contenido y estilo de relación.
Contenido del humor.
Contenido y secuencia de afectos específicos, y su relación con el contenido.
Secuencia de temas.
- Juicio. El uso de la información para resolver problemas.
- *Insight*. El juicio introspectivo acerca de lo que le pasa.

Evaluación de la personalidad

Gran parte de la discusión actual acerca del diagnóstico previo a la intervención terapéutica reside en la alternativa de utilizar una serie de escalas clinimétricas autoaplicables o aplicadas por el entrevistador, con el fin de obtener una "calificación" del cuadro

clínico, o la posibilidad de continuar utilizando la entrevista clínica tradicional para integrar una historia clínica, incluyendo las modalidades actuales de entrevista estructurada o semiestructurada. Lo cierto es que todos los métodos son complementarios del trabajo clínico que debe realizarse con los pacientes al inicio del tratamiento. Muchas de las escalas utilizadas ofrecen como resultado una valoración categórica que casi siempre se refiere a los indicadores de los diferentes manuales de diagnóstico; es decir, se obtiene un diagnóstico nosológico-descriptivo que nos orienta adecuadamente después del proceso de evaluación. Sin embargo, muchos clínicos tienen la inquietud y la necesidad de ampliar este tipo de evaluación y orientarla hacia los aspectos dimensionales, que ofrecen una mayor precisión para intervenir de manera integral en el tratamiento del paciente.

La mayor parte de este tipo de entrevistas tiene como objetivo evaluar la personalidad del paciente. En el caso de los niños y adolescentes, este concepto se ha puesto en duda al suponer que la personalidad está apenas en formación en los jóvenes pacientes y no es un factor que deba tomarse en cuenta para el diagnóstico. Sin embargo, aportaciones recientes (P. Kernberg) nos muestran que los rasgos de personalidad característicos del adulto están presentes en niños y adolescentes, formando parte de pautas repetitivas de comportamiento que hacen posible no sólo el diagnóstico de un trastorno de personalidad en edades tempranas, sino la posibilidad de evaluar la forma en que influyen en un cuadro determinado los rasgos de personalidad que subyacen en diferentes entidades nosológicas.

La evaluación clínica de estos aspectos se realiza de manera objetiva mediante una entrevista enfocada a la interacción entre paciente y entrevistados haciendo énfasis en las fantasías y los deseos de influir en el entrevistador, lo cual permite conocer el funcionamiento de la personalidad tal y como se refleja por el estilo cognitivo, la modulación de los afectos, las representaciones del *self* y del entrevistador, así como la capacidad de autoobservación y de tener empatía con el punto de vista del entrevistador.

La denominada "Entrevista de Evaluación de la Personalidad" (EEP O PAI, por sus siglas en inglés), fue presentada inicialmente por Seltzer (1987) y desarrollada después en la Universidad de Cornell por Paulina Kernberg. La técnica propuesta consiste en realizar una serie de cinco preguntas durante el tiempo de la sesión, con el objeto de observar y contrastar entre sí las respuestas del paciente y derivar de ellas una impresión de cómo funciona la personalidad del paciente.

Se sugiere realizar, de manera consecutiva, cinco ciclos de intervención durante la entrevista con las siguientes preguntas tipo:

- ¿Qué te dijeron acerca de esta entrevista y qué piensas de lo que te dijeron? Con esta pregunta al principio de la sesión se implican varios contenidos, como lo que se le dijo al pequeño paciente acerca de la consulta y lo que él o ella suponen acerca de la misma; qué ideas o fantasías tiene acerca del encuentro; lo que ve en la realidad coincide con lo que pensó. Si se toma en cuenta todo esto, ¿qué sabes en este momento acerca de lo que sucede?
- Ahora que hemos estado aquí "w" minutos, ¿cómo comparas lo que ha sucedido con tu idea inicial? Esta segunda intervención explora si hay algún cambio en la versión del paciente acerca de la entrevista y qué es lo que motivó la diferencia.
- Ya que han pasado "x" minutos ¿qué te imaginas que sucederá hasta que acabe la entrevista? Se invita al paciente a imaginarse lo que puede pasar durante el resto de la sesión, basado en lo que ha observado hasta ese momento.
- Ahora que han transcurrido "y" minutos, ¿qué has aprendido de la entrevista, de ti, de mí, y qué te imaginas que yo haya entendido hasta ahora? Aquí se pide una reflexión acerca de su propia experiencia y su idea de lo que el entrevistador ha podido comprender.
- Ahora que nos quedan "z" minutos por terminar ¿cómo te imaginas que terminará la entrevista? Finalmente, se enfoca el concepto que el paciente pudo formarse al acabar la consulta.

Este tipo de entrevista permite que el paciente se sitúe constantemente en el aquí-ahora-conmigo de la sesión, lo que reduce grandemente el tono indagatorio de las entrevistas dirigidas al escrutinio intenso del material clínico. El papel del entrevistador es activo y demuestra su empatía, su neutralidad, su juicio descriptivo y no-valorativo, así como su interés por comprender y sintetizar lo que el paciente dice en cada reconstrucción. Permite además encontrar fácilmente puntos de dificultad emocional que se traducen en contradicciones que pueden ser motivo de aclaración y confrontación en su caso, enfocando la interrelación con el terapeuta-entrevistador. La entrevista fue diseñada para adolescentes, quienes se rehusan a someterse a interrogatorios usuales. Con algunas modificaciones, puede utilizarse con pacientes más pequeños.

Bibliografía

- Birmaher, B., D. A. Brent y R. S. Benson (1998), "Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorder", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37:(11) p. 1234-8.
- Birmaher, B., D. Brent y S. Benson (1988), "Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorder", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37: 9.
- Bleiberg, E. (1990), "The Clinical Challenge of Children and Adolescents with Severe Personality Disorders", *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54 pp. 107-120, 1990.
- Bleiberg, E. (1994), "Borderline Disorders in Children and Adolescents. The Concept, the Diagnosis, and the Controversies", *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58 pp. 169-196.
- Cohen, J. (1998), "Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37: 9.
- Dulcan, M. K. y R. S. Besom (1997), "Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36: 9.
- Green, J. M. (1996), "Proposal for a Structured Assessment of Parenting Based on Attachment Theory: Theoretical Background, Description and Initial Clinical Experience", *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* (Germany), 5:3.
- King, R. A. (1995), "Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34: 10.
- King, Robert A. *et al.* (1997), "Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36: 10, 4S-20S, Supplement.
- King, R., H. Leonard y J. March (1998), "Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37: 10.
- _____ "Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37: 10.
- Selzer, M., P. Kernberg y T. Fibel, y S. Mortati (1987), "The Personality Assessment Interview: Preliminary Report", *Psychiatry*, Vol. 50.

- Shaw, A. (2000), "Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who Are Sexually Abusive of Others", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39: 1.
- Shaw, A. (1999), "Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who Are Sexually Abusive of Others", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38: 12, Supplement.
- _____"Summary of the Practice Parameters for the Psychiatric Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Substance Use Disorders", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37: 1.
- Szymanski, L., y B. H. King (1999), "Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Mental Retardation and Comorbid Mental Disorders", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38: 12.
- Szymanski, L., B. H. King, y R. A. King (1999), "Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Mental Retardation and Comorbid Mental Disorders", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36: 12, Supplement.
- Thomas, J. M. *et al.* (1998), "Summary or the Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Infants and Toddlers (0-36 Months)", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37: 1.
- Thomas, M., A. Benham, M. Gean, J. Luby, J. Minde, S. Turner, y H. Wright (1997), "Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Infants and Toddlers (0-36 Months)", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36: 10.
- Volkmar, F., E. Cook Jr., J. Pomeroy *et al.* (1999), "Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults with Autism and Other Pervasive Developmental Disorders", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38: 12.

X

El papel de los padres en el tratamiento de los niños

Lauro Estrada-Inda

Durante mucho tiempo prevaleció la idea de estudiar al individuo aislado de su ambiente, la necesidad era penetrar hasta los últimos rincones de su alma y de su organismo.

Se empezó por estudiar al hombre adulto y, es más, se empezó por el adulto enfermo; la salud no era motivo de preocupación y por tanto no lo era de estudio. Hace muchos años, el niño tampoco era motivo de preocupación; prácticamente el individuo empezaba a existir, como tal, cuando llegaba a la edad adulta. Sin embargo, con el paso del tiempo apareció el psicoanálisis y con él se abrieron inagotables posibilidades de estudio e investigación que fueron llevando a la comprensión del "psiquismo" en sus estados de enfermedad y de salud, así como desde su formación en el infante hasta su terminación en la vejez. Al estudiar al niño, el psicoanalista tuvo que llegar hasta las primeras etapas de formación, durante las primeras semanas, e incluso primeras horas después del nacimiento, lo cual hizo imposible considerar al bebé como un ser aislado que se desarrolla por sí mismo en el vacío. Por lo tanto, entró al campo de estudio ese factor indispensable que llamamos "madre" y como esto implica una relación íntima a la que se debe la formación del psiquismo humano, se comenzó a estudiar el primer minisistema formado por la madre y el hijo, que es el prototipo de toda relación humana en el futuro.

Después vino el enfoque en la figura del padre, de los hermanos y de todas las personas que son emocionalmente importantes para el sistema familiar. Pero no siempre fue así; en un principio se estudiaron todos estos elementos en forma paralela y aislados unos de otros: el padre, la madre, el niño, el tío, etc. Ello ofrecía una información segmentada que no daba la percepción completa y dinámica que funciona como una unidad y no como la suma de todos estos factores. La información completa que brinda la concepción del sistema familiar como una unidad en sí, con reglas y normas propias transcurriendo a través de un ciclo vital, permite ubicar mejor al niño en su medio ambiente.

Para ejemplificar lo antes dicho, puede recordarse que un niño, a solas, se comporta de un modo frente a un interlocutor; si se le agrega la madre, su conducta se modificará notablemente, y si además se presenta el padre, entonces el cambio será aún más notorio y ofrecerá nuevas dimensiones. Y si se observa a toda la familia, que incluye hermanos, tíos, abuelos, etc., el fenómeno será totalmente diferente.

De ninguna manera habrá que pensar que las intervenciones individuales sean menos buenas que las hechas frente al grupo familiar, simplemente se trata de hacer hincapié en la totalidad del fenómeno clínico.

Sería muy difícil encontrar un niño neurótico o psicótico donde el resto de los familiares no estuviesen afectados en algún grado; resultaría difícil también, además, estudiar los diferentes pasos por las sucesivas etapas del desarrollo si no se toman en cuenta las interrelaciones del niño con sus propios familiares. Dicho enfoque, a su vez, va dando paso al estudio más amplio del ambiente en que se desenvuelven tanto el niño como su familia: el estudio de su sociedad. Así, se ensanchan las posibilidades de intervenir terapéuticamente en diferentes formas y en los momentos correspondientes para ayudar al restablecimiento de la salud. Un enfoque de sistemas permite unir las historias clínicas: biológica, psiquiátrica, social y familiar. Se enfatiza el enfoque de sistemas, ya que puede ser de gran ayuda en el tratamiento individual, como se verá más adelante.

Volviendo directamente al papel que tienen los familiares en la problemática del niño, Ackerman cita seis puntos de observación empírica de suma importancia para el clínico:

- La presencia de trastornos psiquiátricos en un niño por lo general es precedida por la conflictiva familiar. Existe una relación demostrable entre el conflicto del pequeño y el que existe en la familia. El trastorno psiquiátrico en un niño es la expresión funcional del ambiente emocional de toda la familia; una vez que el trastorno familiar se internaliza, la interacción subsecuente del niño y la familia afecta el destino de la enfermedad de él.

- La psicopatología del niño responde no solamente a la personalidad individual de cada padre, sino a la distorsión que sufren las representaciones de identificación del minisistema padre-madre como pareja. Los trastornos específicos que se presentan durante el desarrollo de la pareja y de la relación padres-hijos van seguidos de un sutil proceso de desplazamiento y división de dichos elementos patológicos entre los hijos; cada niño absorbe y refleja, en forma muy selectiva, las características de la patología de cada padre como individuo, y de ambos padres como pareja.
- Si se trata, emocionalmente hablando, sólo al niño y se ignora el trastorno familiar, el pequeño se enferma nuevamente.
- Si el niño mejora, se puede observar que:
 - a) Otros miembros de la familia mejoran.
 - b) Otros miembros de la familia empeoran.
- El conflicto, la tensión y la ansiedad de algunos miembros de la familia pueden entorpecer la terapia del niño.
- Si el grupo familiar o la pareja de padres entran a tratamiento igual que el niño, es posible unir las metas de la terapia con las referentes a la prevención de la enfermedad mental.

En 1981 Ortega Borbón ya se planteaba importantes cuestionamientos. Por ejemplo, dice este autor al aceptar a un niño en tratamiento: "¿Qué quiero para él en su mundo real, y no en el fantaseado por mi o por el padre?". Y más adelante se responde a sí mismo:

Por parte del paciente tenemos que, como todo en el niño, también la neurosis se encuentra *in fieri*, en proceso de formación, todavía no es, está gestándose, va a ser. Tampoco están formadas las internalizaciones, introyecciones, e identidades; es decir, el niño no es autónomo ni autosuficiente. Igual que su vida, su patología está sostenida en y por los padres; es sensato entonces que éstos se involucren en la elaboración del diagnóstico, del tratamiento y del pronóstico, digamos en la evolución de las áreas sanas y enfermas y en su manejo. Los datos provenientes de los padres nunca resultan secundarios.

Además Ortega Borbón cita a Freud: "La intervención de los parientes es positivamente un peligro que además uno no sabe manejar [...] Los parientes cercanos muestran a veces menos interés en la recuperación del paciente que en que éste permanezca como está".

Actualmente se sabe a ciencia cierta que intervenir en un niño es intervenir en toda la familia. No es de extrañar, entonces, que la resistencia a las modificaciones que exige el tratamiento se produzca no sólo en el niño, sino en todo el sistema al que pertenece.

El enigma por excelencia de la teoría psicoanalítica se refiere a las relaciones del desarrollo individual y lo concerniente a su familia conforme evolucionan a través del tiempo.

¿Cuánto es la personalidad del niño solamente individual?, ¿cuánto es familiar y social?, ¿cuánto la personalidad del niño es estimulada dentro de él mismo y cuánto esa estimulación viene de afuera?, ¿cuánto es hacia afuera y hacia adelante la dirección que sigue el estímulo, y cuánto es hacia adentro y hacia atrás?

Éste es el misterio de las facetas internas y externas de la personalidad, el misterio de las relaciones objeto-sujeto, del Yo y lo mío; ¿dónde convergen y dónde se separan?

El psicoanálisis, con todos sus años de experiencia, aún no ilumina con claridad dónde se sumergen las experiencias nuevas con las viejas. Se conoce más la patología que el desarrollo normal. Sin embargo, es precisamente el estudio del niño lo que ha ido orientando hacia la investigación de los procesos normales del crecimiento, desarrollo y maduración. Por ejemplo, en lo que respecta a las metas psicológicas esenciales, como son:

- Diferenciar el *self del* objeto.
- Internalizar la buena y la mala madre.
- La integración de la ambivalencia.
- El desarrollo de la constancia objetal.
- La estructuración del psiquismo.

Todas ellas han enriquecido las posibilidades terapéuticas no sólo del niño sino del adulto. Además han abierto el campo de investigación de la familia, conocimiento que hace posible la diferenciación del proceso psíquico interno y la interacción actual, del aquí y el ahora de todos estos procesos. No se olvide que la estructuración del psiquismo conlleva procesos internos y aquellos del ambiente.

Los padres

Resulta obvio, pero es necesario resaltar que la labor terapéutica con el niño requiere de la cooperación de los padres, simplemente para transportarlo a las consultas, cubrir los honorarios y dar información. Sin embargo, existe desacuerdo marcado en cuanto a cómo y hasta dónde debe ser la participación de los padres en el tratamiento. Es por ello que se hacen estas aclaraciones, porque una cosa es saber lo que ocurre en todo el sistema familiar, y otra es cómo se va a proceder en el tratamiento de determinado caso.

Al principio los padres fueron considerados "simples transmisores de información y receptores de cierta orientación". Poco después, como se dijo anteriormente, la importante influencia del psicoanálisis llevó a considerar el inconsciente de los padres como la fuente de la problemática. Incluso llegó a pensarse que ninguna madre podría modificar la forma de manejar a su hijo sin un cambio básico en su personalidad. Por lo tanto, los padres fueron vistos como pacientes, y el trabajo con ellos se dirigió a resolver algunas de sus propias dificultades o bien a descubrir sentimientos negativos hacia sus hijos.

Conforme avanzó la técnica en psicoanálisis de niños más y más jóvenes, fueron tratados en psicoterapias psicoanalíticas profundas e intensas, y el énfasis giró entre el ambiente (los padres) y los conflictos internalizados, que se pensó eran los que causaban los síntomas. Se consideró asimismo que los padres necesitaban ayuda para permitir y aceptar el tratamiento de su hijo, pero no se esperaban mayores cambios en ellos. En otras palabras, se tenía confianza en que los padres fueran apoyadores y cooperadores con el tratamiento, así como que impulsaran el cambio y crecimiento de su conducta. Aparentemente estas metas eran simples y sencillas para unos padres más o menos cultos y educados; no obstante, se sabe que demandan de una gran capacidad de *insight* y paciencia (por parte del terapeuta), además de no dejar espacio para entender la interacción neurótica de los padres con el niño (dinámica familiar).

Actualmente se piensa que diferentes situaciones clínicas requieren de diversas medidas y programas especiales.

El niño

Conviene no olvidar que, a diferencia del adulto, el niño no ha recurrido voluntariamente al psiquiatra, más bien de algún modo ha fracasado en actuar según las expectativas de su ambiente, ha violado las normas de la gente que lo rodea. De seguro algo no anda bien, solamente que esto puede estar en el niño, fuera de él, o en la combinación de ambos factores.

El trabajo del clínico empieza desde el primer contacto, ya sea por teléfono, por carta o verbal, cuando se habla con el paciente solo o en presencia de los que le acompañan. La primera información puede ser válida y buena o lo que puede llamarse "mala información" por estar influida por los prejuicios de las personas que la dan o por cualquier otra razón; sin embargo, es bueno tomarla siempre en cuenta: puede dar luz en cuanto a la personalidad y problemática del niño mismo, de su medio familiar, o ambos. Recuérdese también que el niño se comporta de una forma si está solo y es diferente cuando

está con otros. Es necesario observarlo en varias situaciones. Lo mismo se puede decir de los padres.

Por estas reflexiones, se toman tres puntos importantes para la clínica que Ackerman ha sintetizado: 1) la participación de una relación emocional que se establece con el paciente, y que tiene un carácter progresivo; 2) la hábil observación de los procesos dinámicos de dicha relación, y 3) la organización y valoración de los datos para llegar a un buen diagnóstico y, por lo tanto, la organización de un programa terapéutico.

"Las entrevistas con el niño y sus padres pueden realizarse incluso en el hogar, y los datos que se busca obtener con ellas entran dentro de cuatro categorías": 1) la organización de la personalidad del niño aquí y ahora, 2) sus relaciones con la familia, 3) Las características de su ambiente, con especial referencia a la psicología de la familia como grupo, y 4) El inicio de los aspectos sintomáticos de las dificultades del niño (su enfermedad emocional) y la historia del desarrollo de su personalidad.

Resulta útil destacar que, no importando que el niño y la familia sean uno parte de la otra, no deberá disociarse en ningún momento al pequeño de la familia en una estimación clínica. Debe realizarse al unísono la difícil tarea de obtener la imagen del niño y de su familia. Para ello, el procedimiento diagnóstico deberá ajustarse al tipo de niño y familia que se esté valorando, y se compartirán decisiones igualmente con ambos, así como la responsabilidad con los padres.

La mayoría de los padres son profundamente sinceros en el empeño de hacerle un bien al niño, a pesar de sus conflictos personales. Pero es necesario estar alerta desde luego a los elementos destructivos que pueden aparecer en uno o ambos padres. Si se perciben signos de falta de sinceridad o manipulaciones por parte de ellos, es necesario tomar una actitud firme y no aceptarlas. Por encima de todo estará la sinceridad de la posición del médico ante el niño.

Los padres de niños perturbados son personas con conflictos; se interesan por el bienestar de su hijo y, sin embargo, son ambivalentes y se sienten culpables. A veces su sentimiento de culpa está oculto por un cuidado tan solícito que suena a falso. El conflicto de los padres se revela en un comportamiento inadecuado durante las primeras entrevistas. Los padres suelen ser coercitivos y pueden obligar al niño a someterse a una entrevista en forma traumática. Pueden asustarlo o comunicarle de algún modo una imagen amenazadora del médico. A veces lo tranquilizan falsamente, lo que sólo intensifica los temores del infante. Para encubrir los sentimientos hostiles, los padres pueden emplear diversas maniobras, ya sea halagando al pequeño o utilizando trucos engañosos para conseguir su cooperación; se pueden burlar de él u ofrecerle alguna forma de consuelo, e incluso recurrir a sobornos directos.

Lo anterior se ilustra con un caso que el autor trató recientemente:

Viñeta clínica

No hace mucho acudió a mi consulta una joven mujer de 29 años de edad, aproximadamente. Se sentía triste y decepcionada de la vida y de hecho había desarrollado ya una reacción depresiva; pensaba que su esposo no le respondía como ella pensaba que debía ser, de acuerdo con sus propias necesidades emocionales. Estaba frustrada y veía que esto había afectado a su hijo de 11 años, quien también mostraba claros signos de inconformidad con su vida: fallaba en la escuela, su conducta era problemática para los que le rodeaban y además tenía fuertes ataques de asma bronquial.

Le pedí a esta joven madre que asistiera con su esposo a unas consultas con objeto de obtener información clínica más abundante y poder ir estructurando un diagnóstico. El esposo accedió gustosamente a participar en las sesiones. Poco después vino lo que llamó mi atención poderosamente: le pedí a la madre que trajese a su hijo asmático a fin de tener una sesión con él a solas. La respuesta de la madre fue categórica: "¡No! Es mejor no hablar con él, tiene mal carácter; ya hizo el intento de ir con un psiquiatra y no funcionó ". Decidí entonces ver al padre, a quien hice la misma petición. Para ese entonces ya entendía mejor la patología de la familia y sabía que la intención defensiva era que el niño quedara fuera de la investigación directa, tal vez porque si el pequeño, mediante un tratamiento adecuado, quedaba fuera del conflicto, entonces eran papá y mamá quienes tenían que enfrentarse directamente, situación que ambos, por temor, evitaban a toda costa. La respuesta del padre a mi petición de traer a su hijo empezó por una amplia queja sobre su esposa, a quien calificó de ser tremendamente sobreprotectora e infantil, sobre todo en lo referente al hijo; me explicó que constantemente se originaban peleas entre ella y el chico, en las que no se sabía quién era el adulto; hizo énfasis en que ella era la problemática y que el hijo de 11 años no tenía por qué, a tan tierna edad, venir a ver a un psicoanalista. Además, me advirtió que el niño era muy grosero y no quería que me fuera a tratar mal en alguna de las consultas. Insistió en que lo mejor era dejar al niño fuera de estas sesiones.

Transcurrió así un breve tiempo en que trabajé con ambos algunos puntos de importancia en su relación marital que permitieron ver más claramente una patología depresiva en ella que ameritaba un análisis individual; al mismo tiempo se pudo identificar la conducta evasiva del padre, quien inconscientemente se escudaba en la sintomatología de su esposa y la problemática de ella con el niño, lo que le permitía buscar en su familia de origen (padres y hermanos) el apoyo y la sobreprotección que había tenido toda su vida.

Una vez que trabajamos estos aspectos en sesiones de pareja fue posible hacerles ver las diferentes formas en que se manifestaba la sobreprotección al hijo y explicarles cómo el asma era un síntoma que apoyaba dicha sobreprotección.

Finalmente, accedieron a traerme al niño a una consulta. Éste resultó ser un muchacho desde luego sobreprotegido, un tanto ansioso y tenso, pero bonachón, alegre y buen comunicador, quien fácilmente estableció un *rappor*t conmigo y accedió a que lo mandara a análisis con un colega. De cuando en cuando los padres todavía entorpecen el que el niño asista tranquilamente a su análisis; sin embargo, cuando se dan cuenta de ello, cambian su actitud y las cosas van por buen camino.

El niño, sus padres y cómo los describe el terapeuta

Tanto para el niño pequeño como para sus padres la separación inmediata y el tratar a solas con un médico pueden ser experiencias traumáticas, difíciles y extrañas. De aquí que conviene enormemente estar capacitado para tener entrevistas con toda la familia si fuese necesario.

Es cierto que por lo general el niño acepta la entrevista familiar como más natural que una entrevista a solas, desde luego tomando en cuenta que hay eventualidades que no pueden ser tratadas enfrente del pequeño.

Lo anteriormente expuesto hace ver lo indispensable que es el manejo terapéutico de los padres juntos o separados del niño. Por otra parte, cuando un chico intenta enfrentar un ambiente frustrante y amenazador, puede reaccionar en alguna de estas formas:

- Atacando a su familia e intentando forzar así el suministro y gratificación de sus necesidades básicas.
- Limitando o eludiendo todo contacto con su familia. En esta categoría pueden entrar los desarrollos recesivos de la personalidad o de la tendencia a una excesiva preocupación por sí mismo o por su cuerpo.
- O bien con ansiedad exagerada ante conflictos con su familia; así puede internalizar el conflicto y desarrollar una u otra forma estructurada de psicopatología.

Todo esto se complementa cuando se ubica el funcionamiento emocional del niño y su significado en la matriz de la situación de adaptación dentro de la familia.

El papel de los padres en la terapia familiar

Algunos autores describen a la psicoterapia como un tratamiento enfocado principalmente al pasado de una persona, para distinguirla de la orientación terapéutica en la cual predominan los eventos actuales. Se piensa que en la orientación terapéutica el terapeuta es más activo y directivo que en la psicoterapia. Una vez que un padre es tratado como paciente en vez de como un padre que necesita guía y orientación, el énfasis se hace no en las relaciones con los niños, sino en resolver los traumatismos y conflictos que afectan el buen funcionamiento de éste como individuo y en forma secundaria como padre.

En el enfoque sistémico familiar no se ve al niño como el paciente, sino que se considera como tal a todo el sistema familiar, entendiéndose por ello a la familia de origen del niño.

Visto así, la familia es considerada como un sistema vivo de tipo "abierto", tal como lo describió Bertalanffy en 1952. Al conceptualizarlo de esta manera se ve cómo dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas, como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Así, el individuo (niño) y el grupo (familia) actúan recíproca e interdependientemente. Ambos se influyen. Esta pequeña organización social llamada familia se puede describir, esencialmente, como una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades de la más profunda naturaleza engarzadas entre sí. Por ello se supone que tanto niños como adultos buscan en algún momento, dentro de su seno, la satisfacción casi total de sus necesidades emocionales.

No es fácil describir la estructura emocional de la vida familiar. Sería como tratar de atrapar una serie de luces y sombras en constante movimiento. Puede entenderse mejor si se piensa solamente en la complejidad que implica describir lo que son los papeles emocionales (se describe en *El ciclo vital de la familia*, Estrada-Inda, 1987), en la textura de las relaciones finas que se suscitan entre sus miembros, en la capacidad para resolver sus problemas y en las formas infinitamente diferentes de hacerlo; en el clima de sus estados anímicos, en sus comunicaciones y en su capacidad de ejercer funciones tan intangibles como la libertad, la autonomía, la individualidad y la independencia.

Conclusiones

En un estudio reciente de los dinamismos familiares, Slipp (1984) propone cuatro tipos específicos de psicopatología. Indiscutiblemente en cada uno de estos patrones existe el hecho de que las necesidades del desarrollo del niño por diferenciar el *self* de los objetos y las necesidades de "separación", no encuentran una respuesta apropiada en los padres.

Inconscientemente el pequeño se utiliza para nutrir y satisfacer el narcisismo parental y estabilizar las identificaciones del *self paterno*. El niño obedece al tomar el "papel" que se le demanda por miedo al rechazo de los padres, lo cual amenaza su sobrevivencia psicológica. Por medio de defensas primitivas como la identificación proyectiva, uno o ambos padres pasan los buenos o malos aspectos de su *self* y los colocan en el niño. De aquí se puede estructurar un patrón de sobrevivencia simbiótico, donde se responsabiliza al chico por la sobrevivencia y propia estima de los padres. De ello se puede deducir la importancia que tiene el trabajo con la familia o con los padres para aligerar el camino del niño hacia la autonomía.

Mediante técnicas especiales para cambiar la estructura familiar se ha logrado disminuir la utilización de defensas primitivas como la escisión, la identificación proyectiva, la idealización y la devaluación. Así se logra una mayor facilidad para que el niño abandone los patrones simbióticos y deje de ser una parte del sostén narcisista de los padres y demás miembros del sistema familiar. Se cumple de este modo con ayudar a los padres al difícil proceso de separación e individuación. Finalmente, se ayuda a los padres a desarrollar su propio potencial de crecimiento y se obtiene de esta manera un nuevo balance homeostático.

Siempre que se trabaja con un paciente en lo individual deberá tenerse en mente el impacto que esto producirá en los otros miembros de su familia, así como la influencia que ellos ejercen en el paciente. La forma de tratamiento, por lo tanto, deberá ser pensada en términos de aquello que favorezca más las necesidades del paciente, ya sea que se trate de un enfoque individual, de grupo o de familia.

Puede ser que un tipo de enfoque (v.gr., el individual) lleve posteriormente a la necesidad de ver o tratar a la pareja (o bien al niño junto con sus padres), o a la terapia individual para reforzar lo ganado en la terapia familiar.

De hecho, el autor está totalmente de acuerdo con el pensamiento de que la terapia individual puede ser vista como una forma de terapia familiar, ya que todos los miembros de la familia de un paciente, así como sus interacciones, se internalizan en la psique del paciente, desde donde ejercen su poderosa influencia en los pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas actuales de éste.

El momento de la transición

El tratamiento psicoterapéutico tanto del niño como de los padres busca modificar ya sea la intensidad emocional o bien cambios en la ideología, en el sistema de creencias, cambios en la conducta que se reflejan en las relaciones del niño consigo mismo y con los demás.

En el siglo pasado aparecieron diversos procedimientos encaminados a lograr dichos cambios, ya sea en el individuo, en la pareja, en la familia y aun en el medio ambiente extenso. De donde se deriva que la simple comprensión (*insight*), de la problemática no es suficiente y es necesaria la relación con el psicoterapeuta, la elaboración de la resistencia al cambio y desde luego la integración emocional de la comprensión y todos los demás elementos del psicoanálisis.

Sobre esto no existe un acuerdo general entre los psicoterapeutas ni entre los distintos autores, cosa que se agrava y se complica más cuando se trata de teorías relacionadas con psicóticos u otros casos graves o con matrimonios y con grupos familiares.

Además siempre existen las paradojas entre el psicoterapeuta y el paciente-sistema a los que trata de modificar.

Existe un sinnúmero de paradojas que no viene al caso mencionar. Sólo me voy a referir a la resistencia al cambio.

La teoría psicoanalítica tiene muy bien estructurada su lógica interna, la cual explica por qué el paciente no puede cambiar tan rápidamente como se quisiera (existen fuerzas interiores que lo impiden). Cuando pasamos al campo de sus relaciones íntimas, vemos que la resistencia al cambio del paciente se acentúa como resultado de una red de relaciones en la que está inmerso, incluyendo al terapeuta.

La teoría de los sistemas explica cómo hay un mecanismo cibernético que se asemeja a las relaciones entre personas íntimas, el cual actúa como un regulador que se echa a andar activado por la conducta errónea de los demás. Por ejemplo, si una esposa se excede en determinado aspecto de la conducta familiar, su marido o bien alguno de los hijos reacciona de tal forma que tiende a restablecer la conducta anterior de aquello. Todas las personas reaccionan como reguladores en relación con los demás, y la función de un regulador es amortiguar el cambio.

De lo anterior, se puede decir que "cuando una persona da a entender que inicia un cambio en su relación con el otro, éste actuará de forma que amortigüe y modifique tal cambio. Desde luego esto afecta de inmediato al terapeuta. Si existe dicha ley, tenemos que aceptar que las relaciones entre las parejas y las familias poseen forzosamente una gran estabilidad, o sea, una gran resistencia al cambio. Cada vez que un miembro de la familia intente introducir un cambio en el sistema (un niño en tratamiento) provocará en los demás una actuación encaminada a amortiguarlo, y por lo tanto, reforzará el sistema familiar (aun cuando sea un cambio benéfico para todos). No es necesario insistir en que el terapeuta se encuentra inmerso en la misma situación cuando se presentará resistencia al cambio que pretende introducir al sistema.

Es de suponer que el cambio de los individuos será mejor comprendido cuando aumente el conocimiento de la naturaleza de los cambios revolucionarios en las sociedades, y en su interacción cada vez mayor con las estructuras políticas y las pautas culturales, todas ellas afectadas por los nuevos descubrimientos que a todos los niveles se están dando.

El psicoterapeuta es una persona cuya función principal es promover el cambio, y por esto se encuentra totalmente frente a una serie de paradojas que le obligan a modificarse a sí mismo.

Es posible, como dice Jay Haley, que las explicaciones del cambio terapéutico sean totalmente diferentes cuando se hayan dibujado las leyes fundamentales de las relaciones humanas, y puedan describirse los sistemas sociales orgánicos que dan por resultado personas que quieren cambiar y otras dispuestas a hacerlas cambiar.

Aun si los seres humanos fueran menos complejos y los terapeutas dispusieran de técnicas más exactas para cada paciente y cada caso en particular, el éxito del tratamiento dependerá todavía de muchos factores que no pueden ser tomados en cuenta y, en última instancia, del propio psicoterapeuta como individuo.

¿Cómo puede describirse a la familia desde el punto de vista clínico?

Lo primero que ocurrió en la clínica fue que el individuo dejó de ser visto como un ente en sí mismo, solo y aislado de "lo demás", y desde luego se consideró a sus seres más cercanos como formando parte de algo que no podría ser excluido de lo que formaba su esencia, la familia. De aquí partió una duda: ¿es la familia un conjunto de individuos que debe ser considerado como la suma de cada uno de ellos? O bien, es algo que debe ser considerado como una unidad, como una especie de célula —en este caso una célula social que tiene membrana que la separa y protege de las demás—. protoplasma y núcleo que le confiere las propiedades de un sistema que nace, crece, se reproduce, pasa por periodos de salud y enfermedad y finalmente muere.

Fue el estudio de la esquizofrenia el que permitió un paso importante a la orientación familiar. De haberse considerado al enfermo esquizofrénico como un ser aislado y solitario, digno de lástima, quien constituía una desgracia para sus familiares, se pasó a estudiar el importante concepto de la "madre esquizofrenizante", se vio cómo este padecimiento podía estar ligado a la privación materna durante la infancia y se llegó a comprobar cómo una madre enferma era capaz de volver loco a su hijo cuando expresaba abiertamente sus necesidades. No tardó mucho en identificarse también la influencia

del padre, y después la de los demás familiares. Se pasó de una clasificación clínica **en** términos de individuos a una que clasifica y diferencia las relaciones interpersonales.

Se siguió observando cómo no solamente la esquizofrenia sino otros múltiples padecimientos obedecían a este mismo fenómeno, y se encontró que la influencia de los padres era determinante en el padecimiento de los niños; ya no era considerado el trastorno del niño como un elemento individual. De aquí que se llegara a entrevistar siempre a los padres y después a tratarlos conjuntamente con el niño. El hecho de que no es lo mismo cuando se estudia a un solo individuo, ya sea niño, adolescente o adulto, **que** cuando se estudia dentro del sistema familiar, confirmaba la necesidad de establecer un método terapéutico que abarcara a toda la familia.

El conflicto

Si enfocamos el tratamiento de la familia, vista como un sistema único con propiedades y reglas exclusivas que la llevan a través de la vida pasando por diferentes etapas de acuerdo al ciclo vital, tendremos que describir aquellos aspectos de las pautas familiares cíclicas que son causa de conflicto y que tienen importancia para provocar cambios.

No quiere decir que sea el conflicto lo más importante en la vida de una familia, pero sí lo es cuando enfocamos una terapia.

Podemos decir sin temor a equivocarnos que todas las familias despliegan en ciertos momentos una lucha por el poder que llega a convertirse en la médula del conflicto (desde luego sucede más intensa y frecuentemente en las familias disfuncionales). Dicho conflicto se define como el choque entre fuerzas opuestas que el individuo proyecta fuera de sí mismo y se manifiestan en el contexto de sus relaciones actuales.

Para el psicoterapeuta de orientación individual, una frase simbólica no es sólo **una** metáfora acerca de conflictos internos, sino que los conflictos en las relaciones son expresiones metafóricas o representaciones externas de un drama interno. Desde un enfoque de sistemas, la situación es diferente: los conflictos externos inducen conflictos internos **que** son reflejos de aquéllos. Para el psicoanálisis, el conflicto edípico es una fantasía inconsciente, pero si se considera desde el punto de vista sistémico tendríamos que pensar en **un** triángulo familiar verdadero y como tal observar varias posibilidades; por ejemplo: un niño no puede evitar un problema de coalición que puede ser manejado de formas diversas y puede variar en circunstancias y momentos distintos, ya sea que se alle con la madre **en** contra del padre, lo cual puede estar instigado por el propio niño, por la madre o incluso por el padre, si éste decide provocar a ambos; y así podemos encontrar todo tipo de movimientos, combinaciones y respuestas de acuerdo al tipo de familia que observemos.

Haley nos da otro buen ejemplo al decir que "desde el punto de vista familiar, las afirmaciones de un individuo pueden interpretarse como expresiones metafóricas que describen sus relaciones actuales".

Supongamos, a modo de ejemplo, que un joven dice que cierta noche se sintió a disgusto en casa y tuvo que salir a la calle y en aquella ocasión se encontraba solo con su madre y añade que le ha sucedido lo mismo repetidas veces. Si el terapeuta es de orientación individual, tendrá que pensar en la expresión de un conflicto edípico. El paciente siente impulsos sexuales cuando está solo con su madre y responde con ansiedad. Enfrentado con la amenaza de sus deseos inconscientes, tiene que defenderse contra ellos saliendo de casa.

La orientación sistémica o familiar verá el problema del mismo joven de forma diferente y supondrá como premisa que existía para éste algún peligro actual. Si se interesa por los aspectos sexuales de la situación, querrá saber si la madre se comportaba seductoramente con el joven cuando estaban a solas. También se interesaría por las alianzas familiares: ¿cuando está el hijo solo con su madre, intenta ésta atraerle en su favor y en su contra del padre?, ¿tiene esto alguna consecuencia sobre las relaciones de este joven con el padre o con los hermanos?

Si se sigue la línea de orientación familiar, tendríamos que suponer que el impulso del joven por salir de su casa obedece más a una situación real que a una fantasía, y si así siguiéramos estudiando una serie de secuencias, de comportamientos y comunicaciones, tanto en el individuo aislado como en el intercambio entre las diferentes personas y el sistema total resultante, veríamos una secuencia que se puede interpretar como una forma espacio-temporal del sistema y como un mecanismo homeostático regulador del sistema a otro nivel.

Es necesario disponer de un esquema conceptual que permita identificar las pautas cíclicas que se repiten en secuencias similares. Por ejemplo, no basta decir que un niño provoca la discordia entre los padres, puesto que el mal comportamiento de aquél puede ser el resultado de una secuencia previa donde el padre regañe al niño y la madre inicie una discusión con el padre. Por eso, debe pensarse siempre en términos de un sistema total (familia), donde no bastará convencer o tratar al niño para que se porte bien, sino que es necesario intentar el cambio en todo el sistema familiar.

¿Por qué se dice que el sistema familiar equivale a un modelo cibernético?

Básicamente porque la conducta de uno (cualquiera) de los integrantes de la familia influye y tiene necesariamente repercusión en todos los demás. Por eso existen reglas

del sistema que obligan a todos a comportarse de cierta forma (que puede ser patológica) y a no desviarse de estas normas bajo la amenaza de sufrir algún castigo (por ejemplo, rechazo emocional).

Lo anterior funciona como un regulador que mantiene el sistema inalterable, por lo que es indispensable, si se quiere lograr un cambio, modificar varios elementos o todo el conjunto.

Dicho regulador se podría definir en el mejor de los casos como un metarregulador, cuyo propósito sería mantener el termostato a una temperatura adecuada, alrededor de la cual fluctúa el campo de acción del sistema; para esto deben existir metacomunicaciones constantes que se encarguen de que no existan fallas o errores. Por lo tanto, como dice Haley, al describir a una familia deben tenerse en cuenta al menos dos niveles de regulación: *a)* la respuesta afectiva de un miembro cuando otro sobrepasa los límites de su campo de acción, y *b)* el intento de cada uno de los miembros por ser el metarregulador, esto es, la persona que fija dichos límites.

Todo esto nos lleva a observar cómo en la familia tiene que existir necesariamente una lucha por el control del poder que determine los límites de la conducta de los demás.

A esto debe agregarse la existencia de subsistemas (familia política, servidumbre, amigos, etc.) que influyen sobre el núcleo familiar propiamente dicho. No olvidando el papel del terapeuta familiar, el cual amerita un tratamiento.

Los dos niveles de regulación, tanto de la respuesta reguladora activada por la infracción de alguno de los componentes como la metarregulación, se presentan en todo intercambio de conducta.

El tratamiento de una familia en gran parte tendrá que estar diseñado para resolver las luchas intestinas por el poder, las cuales, como dijimos, se encuentran tan encadenadas unas con otras que cualquier cambio de uno de los miembros ocasiona una respuesta autorrectora en los otros, la cual tiene como función esencial amortiguar el cambio. Esto indica que cualquier modificación que se trate de introducir en el sistema, será de inmediato recibida con una gran resistencia.

De aquí se deriva que mientras más intentos individuales de cambiar el sistema se lleven a cabo, tanto mayor será la actividad de los procesos que lo mantienen homeostáticamente "inmodificado".

Haley da un ejemplo de lo anterior al decir que la educación del niño plantea problemas difíciles para los padres, si éstos valoraran excesivamente el hecho de cuidarle y de imponer así una relación complementaria única, puesto que no le proporcionan una **situa-**

ción de aprendizaje en la que pueda tener la experiencia de comportarse de igual a igual con ellos. Si sobrevaloran la igualdad e imponen por ello una relación simétrica única, el niño no solamente se verá incapaz de manejar esta relación en el contexto real de ser cuidado por sus padres, sino que aprenderá esta última experiencia.

Muchas veces al tratar individualmente a un niño, éste trata de cambiar la relación con sus padres; los padres pueden entender esto como si el niño les estuviera ordenando el cambio. Ordenar que se le diga a uno lo que tiene que hacer equivale a plantear una paradoja similar a la de la mujer que manda a su marido a que la domine.

Lo mismo ocurre cuando la familia identifica que el terapeuta quiere producir un cambio y el sistema no cambia verdaderamente hasta que los propios miembros de la familia creen haber iniciado ellos mismos un nuevo tipo de conducta.

La intervención terapéutica requiere del estudio de tópicos sumamente interesantes y complejos que requieren del tiempo y espacio suficientes para ser descritos y comprendidos, por ejemplo:

- El aprendizaje de la metacomunicación.
- Las alianzas familiares.
- El terapeuta y sus intervenciones.
- Las alianzas y el control.
- La metarregulación o dirección de las personas que dirigen.
- Las paradojas terapéuticas.
- El problema de la clasificación.
- Las relaciones voluntarias y obligadas.
- Culpa y disculpa.
- El dominio mediante la renuncia del dominio, etcétera.

Viñeta clínica

Hace algunos años vino a mi consulta un niño de 11 años de edad, venía nervioso, tenso, asustado y empezaba a fallar en su escuela. Su padre era un connotado hombre de negocios, tranquilo y afable, quien sin embargo últimamente se había vuelto taciturno, aprensivo y en ocasiones agresivo con su esposa y en especial con mi paciente. La madre, mujer de hogar, deportista, cariñosa y tierna en su trato con esposo e hijos, también se encontraba a últimas fechas de mal humor, irritable y enojona. Cosa curiosa, con quien más lo

manifestaba era con mi paciente, el cual tenía tres hermanas mayores con quienes se llevaba bien, especialmente con la más grande, de la cual era consentido.

Después de algún tiempo no muy largo de trabajar con este jovencito, me confesó un día que la razón por la cual sus papas se peleaban tanto y la tomaban frecuentemente contra él, era porque en alguna ocasión él vió a su papá besando apasionadamente a otra mujer en un automóvil que se encontraba cercano a la oficina de su padre. De ahí partió mi paciente en sus investigaciones hasta que comprobó sin lugar a dudas que aquella mujer era la amante de su papá. Me llevó varias sesiones hablar de este acontecimiento, hasta que un día me decidí a hablar con sus padres, puesto que él seguía muy abatido, con malas calificaciones y cercano a perder el año escolar. Él tenía miedo de estar en esta sesión con sus padres, puesto que había enfrentado algo que no comprendía del todo: ¿cómo es posible que exista otra mujer?, ¿cómo es posible que ambos lo nieguen?, ¿cómo es posible que el enojo sea contra mí cuando intento hablar del tema?, ¿cómo es posible que mis hermanas no me escuchen y que inclusive la mayor que es mi consentida se muestre fría y distante cuando la quiero hacer mi confidente?

Lo que mi paciente no comprendía era lo importante que era para el sistema familiar conservar su condición de familia respetable, honorable, bonita y exitosa: eso daba a sus miembros fuerza, unión, orgullo y los identificaba tanto como "esa familia tan especial". En lo individual, por sentirse miembros de un grupo tan valioso, resultaba impensable admitir algo que los manchara, como admitir la traición del padre, lo cual llegaría ciertamente a amenazar la sobrevivencia del sistema familiar.

Finalmente vinieron todos a mi consulta, donde me di cuenta de lo siguiente:

- Existía un código de comunicación entre todos ellos que los obligaba a permanecer unidos y a no disentir nunca de lo que los padres afirmaban; se llevaba a cabo mediante miradas, balbuceos, risillas, toses y entonaciones de la voz. Se trataba de evitar hablar de una ocasión en que estando todos comiendo en un restaurante, pasó frente a ellos la amante del padre y mi paciente la denunció. Resultaba sorprendente la forma en que todos lo negaban categóricamente: "tal cosa no existió, nadie pasó frente a la mesa, no sabemos de qué está hablando, si un día nuestro hijo (o nuestro hermano) lo dijo, seguramente fue un error o usted, doctor, tal vez escuchó mal; este niño nunca ha visto a nadie ni sabido de nada... no puede ser". Me sorprendió ver cómo mi paciente parecía otra persona, tal vez mucho más niño, tal vez entre distraído y juguetón. Parecía no darse cuenta de lo que estaba pasando y desatendía sistemáticamente mis intervenciones que lo invitaban a hablar, a pesar de que tanto él como sus familiares habían insistido en esta re-

unión, bajo la consigna de que él no debería perder el año escolar. Inclusive mi paciente, en un momento dado, se unió a todos ellos para negar que "aquello" hubiese ocurrido.

Obviamente en ese momento yo había sido expulsado de la comunicación del sistema.

- Las hermanas se habían aliado entre sí, hablando en voz baja entre ellas, sugiriendo que el niño se cambiara de lugar a uno más cerca de su madre, con lo cual él se sintió notablemente amenazado, acomodó la cabeza cerca de los brazos de ella y no volvió a pronunciar palabra, hasta que su padre le preguntó: "¿verdad que muchas veces piensas en cosas que nunca han sucedido?" —a lo que él respondió—: "sí papá, tienes razón, lo que quiero es que no me regañes y que no se peleen mi mamá y tú".
- Toda la atención se dirigió de pronto a la hermana mayor, quien en forma apremiante y llorosa se dirigió a la madre diciendo "mamá, no me siento bien, no me gustan estas reuniones, me preocupa mi hermano porque no sé qué le pasa y pienso que le va ir mal en la escuela, ya es hora de irnos, por favor, mamá, ya vamos".

En esta secuencia podemos observar cómo existe una metacomunicación y cómo el terapeuta está excluido. Es evidente la presencia de alianzas entre; los diferentes miembros del sistema, y el control y la metarregulación o disección de las personas que dirigen.

Con objeto de que no quede en suspenso lo anterior, quiero decir que con el tiempo dividí al sistema en tres subsistemas: el de los padres, el de los hermanos y el de mi paciente integrado a todo el sistema familiar.

Una vez quitando la intervención de todos ellos unidos, fue más fácil trabajar con la problemática de la pareja y las consecuencias que había traído a sus funciones tanto maternas como paternas.

Los cambios que implica el papel de los padres en el tratamiento de los niños

No cabe duda que el papel de los padres, tanto en la génesis de la enfermedad mental y emocional del niño y el adolescente como en su tratamiento, es de enorme relevancia. Es necesario, sin embargo, hacer algunas observaciones de importancia acerca de la revolución que se avecina (si no es que ya la tenemos aquí) en el futuro de la pareja y de la familia.

La familia nuclear tradicional tiende a convertirse en un modelo minoritario por, entre otros muchos factores:

- El cambio en el papel de la mujer.
- Las presiones económicas.
- La falta de trabajo.
- Las migraciones.
- Los divorcios.
- Las adopciones.
- Los cambios y variaciones de cohabitar.
- Las mezclas de razas y culturas.
- Los grandes avances de la ciencia y la tecnología.

Todos estos elementos proponen retos interesantes acerca de lo que es normalidad y patología en lo que se define o no como una familia.

Si Estados Unidos puede considerarse como un indicador, allí las familias compuestas por un padre, una madre y los niños son ya una entre cuatro.

El tipo de familia compuesto por una pareja sin hijos, casada o no, la supera en porcentaje y se encuentra también en trance de ser superada en número por los hogares compuestos por una sola persona.

Son cada vez más numerosos los homosexuales viviendo juntos, casados o no, con hijos de matrimonios anteriores, hijos adoptados o sin hijos.

Igualmente los hogares formados por pacientes como abuelos con nietos, madrastras o padrastros con niños, madres divorciadas viviendo con hijos adultos, viudas o solteras viviendo bajo el mismo techo.

Tienden a crecer los domicilios ocupados por amigos jóvenes, gentes emparentadas o no, en la tercera edad, grupos con relaciones sexuales o sin ellas, con niños o sin ellos.

En Estados Unidos se conoce ya con el nombre de *gayby boom* al fenómeno de padres homosexuales: unos cinco millones de madres lesbianas y otros tres millones de padres homosexuales. La mayoría son padres de hijos de un matrimonio anterior, pero desde los años ochenta han vencido las adopciones o son hijos naturales de madres lesbianas.

Algunas parejas "gays" se valen también de madres portadoras que suelen cobrar por el "producto" (niño) una buena tajada.

Por eso, aun cuando en nuestro país todavía existe la familia tradicional, avizoramos que un cambio se avecina y el solo hecho de la globalización nos invita a hacer una revisión de un futuro que ya es presente en numerosos conglomerados humanos.

De los muchos artículos recientes, el que me parece más pertinente de todos es el del *Family Process* * puesto que hace una revisión exhaustiva de lo escrito hasta esa fecha y la bibliografía es abundante.

De este artículo tomo los elementos que me parecieron más relevantes, empezando por el título "La revolución integral en la terapia de familia y de pareja".

Se habla de una revolución silenciosa que ha dado como resultado un movimiento integrado en la práctica del tratamiento de familia y de pareja,

Se ha entrado en una era donde la llamada integración cambia radicalmente el enfoque tradicional. La línea a seguir incluye diferentes escuelas de terapia; por ejemplo, la conductista, la experiencial, la estructural, la de relaciones de objetos y otras donde la tendencia es ensamblar entre sí los conceptos de las diferentes orientaciones, por lo que ejercer la práctica pura de la terapia familiar resulta una rareza.

En realidad dicha tendencia a la integración de modelos terapéuticos existe desde hace tiempo (Sager 1976); no obstante, aun aquéllos más renuentes a aceptarla, actualmente se muestran a favor de expandirla cada vez (Jacobson, 1992; Liddle, Dakof, Diamond, 1991), por lo que el impacto de estas terapias es cada vez mayor.

Aun la amplia separación que existía entre terapias familiar e individual entra ya de lleno en la negociación.

Cada vez hay mayor intercomunicación entre los postulados teóricos de las terapias individuales (por ejemplo: cognitiva-conductual, psicodinámica, psicológica del *self*), las cuales se utilizan junto con la teoría sistemática, por lo que se combinan sesiones individuales con sesiones familiares con entera libertad.

También se observa el desarrollo de un lenguaje común que trasciende todo lo establecido.

Hasta el presente ninguna de estas terapias integradoras o integrales ha surgido como la predominante. Tal vez, como la caída del muro del Berlín, era inevitable que apareciera este paradigma integrado.

Aquí mismo, en México, vemos cómo han surgido múltiples escuelas de psicoterapia que se encuentran en todo el país y ya vemos cómo en cierta forma también se va buscando un camino que pudiéramos llamar integrador; todo el mundo es psicoanalista o "psicoterapeuta" (como han dado en llamarse) en algo. Autores como Minuchin (1974) y Haley (1963) enfocan en la actualidad las similitudes y la amalgama que existe en los conceptos teóricos.

Llevaría muchísimas páginas tratar de describir todos aquellos modelos que se consideran útiles para esta llamada integración.

* Vol. 36, No I. Marzo 1997.

¿ Cuáles son las raíces principales de donde brota esta tendencia?

- El amplio cambio del comportamiento humano.
- La dificultad que el posmodernismo impone para aceptar un solo modelo (estarnos en la etapa de la deconstrucción).
- La aceptación de la terapia familiar dentro del amplio campo de la salud mental.
- El enfoque de la teoría de los sintonías, donde se confronta la problemática del individuo que existe dentro de un sistema.
- La fuerza ideológica del grupo de terapeutas familiares.
- El pragmatismo clínico de los terapeutas familiares.
- El progreso de la investigación, por ejemplo, la alianza terapéutica.
- El papel histórico que muestra la asociación entre la terapia familiar y los trastornos mentales que ofrecen mas dificultades (trastornos de alimentación, adicciones y dependencia, esquizofrenias, etcétera).

¿Cómo se define la integración?

La integración abarca dos conceptos principales:

- El ensamblaje de conceptos teóricos.
- La intervención de las diferentes escuelas de terapia y, desde luego, el producto que resulta de tal actividad.

La integración, de acuerdo con estos conceptos, no debe ser restrictiva sino debe incluir todas aquellas combinaciones que no son contradictorias en su esencia, ya sea que se trate de la teoría de los sistemas, la estructural, la de relaciones de objeto, o las estrategias apropiadas que se deriven de lo anterior.

Se puede llegar aun a traspasar las fronteras de los modelos individuales o familiares para llegar a otros modelos de intervención terapéutica, como es el llamado grupo niacrosistémico.

Se deben tomar en cuenta las siguientes condiciones:

- La integración debe construir una teoría que trascienda los métodos terapéuticos incluidos.
- Si no trasciende dichos métodos, entonces deberá llamarse "asimilación" en vez de "integración".

- La integración dentro del enfoque de pareja y familia, debe incluir alguna variante de la teoría de los sistemas.
- Si no trasciende dichas fronteras y se utiliza, por ejemplo, una combinación de principios psicodinámicos y la teoría de los sistemas, deberá ser llamado "terapia familiar psicoanalítica" en lugar de "integración".

Es conveniente establecer la diferencia entre "integración" y "electicismo", entendiendo por electivo lo pragmático, donde no existe mayor interés en la teoría.

Lo integrado constituye una metateoría, donde hay una comprensión profunda de los elementos esenciales del funcionamiento humano y los procesos de cambio; de manera que se forma un marco de referencia tal que al juntar los conceptos adquieren una consistencia interna.

¿Qué modelos escoger y qué alternativas hay?

La variedad es enorme y dentro de este concepto cualquier intervención o estrategia que se haya aplicado en psicoterapia, es potencialmente útil para el propósito explicado.

Se podría pensar en el área de lo visual; acerca del punto central de cada teoría, teniendo siempre en mente del marco macro-sistémico, a la familia, la pareja o el individuo.

Algunos enfoques "integrales" trabajan exclusivamente dentro de un nivel de sistema. Lo importante es lograr establecer prioridades en cada uno de los niveles; desde luego que surgen situaciones de alta complejidad, por ejemplo, cómo manejar los secretos cuando se tienen sesiones con ambos, la familia y los individuos que forman el sistema.

Otro punto central es el peso que se da a las dimensiones clásicas de la experiencia colectiva o individual; por ejemplo, biología, comportamiento, afecto, cognición y funciones sistémicas.

La posición del terapeuta (si existe la tendencia a ser instructor, profesor, amigo, etc.) es otro elemento que debe contemplarse. Igualmente deben de considerarse los valores, la ética, etcétera.

De aquí la lista de preferencias es interminable; existen quienes favorecen el hacer consciente la historia personal, enfocar el presente, enfocar el problema, dar soluciones, la transferencia, la contratransferencia, las experiencias, las emociones, el trabajo diario, la diferenciación, las estructuras y así sucesivamente.

Jacobson (1992) en *Terapia de pareja*, y Liddle y su grupo de colaboradores (1991) en *Tratamiento para adolescentes adictos y sus familias*, son ejemplo de cómo perciben

las rutas de intervención, lo cual está descrito en sendos tratados manuales. Existen varios otros, como el de Gurman (1981) en *Terapia marital integrada*.

¿Cuáles son los enfoques más prominentes?

Los más comunes son los esfuerzos que combinan nociones de aprendizaje conductual con un entendimiento sistémico de la familia y la psicodinamia individual (Feldman, 1985; Pinsof, 1983).

Existen otros donde se combinan las estrategias estructurales, las metas conductuales y los elementos transgeneracionales. También hay enfoques ecosistémicos narrativos y estratégicos (Liddle 1984).

Algunos son específicos para:

- Adolescentes adictos.
- Terapias ("sexuales").
- Familias con un miembro enfermo (físicamente).
- Familias con niños muy pequeños.
- Familias con enfermos alcohólicos.
- Abuso sexual, depresión, trastornos de la alimentación, etcétera.
- Psicoeducación en casos severos de trastorno mental.

Cada uno de estos métodos está basado en la teoría, la forma de intervención y los valores aplicables en cada caso en particular.

Paradójicamente la parte débil y vulnerable de todos estos modelos reside en lo limitado de su aplicación, puesto que son tomados para un solo problema específicamente y fuera de esto no pueden ser aplicados en forma general.

Siempre deberá existir una enorme preparación en todos los sentidos por parte del terapeuta para obtener el mejor resultado.

Bibliografía

- Ackerman, N.W. (1958), *The Psychodynamics of Family Life: Diagnosis and Treatment of Family Relationships*, Nueva York, Basic Books.
- _____(1961), *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Ediciones Hormé.
- Bertalanffy, L. von (1952), *Problems of Life*, Wiley, Nueva York.
- Estrada-Inda, L. (1987), *El ciclo vital de la familia*. Editorial Posada.
- Feldman, L. B. (1985), "Integrative Multi-Level Therapy: A Comprehensive Interpersonal and Intrapsychic Approach", *Journal of Marital and Family Therapy*, 11: 357-372.
- _____, (1990), *Multi-dimensional Family Therapy*, Nueva York:, Guilford Press.
- Gurman, A. S. (1978), "Contemporary Marital Therapies: A Critique and Comparative Analysis of Psychoanalytic, Behavioral and Systems Theory Approaches" (pp. 455-566), en T. J. Paolino, Jr., y B. S. McCrady (eds.), *Marriage and Marital Therapy: Psychoanalytic, Behavioral and Systems Theory Perspectives*, Nueva York, Brunner/Mazer.
- _____, (1981), "Integrative Marital Therapy: Toward the Development of an Interpersonal Approach" (pp. 415-462), en S. Budman (ed.), *Forms of Brief Therapy*, Nueva York, Guilford Press.
- Haley, J. (1963), *Strategies of psychotherapy*, Nueva York, Grune and Stratton.
- Haley, Jay. (1971), *Strategies of Psychotherapy*, Grune and Stratton. Inc, Nueva York,
- Jacobson, N. S. (1992), "Behavioral Couple Therapy. A New Beginning", *Behavior Therapy*, 23: 493-506.
- Kessler, J. (1966), *Psychopathology of Childhood*, Pergamon Press Ltd.
- Liddle, H. A. (1984), "Toward a Dialectical-Contextual-Coevolutionary Translation of Structural-Strategic Family Therapy", *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 3(3): 66-79.
- _____. (1982), "On the Problems of Eclecticism: A call for Epistemologic Clarification and Human-Scale Theories", *Family Process*, 21: 243-350.
- Liddle, H. A. (1995), Comunicación personal.
- Liddle, H. A, G. A. Dakof y G. Diamond, (1991), "Adolescent Substance Abuse: Multidimensional Family Therapy in Action" (pp. 120-171), en E. Kaufman y P. Kaufmann(eds.), *Family Therapy with Drug and Alcohol Abuse*, (2^{da} ed.). Boston, Allyn and Bacon.
- Miller, E. (1968), *Foundations of Childpsychiairy*, Pergamon Press, Ltd.
- Minuchin, S. (1974), *Families and Family Therapy*, Cambridge, Harvard University Press.

- Ortega Borbón, R. (1981), *Cuadernos de psicoanálisis*, XIV: 1, 2, 3 y 4.
- Pinsof, W. M. (1983), "Integrative Problems Centered Therapy: Toward the Synthesis of Family and Individual Psychotherapies", *Journal of Marital and Family Therapy*, 9: 19-35.
- , (1995), *Integrative Problem-Centered Therapy: A Synthesis of Family, Individual, and Biological Therapies*, Nueva York, Basic Books.
- Pinsof, W. M. y D. Catherall, (1986), "The Integrative Psychotherapy Alliance: Family, Couple and Individual Therapy Scales", *Journal of Marital and Family Therapy*, 12: 137-153.
- Sager, C. (1976), *Marriage Contracts and Couple Therapy*, Nueva York, Brunner/Mazel.
- Slipp, S. (1984), *Object Relations: A Dynamic Bridge Between Individual and Family Treatment*, Jason Aronson, Inc.

XI

Psicoterapia padres-bebé

*Teresa Lartigue
Martín Maldonado-Durán*

Introducción

Si bien la importancia de las alteraciones en la relación madre-hijo/a en la génesis de la psicopatología infantil fue advertida por Freud desde sus primeros escritos (Freud, 1892-1893, 1895, 1900, 1905a, 1905b), al parecer fue René Spitz (1945, 1951) el primer psicoanalista en proponer una clasificación de los trastornos infantiles según el tipo de desviación del vínculo materno-infantil.¹ Bowlby (1951), a su vez, destacó la importancia de los cuidados maternos para la salud mental del lactante, basado en los resultados de la investigación solicitada por la Organización Mundial de la Salud. Este autor puso particular énfasis en las vicisitudes reales; esto es, lo que sucede de hecho en las interacciones afectivas entre el bebé y las personas que regularmente lo cuidan (primeros objetos de amor e identificación). Pensaba que además de las fantasías inconscientes, que están presentes de manera más o menos uniforme en todos los seres humanos durante la infancia temprana,² en la vida del niño/a era crucial saber lo que en realidad ocurría en las transacciones entre el niño/a y sus padres. Señaló la importancia de la

¹ Línea de investigación seguida por Sameroff y Emde (1989); Zeanah, Boris y Scheeringa (1997).

² Aquí se ubican las fantasías primordiales y las ansiedades básicas.

sensibilidad materna y subrayó el peligro de las separaciones y las disrupciones en el sistema de apego del niño (Bowlby, 1951).³

En términos de la intervención clínica para los problemas infantiles, cabe señalar que la primera opción de tratamiento, desde el punto de vista psicodinámico, fue la instrumentada por Freud (1909) en el caso Juanito; esto es, el tratamiento del niño vía los padres (véase también Furman, 1951). En esta intervención, Freud no vio realmente al pequeño, sino que hizo recomendaciones para que los padres ayudaran a su hijo a contener las ansiedades que sentía.

La segunda modalidad descrita en la literatura psicoanalítica tuvo que ver con el tratamiento directo del niño o niña, que dio origen al psicoanálisis y psicoterapia infantil (véase en este volumen López y León). A Melanie Klein corresponde el mérito de haber construido una técnica basada en la libre asociación de los contenidos mentales, cuyo representante principal era el juego libre del niño (Klein, 1932; Bollas, 1999).

La tercera alternativa es el tratamiento conjunto de la diada madre-hijo/a, y que puede incluir también a la tríada padre-madre-bebé. Esta opción surgió por primera vez como una alternativa para el tratamiento de familias con bebés ciegos, instrumentada por Selma Fraiberg, por lo que se le conoce como una de las pioneras de la psicoterapia padres-bebé. En el caso de bebés ciegos, su discapacidad les impedía emitir las señales apropiadas a sus madres, perturbándose así la relación madre-lactante (Fraiberg *et al.*, 1976; Fraiberg, 1980; Blos, 1985).

Una cuarta opción es aquella que se lleva a cabo con familias en las que se encuentra un niño pequeño en riesgo de alteraciones mentales (Thomas, Benham y Guskin, 2000).

La elección de la psicoterapia

En las últimas dos décadas, ha habido una rápida evolución de los conocimientos de las capacidades cognoscitivas, relacionales, del lenguaje y motrices del bebé (Fogel, 1997). También se han caracterizado con mayor precisión y profundidad las dificultades emocionales y conductuales del lactante en el contexto de su medio ambiente familiar y social (Kreiser y Cramer, 1995; Zeanah, 2000; Osofsky y Fitzgerald, 2000). Asimismo, han emergido clasificaciones diagnósticas sobre la psicopatología de la primera infancia (Lebovici y Weil-Halpern, 1989; Zero to Three, 1994). Al contar con nuevos cono-

• Cabe destacar las innumerables investigaciones sobre la teoría del apego y la reciente creación de una revista exclusiva titulada *Attachment and Human Development* a partir de 1999; ver también Lartigue y Vives, 1997.

cimientos de cómo se desarrolla el lactante y de cuáles son las dificultades, alteraciones o desviaciones que se presentan en su desarrollo psicológico, surge inmediatamente la pregunta: ¿Qué hacer para resolverlas?

Esta pregunta no se ha respondido aún. En la última década han aparecido publicados un importante número de modelos terapéuticos sugeridos por diferentes "escuelas o corrientes" (Stem, 1995; Maldonado-Durán, en prensa). Al igual que en el campo de la psicoterapia en general (Fonagy, 1999) y de la psicoterapia infantil en particular, existe escasa evidencia empírica sobre su eficacia y sus indicaciones, respecto quién responde mejor a qué enfoque terapéutico, cuál es la duración óptima, cuáles problemas se deben tratar con qué tipo de psicoterapia, etc. El hecho mismo de que existan múltiples enfoques nos indica que el campo de las psicoterapias padres-bebé está en sus comienzos y que no existe una demostración empírica de que alguna de ellas sea la mejor (como se podrá apreciar en la última sección de este capítulo).

No obstante, las aplicaciones terapéuticas no pueden esperar la aparición de la evidencia científica sobre su eficacia, dada la naturaleza perentoria de los problemas del bebé, sus padres y la situación que los aqueja. El clínico/a procede a sugerir intervenciones y técnicas que parecen óptimas para la situación que enfrenta, por ejemplo, un bebé que "llora todo el tiempo", o un niño que está perdiendo peso y presenta rehusamiento de alimento, o una madre que se encuentra ensimismada por depresión postnatal y el bebé parece también estar deprimido.

El enfoque que usaremos en este capítulo es el de describir los diferentes modelos de psicoterapia padres-bebé que se utilizan en la práctica clínica, por lo que nos referiremos a varias de estas escuelas. Señalaremos las características específicas de cada uno de estos enfoques y también se proporcionarán algunas indicaciones sobre los problemas que pueden ser tratados y el tipo de familias con las cuales pueden ser más útiles. El objetivo principal es promover su utilización por las y los psicoanalistas y/o psiquiatras infantiles, psicoterapeutas de niños y adolescentes y terapeutas familiares interesados en la prevención primaria (Fonagy, 1996; Fonagy y Higgitt, 2000).

Uno de los dilemas principales en la atención de los problemas del lactante es qué psicoterapia puede aplicarse a qué paciente y para qué problemas. La pregunta es complicada debido a que coexisten numerosas variables: la dificultad (en el bebé o en las interacciones) que motiva la consulta, las ideas y preferencias de los padres, la gravedad del problema y los recursos. Al hablar de recursos no se trata sólo de los recursos económicos que pueden dictar la frecuencia y duración de la terapia, sino también recursos psicológicos y emocionales para involucrarse en un proceso terapéutico (la analizabilidad).

Tipo de dificultades y posición de la familia

La "psicoterapia" puede ser muy sencilla, o por el contrario, requerir múltiples intervenciones en varios niveles. Una familia con un alto nivel de motivación para ayudar a su bebé (cuando éste tiene problemas que no son de gravedad) y en la que los padres son relativamente sanos, puede requerir una intervención preventiva breve enfocada a proveer información sobre la situación que les preocupa. Por ejemplo, cuál es el comportamiento típico de un niño prematuro y cómo promover su autorregulación, cómo relacionarse con él/ella y qué pueden hacer para alimentarlo. El niño dormirá más tiempo de lo usual que el niño nacido a término, será más sensible a estímulos, etc. (Minde, 1993). Poseer esta información puede ser de utilidad para los padres, con objeto de que sus interacciones sean más empáticas con un bebé más frágil o vulnerable.

Otra intervención relativamente sencilla sería dar a los padres apoyo emocional además de información, por ejemplo, mientras el niño está en la sala de cuidados intensivos y sus padres están experimentando incertidumbre, temor, enojo, ira ante la situación (Maldonado-Durán y Morales-Kennedy, 1998). El apoyo y la información pueden ser bien recibidos, deseados y permiten a los padres intentar técnicas útiles para ayudar a su bebé, principalmente aquellos con problemas médicos (Minde, 2000).

Por el contrario, esta misma información y apoyo impartidos a una familia con un excesivo nivel de estrés y/o ansiedad, en la que los padres desconfían de casi todo el mundo y se sienten menospreciados o criticados, pueden ser recibidos en forma muy negativa. En el caso específico de la información brindada por el "experto", cabe la posibilidad de que sea interpretada como una insinuación de que la familia "no sabe nada" o es "ignorante" y que se le está criticando. En tal situación, si se insiste en "dar información útil" (que no ha sido pedida explícitamente, ni es deseada) los padres del pequeño/a pueden sentirse disgustados, incomprendidos y no volver a la consulta. La intervención, entonces, será o ha sido contraproducente. Éste es un ejemplo de cómo la posición de la familia, su comprensión de la situación y su capacidad para relacionarse tienen un impacto mayor en la clase o tipo de terapia que podría ofrecerse.

Del mismo modo, una familia con problemas múltiples puede requerir mucho más información sobre el desarrollo típico del bebé. Por ejemplo, una madre con depresión mayor postnatal, que se encuentra ensimismada, irritable y abrumada, no estaría tan interesada en averiguar sobre el desarrollo emocional del bebé, cuando experimenta este estado de ánimo o trastorno afectivo, además de otros problemas matrimoniales o económicos. Tendría más sentido ayudarla a resolver o mejorar su depresión en primer término; y cuando esto ocurra, intentar enfocarse en las necesidades emocionales del

bebé. Sin embargo, la madre puede decir que prefiere tratar de "sobreponerse" a su depresión y enfocar la ayuda hacia el bebé, el cual podría estar retraído e hiporreactivo.

Posición teórica y formación del psicoterapeuta

La elección de un enfoque terapéutico depende en gran parte de la orientación teórica del clínico/a que hace la evaluación del caso y de sus ideas y preconcepciones de cuál es el problema o problemas. Esto determinará naturalmente lo que recomendará a los padres y a la familia en general. La salud mental del bebé es un campo multidisciplinario y a menudo se hacen necesarios varios puntos de vista para comprender la situación del niño/a y la familia. Puede requerirse la participación de un pediatra o un subespecialista pediátrico para excluir una enfermedad médica general subyacente a los síntomas del niño. A menudo es necesaria una evaluación del estado nutricional del bebé, de su desarrollo del lenguaje, capacidad auditiva, su funcionamiento motriz y capacidad de integración sensorial (los lincamientos generales de la evaluación se presentan en el apéndice). Es aconsejable que el clínico que evalúe al niño y a la familia reconozca sus limitaciones y solicite la colaboración de otros especialistas cuando esto parezca necesario.

Aun cuando se han excluido dificultades mayores de tipo médico, queda el hecho de que diferentes profesionales de la salud mental piensan de modo distinto respecto de sus pacientes, de qué les ocurre y de cuál debe ser la indicación terapéutica. Por ejemplo, supóngase que un bebé es traído a consulta porque tiene dificultades en el sueño. Le cuesta mucho trabajo lograr dormirse, y una vez dormido, se despierta tres o cuatro veces durante la noche y tarda una media hora o más en volverse a dormir. ¿Cómo explorar la situación y qué recomendaciones se pueden hacer respecto de ésta?

Inmediatamente surge la influencia de la posición teórica en lo referente a cómo proseguirá la exploración de la situación actual. El clínico con formación psicoanalítica tenderá a favorecer las asociaciones libres (tribuna libre) de los padres y el juego libre del bebé y tratará de observar cuidadosamente lo que sucede. Tiene interés en las comunicaciones y relatos de los padres, cómo eligen las palabras descriptivas del problema y cuáles son sus asociaciones respecto de la situación presente del bebé y de los sucesos pasados. Más que en la obtención de datos, fechas y otros detalles, está interesado primordialmente en el cuadro general que obtiene de la situación, así como, en sus propios sentimientos y reacciones contrartransferenciales ante la familia y en los diversos significados, fantasías y deseos inconscientes que podrían estar asociados al motivo de consulta: el problema del sueño que aqueja al bebé. Este "síntoma"* se percibe como una tarjeta de presentación del bebé, como una formación de compromiso entre éste y su familia, por lo que se enfocará hacia una exploración más profunda de lo que está suce-

diendo, la cual será guiada por la búsqueda de los significados inconscientes del síntoma o síntomas del lactante para sus padres, así como de las manifestaciones transferenciales. Esto determinará cómo formulará sus preguntas el analista o terapeuta de orientación psicoanalítica, y su actitud en relación con la información obtenida.⁴

Para contrastar, compárese la misma situación con la de un profesional de la salud mental con una orientación cognoscitiva, o neurofisiológica, o de modificación de conducta. Desde la primera consulta, el clínico/a con tal orientación tratará de obtener más detalles (semiología) respecto del síntoma presente. Preguntará desde cuando padece insomnio el bebé, o sobre la interrupción del sueño, con cuánta frecuencia sucede, a qué hora se acuesta, cuánto tiempo dura despierto, si existen antecedentes de trastornos del sueño en los padres o abuelos, si el niño ronca, si llora al despertarse, si tiene otras parasomnias (pesadillas, sonambulismo, golpearse la cabeza antes de dormir, etc). Es posible que el terapeuta pida a los padres que lleven "un diario del sueño" para poder evaluar exactamente qué es lo que está sucediendo y si sus intervenciones tienen un efecto benéfico. Tal clínico estará muy interesado en las secuencias de comportamiento que tienen lugar a la hora de llevar al niño a su cuna o cama y cuando éste se despierta. Esto le dará claves sobre lo que se puede intentar para solucionar el problema. Una vez caracterizado de esta manera el problema, lo más probable es que haga indicaciones encaminadas al trastorno del sueño específicamente. Es decir, técnicas para acostar al bebé, para ayudarlo a que se relaje y que logre mantenerse dormido. Hará también indicaciones para cuando el bebé se despierte durante la noche.

Un tercer clínico/a, también con formación psicoanalítica, enfrentado a la misma situación, puede estar interesado, como en el modelo de Bobigny de Lebovici y colaboradores (descrito más adelante), en la transmisión transgeneracional de temas, fantasías inconscientes de los padres, temores y atribuciones. Más bien su anamnesis buscará elementos del pasado que se refieran a pérdidas, separaciones, abandonos y en vincular o traducir el síntoma del bebé con el temor inconsciente de los padres de que el niño se duerma, que puede ser equivalente en el inconsciente de los padres al temor de que el niño muera. Es posible que el clínico interprete a los padres aspectos de su pasado que pueden relacionarse con pérdidas, muertes o abandonos. Esta interpretación podría ayudar al progenitor(es) a hablar sobre tales pérdidas previas, expresar y nombrar sus sentimientos, temores y deseos del presente. El clínico espera que esta exploración conjunta y resignificación del síntoma ayudará al bebé a dormir mejor.

⁴ Cabe destacar las diferentes posturas teóricas y técnicas dentro de aquellos/as con formación psicoanalítica (Hinshelwood, 1999; Kernberg, 1999; Lartigue, 1999).

Es fácil observar que clínicos/as con experiencia, que tratan a bebés y a sus padres (o familias) tienen orientaciones y experiencias de entrenamiento distintas y esto determina lo que hacen. Sería importante que el clínico tuviera la oportunidad de estar expuesto a diferentes modelos teóricos y así tener la flexibilidad para tratar de aplicar el que parezca más apropiado a cada situación. A veces la familia hace esta elección por el clínico; en el caso arriba mencionado, el clínico con orientación de la escuela francesa de Bobigny podría preguntar a los padres si ellos experimentaron pérdidas en el pasado. En vez de contestar y sentirse comprendidos, podrían enojarse y reponder que esta pregunta no tiene nada que ver con el problema del sueño por el cual vienen. Si el clínico persistiera en esta línea de interrogatorio, los padres podrían sentirse incomprendidos y no volver a una segunda consulta.

Es importante señalar que, independientemente de la posición teórica del terapeuta, es necesario tener un entrenamiento formal en el campo específico de la salud mental de la primera infancia,⁵ además de los seminarios que se imparten de manera regular en los programas de la especialidad en psicoanálisis, psiquiatría infantil o psicoterapia de niños y adolescentes. En dicha formación, la supervisión de las sesiones de psicoterapia padres-bebé ocupa una posición privilegiada; las sesiones terapéuticas deberán ser videograbadas de ser posible. Es importante aprender también las diferentes técnicas de observación de bebés y las diversas metodologías e instrumentos que se emplean en el proceso de evaluación y diagnóstico. Cabe destacar al respecto los modelos de formación desarrollados: uno en la Clínica Tavistock en Inglaterra (Reid, 1997), y el otro en Estados Unidos creado por Selma Fraiberg, Vivian Shapiro y Edna Edelson desde 1973, que se imparte hasta la fecha en Wayne State University de Detroit (Weatherston, 2000). Una relación de otros programas de formación se encuentra en McDonough (2000a), así como en Frankel y Harmon (2000), que se pueden consultar directamente para obtener una descripción completa de los mismos, puesto que abordarlos excede los límites del presente capítulo.

Signos de alarma en el primer año de vida

Las dificultades que se mencionan en los siguientes apartados son por lo general manifestaciones del sufrimiento del bebé, de los padres (o de las personas que regularmente lo cuidan) y de la relación, y en ocasiones pueden ser signos del elevado estrés psicosocial

⁵ Por ejemplo, técnicas para valorar la salud mental de la madre durante el embarazo (Maldonado-Durán, Lartigue y Feintuvh, 2000), al igual que al recién nacido y los lactantes (Zero to Three, 1994).

de la familia. Maldonado-Durán *et al.* (2001) han encontrado que los más frecuentes en la consulta perinatal en Kansas (Estados Unidos) son los siguientes.

Área de alimentación. Se encuentra en lo relativo al peso, que el bebé no aumenta de manera normal, conforme a las tablas esperadas para la edad, o bien, está perdiendo peso. En relación con la talla, generalmente se pasa por alto este índice que puede llegar a convertirse en "enanismo nutricional". También se consulta por falta de apetito o de interés por la comida, por falta de maduración en la habilidad para comer, o bien, por demasiada selectividad en cuanto a las comidas por los denominados niños "melindrosos". La detección temprana de los mismos es importante debido a que se pueden transformar en trastornos de la alimentación (Maldonado-Durán y Saucedo García, 1998).

Llanto e irritabilidad excesivos. El bebé llora durante periodos de más de quince o veinte minutos, a pesar de que se le consuela y se le trata de calmar; llora con suma facilidad por cualquier cambio y puede llegar a convertirse en una "tortura" para los padres, lo que lo coloca en un riesgo alto de ser maltratado. También suele suceder que el niño es descrito como "coliquiento" a pesar de que tiene más de seis meses de edad; otros niños lloran debido a que son muy sensibles a los cambios de postura o a los ruidos, por lo que es importante efectuar una evaluación precisa de la dificultad del menor.

Problemas del dormir o sueño. Este tipo de dificultades se subestiman, porque se piensa que es "normal" que los niños pequeños se despierten varias veces durante la noche; se estima que alrededor de los cuatro meses de edad, el bebé está en condiciones de dormir por lo menos seis o siete horas seguidas. Las dificultades suelen ser de dos tipos, para iniciar el sueño, o bien, el pequeño se despierta varias veces durante la noche (después de los cuatro meses de edad). Los terrores nocturnos, pesadillas, sonambulismo, síndrome de la pierna inquieta, son más raros en el primer año de vida.

Ansiedad o depresión en el lactante. Estos problemas son más difíciles de detectar debido a que se puede pasar por alto que el niño/a parece triste o demasiado sombrío, casi no sonrío, manifiesta poco interés por el medio ambiente, Los padres pueden describirlo como "un niño muy bueno" porque casi no llora y se entretiene solo por largos periodos de tiempo. También puede manifestar movimientos de autoestimulación de su cuerpo como bamboleo, succionarse el dedo de modo continuo y no responder a los estímulos; por ejemplo, no fija la mirada o no toma los juguetes cuando se le acercan. Cabe destacar que los niños que han sido testigos de violencia doméstica, o que ha sido maltratados, muestran de igual manera signos de evitación y a veces de escisión. El bebé puede presentar también trastorno por estrés postraumático cuando ha sido víctima de un abuso activo por parte de un adulto o hermano mayor, por lo que es importante valorar a los bebés que parecen "asustados" o que son descritos como ausentes o "idos".

Por otra parte, es relevante hacer notar la diversidad de problemas que pueden presentar las y los niños en la primera infancia; el grupo Zero to Three (1994) en su clasificación multiaxial, diagnóstica dentro del eje I, que es el diagnóstico principal, los siguientes: Trastorno por estrés postraumático; trastornos del afecto, entre los que se encuentran los trastornos de ansiedad de la infancia temprana, los trastornos del estado de ánimo, relacionados bien con una reacción de duelo prolongada o con depresión, o un trastorno mixto en la expresión emocional. Otros trastornos son el de la identidad de género, el trastorno reactivo del apego y/o por maltrato, el trastorno temporal por ajuste a situaciones nuevas o desconocidas. Otro grupo de trastornos son los de la autorregulación, que pueden ser de cuatro tipos: hipersensibilidad, escasa responsividad, impulsividad y/o desorganización motora y no específico. Los trastornos del sueño, de la alimentación y de la comunicación, se ubican también en el eje I. En el eje II, se diagnostican los trastornos de la relación padres-hijo (Lartigue, 1998); en el III, las condiciones médicas que requieren cuidado especial, así como las alteraciones en el desarrollo; en el eje IV se identifican los estresores psicosociales y en el v el nivel de desarrollo emocional.

Greenspan y Wieder (2000) consideran que para comprender la complejidad de la sintomatología en los niños pequeños/as, se requiere tener en cuenta además tres dimensiones: la de nivel del desarrollo alcanzado, las diferencias individuales (constitucionales y de maduración) y las relacionales (en la familia y en el contexto social más amplio). El proceso de evaluación y diagnóstico que combina síntomas y nivel del desarrollo del bebé y de los padres, permite identificar las potencialidades y recursos de los que se dispone para promover un mejor funcionamiento psíquico y para seleccionar el modelo de tratamiento que sea más efectivo para la diada, tríada o la familia en cuestión. A continuación se describen los modelos comúnmente utilizados en diferentes países.

Modelos de psicoterapia padres-bebé

La orientación terapéutica más empleada es la psicoanalítica, denominada también psicoterapia psicodinámica madre-bebé (o padres-bebé) o psicoterapia orientada al *insight*. Con esta orientación trabajan (entre otros) Alicia Lieberman y Jeree Pawl del Hospital General de San Francisco; Bertrand Cramer y Christiane Robert-Tissot de la Clínica de Psiquiatría Infantil de Ginebra; Berry Brazelton y Kevin Nugent del Hospital de Niños del Centro Médico de Boston; Serge Lebovici, Serge Stoleru, Leon Kreisler y Philip Mazet en París con el modelo de Consulta Terapéutica inspirado en Winnicott; discipu-

los de Esther Bick en la Clínica Tavistock en Londres y, por último, en la escuela de Françoise Dolto en París (Stern, 1995).

Un segundo tipo de abordaje es el derivado de las terapias conductuales: "orientación interactiva o guía de orientación" (IG por sus siglas en inglés) es el nombre que le dio Susan McDonough de Ann Arbor a su modelo de intervención. En tercer lugar se encuentran las psicoterapias combinadas (en las que se integran dos o más teorías, por ejemplo la teoría psicoanalítica y la teoría del apego) practicadas por Elizabeth Tutters del Centro Hincks-Dellcrest de Toronto y Klaus Minde de la Universidad de McGill en Montreal (Lartigue, 1997a), combinación que cada vez se utiliza con mayor frecuencia. En cuarto lugar, las psicoterapias multimodales madre-bebé con o sin el padre, o con varias diadas madre-bebé en sesiones de grupo, que constituye la tendencia actual. Y por último, aquellas enfocadas al sistema familiar o a sus diferentes subsistemas.⁶

Guía anticipatoria

Nelms (2000) recomienda esta modalidad que puede emplearse con éxito en padres con problemas "normativos" con su bebé y que tienen interés en aprender sobre el desarrollo temprano, necesidades, cuidados y estrategias para enfrentar problemas comunes. El pediatra ocupa un lugar privilegiado para la identificación de cualquier anomalía en el desarrollo infantil y si tiene interés en este ámbito del conocimiento (sobre todo pediatría de la conducta) puede orientar a los padres sobre qué pueden esperar en el futuro con su bebé. Por ejemplo, a los seis meses podría hablarles e ilustrar con ejemplos temas de autonomía y autoafirmación por parte del lactante, conductas y retos que aparecerán cuando el pequeño tenga alrededor de nueve meses o de la ansiedad de separación alrededor del primer cumpleaños. Esto ayudará a los padres a estar listos emocionalmente cuando se presenten estos problemas en su hijo o hija.

El pediatra les informa qué esperar, cómo entender los cambios en la conducta y emociones del niño/a y cuál puede ser la mejor manera de responder a ellos. Este esfuerzo puede prevenir un malentendido del comportamiento del bebé. Se podrían dar varios ejemplos sobre la facilidad con que el niño puede ser malinterpretado por los padres.

⁶ Se enfatiza de nueva cuenta el videgrabar tanto el proceso de evaluación como de intervención con fines de investigación y docencia, para favorecer el proceso de enseñanza-aprendizaje en las distintas especialidades relacionadas con la salud mental en la primera infancia

Una ilustración de lo anterior sería cuando el niño o niña tira la cuchara una y otra vez al suelo durante las comidas. El niño tira la cuchara, la madre la levanta, el niño la vuelve a tirar, etc. Estas secuencias conductuales pueden percibirse como una conducta de experimentación, de exploración e iniciativa por parte del bebé; sin embargo, algunos padres podrían interpretarlas como un acto de desafío y de oposicionismo. La respuesta emocional-conductual de los padres que hacen la primera atribución, al considerar que el bebé está aprendiendo propiedades físicas de su alrededor, los puede alegrar y llevar a pensar que su niño es inteligente y está aprendiendo cosas que son típicas a esta edad. Por el contrario, si están cansados, abrumados por los estresores de la vida diaria, podrían exasperarse cuando su hijo/a tira la cuchara una y otra vez a pesar de que le han dicho "no". Al volverlo a repetir el niño, el progenitor/a puede irritarse y gritarle al bebé, darle una nalgada o interrumpir la alimentación. Si el padre o la madre hubieran estado preparados para comprender cómo se comportan en general los bebés —en un ambiente familiar suficientemente bueno— podrían tener mayor paciencia ante el niño que no puede evitar hacer lo que hace.

Las principales técnicas de intervención en esta guía anticipatoria son proveer información y resolver dudas, favorecer la disponibilidad emocional y empatía de los padres hacia el bebé y su vida mental, sintonizarse afectivamente con los padres mismos (sobre los retos que representa el tener un bebé pequeño y cómo a veces pueden sentirse abrumados), prepararlos para anticipar las futuras conductas del niño o niña. Este modelo es práctico dada la posibilidad de que el pediatra mismo o la enfermera pediátrica puedan ayudar a los padres con esta información y apoyo emocional. El método parece a primera vista muy simple, pero no lo es. Hay que buscar el momento adecuado, dentro de la consulta pediátrica de rutina, para brindar esta información, presentarla de un modo aceptable a los padres, sin juzgarlos ni criticarlos, y tampoco proporcionarla de manera aburrida y mecánica. Más bien el pediatra o el clínico toman tiempo para observar e interactuar con el bebé y les señalan a los padres algunas de estas características positivas que observan: se trata de un bebé fuerte, hermoso/a, inteligente, con curiosidad, sonriente, etc. Esto permite establecer una primera alianza con los padres, para que éstos puedan hacer preguntas sobre algunas preocupaciones. Por otra parte, es imprescindible que las y los pediatras tengan conocimiento de las clasificaciones diagnósticas de la psicopatología de la primera infancia y/o de los inventarios de síntomas sobre los padecimientos o trastornos más comunes en estos primeros tres años de vida (Zero to Three, 1994; García-Sauceda y Maldonado-Durán, 1998; Cordeiro, 2000), así como de los principales problemas en la alimentación (Lartigue, Maldonado-Durán y Avila, 1998) al igual que el desarrollo psicológico normal (Dallal, 1997, 1999).

Intervención preventiva BNBAS

A partir de la aplicación de la escala de evaluación de conductas neonatales de Brazelton (BNBAS por sus siglas en inglés), en el último cuarto del siglo pasado se logró hacer evidente que el recién nacido es un organismo social, altamente complejo y competente, programado para interactuar con su medio ambiente con el fin de lograr su sobrevivencia y su adaptación exitosa. La escala evalúa siete factores o áreas: habituación, orientación, desempeño motor, rango de estado, regulación del estado, estabilidad del sistema nervioso central y número de reflejos anormales⁷ (Brazelton y Nugent, 1995).

El modelo de intervención de Nugent y Brazelton (2000) enfatiza el papel que juegan los sistemas de retroalimentación internos y externos que proveen la energía para que el recién nacido logre ir creciendo y desarrollándose de manera saludable. El objetivo es promover la adaptación del bebé y favorecer las interacciones de bienestar con sus padres a través de la exploración y observación compartida con el clínico/a, en lo referente a la organización conductual de su hijo. La aplicación del BNBAS se constituye así en el primer paso de una relación de trabajo entre los padres y el clínico (el cual requiere de certificación para poder aplicar la escala), que continuará hasta que el bebé cumpla los tres meses de edad. La característica central es que el bebé se constituye en el centro del tratamiento y, a través de éste, se motiva a los padres para que se esfuercen en comprender y responder a las señales de su recién nacido. Los autores consideran que en los dos primeros meses de la vida se sientan las bases para el desarrollo conductual y relacional; es una etapa de transición única en el ciclo vital y un periodo formativo que presenta una oportunidad invaluable para intervenir.

Las técnicas de intervención se apoyan en las capacidades de los padres, consisten en la invitación para explorar con el clínico/a las capacidades individuales de su bebé, y en la identificación conjunta de las diferentes estrategias que pueden promover el desarrollo específico de su hijo/a, lo anterior con base en los resultados de las evaluaciones, que constituyen el encuadre del modelo. Se recomiendan por lo menos dos aplicaciones del BNBAS, una dentro de los primeros tres días posteriores al nacimiento, una segunda a los nueve o diez días, o bien durante el tercer mes de vida, con objeto de poder compararlos y seguir de cerca la organización conductual del lactante. Su modelo es flexible, adaptativo y se ha aplicado en diferentes contextos culturales con excelentes resultados en países de Europa, Asia, África, y América; estos estudios confirman la naturaleza bidireccional

Para aplicar la escala se requiere de un entrenamiento y certificación expedida por Brazelton y/o Nugent.

del desarrollo y han permitido comprender mejor el rango de variabilidad de los patrones conductuales de los recién nacidos, así como la diversidad de creencias culturales y de sistemas de cuidado y crianza de los lactantes, distinguiéndose de esta manera lo que está filogenéticamente programado, de lo cultural y de lo que comparten los padres y la sociedad. Han obligado a definir lo que es normal o típico para cada grupo cultural, en donde se advierte claramente que la noción de riesgo es una construcción cultural.

Psicoterapia bebé-padres

Alicia Lieberman y su grupo en el Hospital General de San Francisco, California, aplicaron y extendieron las técnicas descritas por Selma Fraiberg. Esta autora describió lo que denominó "psicoterapia en la cocina", indicando que no había un contrato terapéutico explícito con ciertas familias, sino que la terapia ocurría de modo implícito durante lo que pareciera ser una visita a la casa donde vive el pequeño/a. El nombre mismo de la intervención indica la prioridad que estos clínicos/as dan al menor, a sus necesidades y a la comunicación con los padres a través del lactante. Esta terapia ha evolucionado hacia el tratamiento de familias con múltiples problemas, que no confían en los clínicos o en otro personal de salud, y que difícilmente aceptan alguna clase de atención psicológica. Está indicada en este tipo de familias, que por lo general se encuentran en condiciones de pobreza, viven en vecindarios dilapidados con un alto índice de criminalidad y experimentan múltiples estresores, además de los económicos. Estas familias tienden también a transmitir tales temas (desconfianza, desaliento, escasa sensibilidad a las emociones, capacidad disminuida para mentalizar) al niño/a, debido a un proceso en el cual se aprende a suprimir las emociones o las sensaciones de debilidad o dependencia de los demás. El niño o niña puede ser entrenado/a para volverse duro/a y para no sentir miedos o temores de manera consciente casi ante cualquier circunstancia (Lieberman, 1992).

La teoría del apego, además de la teoría psicoanalítica, es central para la comprensión de los problemas del bebé y sus padres, y también guía las intervenciones. Lieberman y Zeanah (1995, 1999) sugieren como técnica de intervención que los padres tengan una "experiencia correctiva del apego", con objeto de que puedan mostrarse sensibles a las emociones y necesidades de su bebé. Tal experiencia correctora es posible en el terreno de la relación entre el terapeuta y los padres. A través de su constancia, sensibilidad, capacidad de contención, reflexión y disponibilidad emocional, el terapeuta logra que los padres "abran la puerta" de nuevo a sus propias emociones, necesidades insatisfe-

chas, experiencias traumáticas, etc. Al establecerse la relación de confianza con el terapeuta, la familia repara algo que se había roto hace mucho tiempo.

El encuadre clásico consiste en un proceso de evaluación exhaustivo, en el cual se exploran e indagan las motivaciones y expectativas de los padres, la relación padres-terapeuta y la relación bebé-terapeuta con objeto de llegar al mejor diagnóstico posible tanto de los padres como del bebé y del tipo de interacciones existentes entre ellos. Por otra parte, el tratamiento consta de sesiones conjuntas con la madre, el bebé y el padre si así lo desea; se trabaja mejor con niños en el periodo preverbal cuyas demandas y necesidades pueden ser incorporadas en el proceso terapéutico, que oscila entre el pasado y el presente, siguiendo el libre flujo de sentimientos, conductas y asociaciones e interacciones de la madre con su bebé. Cuando el bebé es mayor, o el desacuerdo entre los padres es muy grande, se pueden añadir sesiones en las cuales el terapeuta se encuentra con la pareja sin el bebé. Otra alternativa consiste en añadir sesiones extra en fin de semana (Lieberman y Pawl, 1993).

Cabe destacar, que si bien el supuesto teórico que guía las intervenciones es el establecimiento de una relación terapéutica que modifique el tipo de apego de los padres y el bebé, la psicoterapia bebé-padres, a lo largo de estos treinta años, se ha transformado en una psicoterapia multimodal que trabaja conjuntamente con los padres, bebés y más recientemente con preescolares (Lieberman, 1997). El puerto de entrada al sistema clínico puede ser: la conducta del lactante, la interacción bebé-padres, las representaciones mentales del pequeño/a, las representaciones mentales individuales o bien entrecruzadas o entretajadas de los padres. El terapeuta procura establecer una relación terapéutica caracterizada por la flexibilidad y la disponibilidad emocional de los padres hacia las necesidades y señales de su hijo/a. La relación es un catalizador para emplear una combinación de técnicas de intervención (además de la experiencia correctiva del apego), que incluyen psicoterapia orientada al *insight*, orientación inestructurada del desarrollo, apoyo emocional, ayuda práctica e intervención en crisis cuando la situación así lo requiera. A través del proceso creado conjuntamente con el bebé y sus padres, se construyen nuevos significados de la relación consigo mismo y con los otros significativos (Lieberman, Silverman y Pawl, 2000).

Respecto de la efectividad de este tipo de psicoterapia, se examinó la compatibilidad conceptual con la teoría del apego. Se evaluaron las dificultades en la relación madre-hijo/a a través del *método de la situación extraña* de Ainsworth; los bebés con apego inseguro fueron asignados al azar: bien al grupo que recibiría la intervención, o bien al grupo control 1. Las diadas con apego seguro constituyeron un segundo grupo control. Respecto a los resultados, el grupo que recibió la intervención modificó su tipo de ape-

go a seguro, no encontrándose diferencias significativas con el grupo control 2. Asimismo, las madres que formaron una relación positiva sólida con su pequeño/a, mostraron mayor empatía hacia sus bebés, por lo que disminuyó la proporción de niños con apego evitante. Otro resultado significativo fue que el grupo de intervención se desempeñó mejor que el grupo control 1 en lo referente a evitación, resistencia y rabia hacia la madre, así como en un mejor uso de los mecanismos involucrados en la autorregulación para alcanzar metas compartidas (*ibidem*).

Psicoterapia psicodinámica breve madre-bebé

El postulado del cual parte es la condición de indefensión originaria del recién nacido señalada por Freud; es la psicoterapia en la cual el bebé depende totalmente de una persona adulta para sobrevivir, generalmente la madre biológica. La madre o primer objeto de amor, cumple diversas funciones para que el bebé logre alcanzar con éxito las diferentes tareas del desarrollo, la autorregulación de sus emociones, niveles complejos de competencia conductual y patrones relacionales. Diversas publicaciones describen de manera exhaustiva este abordaje (Cramer, 1974, 1995; Cramer y Palacio-Espasa, 1993) que se aplica en la Clínica de Psiquiatría Infantil de Ginebra (al igual que la guía interactiva de McDonough). Está basada en los siguientes supuestos (Cramer y Robert-Tissot, 2000):

- Si bien la madre y el bebé tienen sus propios modos de funcionamiento mental, existe una profunda interrelación en su funcionamiento psíquico, particularmente durante el postparto y en lo que Mahler denomina la fase simbiótica. A pesar de que no es posible saber cuál es la representación mental de la madre en el bebé y de su relación con ella, si es factible indagar las representaciones mentales de la madre, así como la manera en que va construyendo las representaciones de su bebé y de sus funciones maternas. La identificación proyectiva es el mecanismo mediante el cual la madre imagina primero al feto y después crea la representación de su bebé, al que le atribuye significados e intencionalidad, le confiere una identidad y en ocasiones hasta un destino. Estas atribuciones juegan un importante rol en el malestar de la madre frente a los síntomas del menor; además contribuyen a su desarrollo y mantenimiento. La técnica básica es que las interpretaciones maternas del bebé deben ser evaluadas a profundidad, y su fuente debe ser aclarada, lo que permite en un segundo tiempo la resolución de la ansiedad y el cese de las interacciones patógenas.

- El periodo del postparto, que algunos clínicos/as consideran se extiende hasta los 18 meses, se caracteriza, en primer término, por una preocupación materna primaria en el sentido de Winnicott, por un estado constante de alerta y de vigilancia sobre el bebé, que constituyen una poderosa motivación para encontrar tácticas que ayuden a su hijo/a, lo cual es un ingrediente positivo para la alianza terapéutica. En segundo lugar, este periodo también se caracteriza por la "transparencia" de los pensamientos maternos, fantasías y sentimientos acerca del lactante y de sus funciones maternas, lo que le facilita las asociaciones libres, principalmente en la primera sesión, en la cual la madre y el terapeuta trabajan en la definición inicial del foco que captura lo esencial del problema, así como su relación con distintos eventos: la identificación proyectiva, las características especiales del bebé y la forma específica de las ansiedades maternas que provienen de su propia infancia. En tercer lugar, la presencia del pequeño/a ayuda a la formación de hipótesis. La conducta del bebé expresa el problema central que muestra dónde fallan las interacciones.

Desde el punto de vista técnico requiere doble atención por parte del terapeuta, quien escucha a la madre y observa el comportamiento del lactante y sus demandas. Las técnicas de intervención son principalmente las interpretaciones que tienden a descifrar las ansiedades y proyecciones maternas y el estilo de las interacciones, así como la creación de un foco terapéutico. Se presta particular atención a la conducta actual del bebé y a sus distorsiones debidas a conflictos de la infancia de la madre transferidos al menor. La formulación de los diversos aspectos involucrados sirve para la creación de este foco cuyo objetivo es definir las ansiedades que provocaron la aparición de los fantasmas transgeneracionales en el sentido de Selma Fraiberg y descontaminar la representación mental materna de la relación, que apuntala o sostiene el conflicto.

- El foco y/o núcleo conflictivo de la relación se define con base en los siguientes factores: síntomas del bebé, proyección materna central en el bebé y las respectivas representaciones mentales y ansiedades, el conflicto central y modo de relación y las referencias al pasado de la madre. Estos factores, juntos, crean la constelación típica de la diada y orientan al terapeuta en sus interpretaciones. El objetivo de las interpretaciones es la modificación de las representaciones mentales, proyecciones y conflictos, con el propósito de construir nuevas maneras de relación y, cuando es posible, la eliminación de los síntomas. La transferencia de la madre no se interpreta, pero la transferencia hacia el bebé es el foco principal que se debe atender.

Cuando se emplea como única opción, el encuadre corresponde a una sesión de una hora por semana, durante seis semanas; si bien generalmente asisten la madre y el me-

nor, se alienta a que asista también el padre. Está indicada en niños/as menores de tres años con patología funcional: trastornos del sueño, de la alimentación, del apego y problemas de conducta.

La consulta terapéutica padres-bebé

Ésta es una técnica descrita originalmente en 1971 por D.W. Winnicott y retomada por Lebovici (1983) y su grupo en Bobigny (París, Francia), así como en México (Barriguete y Salinas, 1999) y en Argentina (Catz de Katz, 2000).⁸ Se basa en el supuesto de que en todo lactante se depositan contenidos mentales de sus padres y de otros adultos que rodean al niño/a, creándose lo que Lebovici denominó el "bebé fantasmático". En contraposición al bebé "real", el fantasmático es el producto de percepciones, deseos y proyecciones de los padres sobre su bebé. Temas de la infancia de los padres, o de la generación anterior, se proyectan o afectan al pequeño/a, creando expectativas y percepciones que no proceden del niño mismo, sino que existen en la mente de los padres. A veces estas atribuciones son muy negativas, o también se puede estar presionando inconscientemente al menor para que se ajuste a cierto tipo de comportamiento predefinido: puede convertirse, así, en un niño "abusivo", "malo", inoportuno o difícil. Otro tema común es que el niño sea sentido como un castigo o un perseguidor

En el proceso de consulta, el terapeuta trata de usar su intuición y su propia persona para empatizar con el niño o niña, con sus padres, y entender cómo se relacionan. Más que la empatía, el terapeuta utiliza su propio cuerpo como instrumento para tratar de percibir intuitivamente cómo se sienten el bebé y sus padres. Esto le ayuda a entender el predicamento en que se encuentran. Con la historia obtenida de los padres y lo que éstos dicen espontáneamente, se puede intentar construir una hipótesis del significado de los síntomas del bebé para los padres. Se intenta buscar si existe un "mandato transgeneracional", o una misión o significado especial que el niño o niña debe llenar para cumplir con estas expectativas transmitidas a través de las generaciones. Al identificarse e interpretarse este "mandato", se espera que la conducta sintomática del lactante desaparezca.

La consulta terapéutica, de acuerdo con Lebovici (1983), provee una oportunidad excepcional para interrogar a la madre y/o padre sobre los posibles significados de su consulta; el clínico/a, quien es un observador participante, debe sentirse en libertad de

⁸ Comunicación personal.

confiar en su sistema asociativo y en su capacidad de empatía para seguir al bebé y a su madre a donde sea que ellos quieran llevarlo. Es muy importante evaluar cómo sostiene la madre a su bebé: ¿lo sostiene en los brazos o lo descansa sobre sus rodillas?, o bien, ¿qué otras modalidades emplea?, en virtud de que gran parte de las modulaciones afectivas del discurso materno tienen traducción inmediata en la eficacia de la calidad del modo de sostener o cargar a su bebé. La portación comprende las variaciones que se elaboran cuando la madre habla de sí misma, del bebé y de la vida de relación con éste y con los otros miembros de su familia, así como los aspectos conflictivos de sus relaciones objetales en donde el cuerpo del bebé representa un posible lugar de proyección fantasmática. Lebovici recomienda que el clínico se identifique con el bebé y hable por él; se procura, asimismo, que la madre explique su manera de sostenerlo; esto es, sus conductas con el fin de poder relacionarlas con sus emociones y vida fantasmática: así los efectos terapéuticos, si bien recaen sobre la conducta, permiten modificar las actitudes y las representaciones mentales. Es importante hacer notar que en la consulta terapéutica se privilegia la observación de secuencias de comportamiento libre dentro de la relación que se establece entre una madre y su bebé.

Una de las principales contribuciones de Lebovici es que concilia la versión metapsicológica del niño reconstruido psicoanalíticamente con los criterios que proporciona la observación de las interacciones socioemocionales y fantasmáticas (el niño observado). Si bien, parte del postulado freudiano de la unión del recién nacido y los cuidados maternos, destaca que estos últimos incluyen la vida fantasmática de la madre al menos por tres generaciones, y que el bebé, al investir libidinalmente a su madre, contribuye a darle su estatuto.

Respecto al encuadre de la consulta terapéutica, cabe señalar que es de duración variable, puede ser breve o extenderse por varios meses; las sesiones pueden tener lugar cada dos semanas, o dejarse inespecificada la siguiente sesión, esperándose que los padres soliciten volver cuando estén listos para hacerlo;⁹ las consultas por lo general son videograbadas y la interpretación, junto con las construcciones y reconstrucciones, son los elementos técnicos indispensables. Está indicada cuando existen interacciones patológicas entre la madre y su bebé, así como sintomatología diversa en el pequeño/a, por ejemplo golpearse la cabeza contra las paredes, trastornos del sueño, trastornos de eliminación, trastornos de la alimentación (Barriguete *et al.*, 1998); o bien, el bebé presenta el síndrome del hijo de reemplazo (Lartigue y Maldonado-Durán, 1998). Es de gran utilidad en familias migrantes o en casos de madres solteras (Moro, 2000).

⁹ Ver Esperanza de Plá en este volumen.

Psicoterapia madre-bebé: "observe, espere y pregúntese"

Watch, Wait and Wonder (www) es el nombre que Cohen *et al.* (1999) utilizan para describir su manera de tratar a la pareja madre-bebé en el Centro Hincks-Dellcrest para la Salud Mental de los Niños/as ubicado en Toronto. Este enfoque utiliza un modelo de psicoterapia psicodinámica breve, como el empleado en la Clínica de Psiquiatría Infantil de Ginebra (mencionado previamente) con dos diferencias: la primera tiene que ver con que la intervención está dirigida a modificar no sólo las representaciones mentales de la madre, sino también sus comportamientos (Muir, 1992). El punto de partida es considerar al bebé como un iniciador de la psicoterapia padres-hijo/a; la segunda diferencia tiene que ver con el hecho de que las intervenciones terapéuticas se llevan a cabo en el contexto de un programa para padres estructurado en su mayor parte desde la teoría del apego.

La técnica de intervención consiste en dividir las sesiones en dos partes; en la primera mitad se instruye a la madre para que permanezca en el suelo con su bebé y observe con cuidado qué actividad inicia el bebé y cómo la lleva a cabo. Asimismo, se le explica que la interacción de su parte debe ser únicamente en respuesta a las iniciativas de su hijo/a. Se le estimula a reconocer y a aceptar la espontaneidad del pequeño/a, sus diversas manifestaciones conductuales y a estar físicamente y emocionalmente disponible para el menor. Lo anterior promueve el desarrollo de la capacidad de reflexión y de autoobservación de la madre y la coloca en una posición de responder con mayor sensibilidad a las señales y mensajes emitidos por el infante. De esta manera, el bebé está directamente involucrado en el proceso terapéutico como un agente de cambio y, al mismo tiempo, se fomenta la capacidad de la madre para observar las actividades de su hijo/a y potencialmente para lograr el *insight* del mundo interno del bebé y de sus necesidades relacionales. De manera paralela, el bebé tiene la experiencia terapéutica de negociar el vínculo con su madre y desarrollar así su competencia para negociar con el ambiente familiar, primero, y después con el entorno social. La psicoterapia madre-bebé *www* trabaja en el mismo sentido que las terapias de juego con las y los niños de mayor edad, pero con la madre en el rol terapéutico.

En la segunda mitad de la sesión, se invita a la madre a discutir con el terapeuta sus observaciones y experiencias al dejar que el bebé juegue. El terapeuta no da instrucciones ni orientación; tampoco interpreta la actividad del bebé o sus juegos, sino que provee un ambiente contenedor, sensible y seguro con objeto de que la madre pueda expresar libremente sus pensamientos, sentimientos e interpretaciones de las diferentes actividades llevadas a cabo por el bebé y de la relación con ella. Tanto el terapeuta como la madre

intentan comprender los temas y aspectos vinculares que el pequeño/a está logrando alcanzar o desarrollar, focalizando posteriormente los problemas inevitables que emergen cuando la madre se esfuerza por permitirle al bebé tomar la iniciativa. Esto promueve que la madre examine sus propios modelos internos de trabajo (o estados de la mente propuestos por John Bowlby) en relación con su bebé, y los que imagina que su hijo/a ha construido respecto de la relación con ella. Se presupone que, a través del juego y de las reflexiones maternas, tanto el lactante como la madre pueden revisar sus representaciones mentales y modificarlas en virtud de las nuevas experiencias generadas a partir de compartir las sesiones terapéuticas. Esta segunda parte de la intervención se constituye en una excelente oportunidad para explorar (la madre con el terapeuta) los efectos de la transmisión transgeneracional de la relación con los abuelos del bebé.

Si bien el proceso sigue los lineamientos principales de la psicoterapia de orientación psicoanalítica, se distingue por su énfasis en que la madre identifique, permita y siga las iniciativas de su bebé.¹⁰ Se procura estimular la alianza terapéutica y los aspectos transferenciales se toman en cuenta, pero se interpretan únicamente cuando emergen de manera clara y evidente, debido a que el foco de la intervención es la relación madre-bebé.

Los autores consideran que este tipo de psicoterapia se encuentra más cerca de los postulados de la teoría del apego, que privilegia la relación intersubjetiva madre-hijo/a. De manera específica, la sensibilidad y no intrusividad materna y su respuesta afectiva concordante con los gestos espontáneos del bebé, permiten un desarrollo más integrado y coherente del *self* del bebé y un sentido de competencia para negociar con el ambiente.¹¹

En síntesis, esta técnica (de la cual existe un manual) tiene una frase que se aprende fácilmente: observar, esperar y preguntarse. Observar principalmente las secuencias conductuales que pueden dar la clave sobre los significados de tal o cual conducta. Esperar se traduce en términos prácticos a no actuar de modo impulsivo respecto del menor; tomar un tiempo para serenarse, tranquilizarse y así poder responder con paciencia y ternura ante el niño/a. Preguntarse, significa inquirir sobre lo que podría estar sucediendo en la mente del bebé. Este preguntarse está dirigido a generar empatía hacia el bebé y "ponerse en los zapatos de éste", para comprender el punto de vista del pequeño y no sólo el del adulto.

¹⁰ Línea de trabajo en la cual ha hecho énfasis Hofmann (1998) en Buenos Aires, Argentino.

¹¹ Véase al respecto la categoría de disponibilidad emocional en la Guía de Lartigue (1994)

Guía de interacción

McDonough y su grupo en Ann Arbor, Michigan (McDonough, 1995,2000b) han diseñado este método de intervención, principalmente para familias de alto riesgo, con problemática múltiple y que son prácticamente "inalcanzables". Antes nos hemos referido a familias en las que prácticamente cualquier comentario por parte del terapeuta podría ser tomado como una ofensa, crítica o signo de desaprobación. McDonough utiliza esta técnica con parejas o con mujeres víctimas de violencia doméstica (que han sufrido previamente de maltrato físico, verbal o sexual, negligencia), conflicto familiar crónico, con historia de pérdidas o disrupciones en el apego, muchas de las cuales han crecido en instituciones o en múltiples hogares sustitutos.

La técnica de intervención está dividida en tres partes. En la primera, el clínico/a videografa las interacciones del bebé con su madre en situación de juego libre (puede incluirse al padre o a alguien más que cuide también del bebé) con escasas intervenciones de su parte. En la segunda parte, se revisa cuidadosamente la videograbación y se selecciona un momento en que la madre (o el padre) haya presentado una conducta sensible o de comprensión hacia el bebé. Otra posibilidad es que el bebé haya respondido favorablemente a las acciones de su madre, haya sonreído, aumentado su atención a algo en particular o haya jugado placenteramente con su madre. El objetivo central es capturar algunos momentos favorables en las interacciones, aunque sean breves, y luego mostrar ese fragmento a la madre y/o padre. Se les hace énfasis en lo que están haciendo bien y se les invita a pensar o reflexionar en cómo lograron que el niño/a respondiera positivamente. Si los padres no pueden fácilmente reflexionar sobre los estados mentales del bebé, o de ellos mismos, la intervención se restringe a elogiar su acción y sus respuestas hacia el bebé, cuando éstas van dirigidas a brindar cuidado y/o estimulación. En la tercera parte, se elaboran las principales conclusiones de la sesión.

La técnica se enfoca hacia lo que los padres están haciendo bien, en una especie de reforzamiento primitivo, esperando que busquen más información y se motiven para hacer un trabajo más reflexivo e informado. Además, se facilita que los padres se sientan menos desconfiados en relación con el terapeuta. Se fortalece paulatinamente la alianza terapéutica al sentir los padres que la meta no es criticarlos, sino ayudarlos. Esto facilita que se puedan hacer indicaciones dirigidas a resolver un problema central.

La terapia es de duración variable, pero puede ser breve si se logra establecer pronto una alianza terapéutica o de trabajo con los padres (el rango oscila entre ocho y doce sesiones, una vez a la semana, de una hora de duración) y el proceso de evaluación es fundamental. Poco a poco, la relación promueve que los padres internalicen al terapeuta

como una persona en quien se puede confiar y con el cual pueden hablar de las dificultades que se encuentran para cuidar del lactante, etc. El terapeuta no critica a los padres ni corrige sus concepciones equivocadas respecto al bebé: por ejemplo, la verbalización de que su bebé de dos meses es "malo" porque llora. En el trabajo con estas familias que presentan una problemática múltiple, existe siempre el peligro del maltrato al bebé y de negligencia con respecto al menor. El terapeuta debe tener en mente que su primera responsabilidad es ser el "abogado" del bebé, por lo que es importante identificar si existen redes de apoyo al mismo. Las medidas respecto al maltrato infantil dependen de las legislaciones de cada país, por lo que es importante conocer las normas oficiales y códigos del estado o país en que ejerce su profesión; en México, se formuló recientemente la Ley en contra de la Violencia Intrafamiliar.

Maskan. Psicoterapia de grupo madres-bebé

En las Clínicas de Orientación Infantil en Estocolmo (Suecia) se lleva a cabo el tratamiento para madres-bebés en las unidades de tratamiento para madres y sus bebés denominadas Maskan.¹² Está inspirado en el modelo de psicoterapia madre-bebé desarrollado por Selma Fraiberg¹³ y funciona desde 1989. Por lo general, las familias que acuden a tratamiento son referidas por personal de los Centros de Salud Infantil debido a las severas dificultades en la relación madre-hijo/a. Algunas veces el bebé es el sintomático, otras veces la madre; la familia adicionalmente puede enfrentar otros problemas y dificultades. El motivo más frecuente de consulta es que las madres no pueden permanecer solas en la casa con el bebé en virtud de que el pánico es abrumador. Algunas de ellas han sido despedidas de su trabajo y se encuentran con una angustia incontrolable **por** primera vez en su vida; otras, en cambio, tienen una larga historia psiquiátrica. El problema central es el terror de fallar como madre, o el miedo de destruir al bebé, o bien sentirse perdida, sin identidad como persona al confrontarse con las nuevas tareas que demanda la maternidad.

El *staß'está* integrado por psicoterapeutas que trabajan con orientación psicoanalítica, de entre cuatro a seis díadas madre-bebé en sesiones de grupo, tres veces por semana **con** una duración de tres horas cada sesión. La duración del tratamiento oscila entre dos

¹² Símbolo sueco para cuando se suelta o se pierde un punto del tejido: "si se logra pescar un punto pronto, el suéter no tendrá hoyos".

¹³ Los principales discípulos de S. Fraiberg trabajan en el Programa Padres-Hijos de! Hospital General de San Francisco, Cal., como se mencionó anteriormente en la psicoterapia bebé-padres.

a doce meses, el promedio es de cinco meses y medio (Karlson y Skagerberg, 1999). Maskan combina, al igual que la psicoterapia multimodal (descrita más adelante), diferentes métodos de psicoterapia madre-bebé. Además de las sesiones psicoterapéuticas grupales, cada pareja madre-bebé tiene una sesión individual en donde se focaliza el problema específico de esa diada particular. Las técnicas pueden ser: guía de interacción¹⁴ (mencionada previamente), focalización en los problemas actuales (a través de la observación de videgrabaciones), psicoterapia de apoyo y una historia clínica detallada de la madre y de los problemas del bebé. El centro de atención es el lactante, particularmente el desarrollo del sistema del apego y del deseo de comunicación.

Las sesiones grupales se llevan a cabo en una amplia habitación con cojines grandes en el piso y se conducen conforme la siguiente secuencia: las mamás se sientan junto a los bebés más grandes mientras que los pequeños se arrastran o gatean alrededor. Se focalizan las conductas de las y los bebés y sus interacciones se articulan con los sentimientos maternos. Las discusiones abarcan un amplio espectro; por ejemplo: ¿qué despierta el interés de los bebés por grupos de edad?, ¿qué sucede con el juego del infante cuando la madre sale abruptamente de la habitación?, ¿qué pasa con la madre cuando el bebé la evita o se aleja de ella?, ¿qué pasa cuando la madre no percibe que su hijo está en estado de malestar o inconsolable? Después de una hora y media se hace una interrupción para una comida sencilla alrededor de una mesa larga y el objetivo es lograr disfrutar el almuerzo juntos. Se observa cómo la madre maneja la situación de darle de comer al lactante, al mismo tiempo que ella se alimenta, se favorecen las interacciones placenteras y gozosas, aunque a veces son inevitables las lágrimas. Después de la comida, la mayoría de las madres continúan con su sesión individual; algunas por falta de tiempo se despiden hasta la siguiente sesión grupal.

Cabe destacar que de las 30 diadas madres-bebés atendidas por dos años, Karlson y Skagerberg (1999) seleccionaron diez al azar con el propósito de evaluar el tipo de tratamiento brindado. La metodología empleada consistió en un estudio de seguimiento, efectuado tres años después de haber terminado el tratamiento. Una psicóloga infantil con amplia experiencia realizó dos visitas familiares y entrevistó a las madres, efectuó una observación clínica del desarrollo del bebé e hizo una videgrabación de la madre narrándole un cuento a su hijo/a con el fin de poder registrar la interacción actual. De las diez familias, nueve habían hecho progresos considerables: a) Los bebés permanecían sin los síntomas motivo de consulta (problemas de autorregulación, como alimentación

¹⁴ Empleada también en la Clínica de Psiquiatría Infantil de Ginebra (Cramer y Robert-Tissot, 2000) como se discutirá más adelante.

y sueño, o problemas de ansiedad acompañados por llanto o gritos excesivos), *b*) Todos los niños habían alcanzado el nivel esperado para la edad en lo referente al desarrollo del *self*; *c*) La interacción con la madre se había mejorado en siete casos, *d*) El mundo interno de la madre en el nivel de las representaciones mentales había cambiado al sentirse con mayor seguridad y competencia en sus diferentes tareas. Asimismo, se había incrementado el intercambio positivo de afectos con su hijo/a, expresando abiertamente ambos sentimientos de amor y ternura.

En relación a qué componentes específicos del modelo de tratamiento eran responsables del progreso, las madres señalaron que lo más valioso había sido la experiencia de las sesiones grupales tres veces por semana; algunas madres valoraron también las sesiones individuales y otras la discusión de las videograbaciones. Cabe hacer notar que la diada que no mostró mejoría asistió a un menor número de sesiones (49% en contraste con el 73%) que las duplas que sí mostraron cambios positivos. Las experiencias de sostenimiento (en el sentido de Winnicott) y de contención (de Bion) fueron elementos determinantes para el cambio; ambas se ubican en la categoría de intervenciones no verbales llevadas a cabo por las y los psicoterapeutas. Las autoras señalan que este modelo de tratamiento evita la permanencia y/o activaciones futuras de los fantasmas transgeneracionales en la relación madre-hijo/a.

Psicoterapia secuencial diádica

En las clínicas de desarrollo y salud mental, afiliadas al Departamento de Psicología y la Escuela de Medicina de la Universidad de Haifa (Israel), desde hace una década se ha instrumentado un modelo de intervención diádico tripartita. Harel *et al.* (2000) mencionan al respecto que dicho modelo está basado en la teoría psicoanalítica en lo referente a los trastornos de la relación padres-bebé. La meta terapéutica es fomentar cambios experienciales en el funcionamiento intersubjetivo de las diadas madre-hijo/a, padre-hijo/a y padre-madre, que permitan modificar las relaciones existentes en los tres subsistemas. Se privilegia el estudio de las interacciones y los significados de los vínculos afectivos tal cual emergen, se transmiten y experimentan en las sesiones. El mismo terapeuta trata a cada una de las diadas en sesiones semanales alternas; el encuadre facilita la observación de las influencias recíprocas, los estilos de comunicación y de compartir las vivencias y afectos, asimismo aspectos específicos de las conductas interactivas del bebé con el padre y la madre, y los contenidos de las representaciones mentales; cabe destacar que también se emplea con niños hasta de seis años de edad.

Este abordaje, instrumentando desde la perspectiva psicodinámica del desarrollo, se puede emplear también como un método de evaluación y diagnóstico, o como preparación para la psicoterapia individual del menor, o de uno o ambos padres. La duración promedio del tratamiento psicoterapéutico es entre 12-14 meses; cabe señalar que alrededor del diez por ciento de las diadas que han sido tratadas, regresan a las clínicas a solicitar otra forma de tratamiento.¹⁵

Los motivos de consulta se centran alrededor de tres grandes áreas problemáticas: los cambios en el desarrollo del pequeño/a crean tal desequilibrio en la relación, que los padres no la pueden manejar; el padre y/o la madre solicitan ayuda debido a que el proceso de desarrollo del bebé está inhibido o alterado por la reedición del drama parental subjetivo, manifestado en los síntomas del pequeño/a. Este modelo de intervención se caracteriza por la participación activa de la madre y el padre en el proceso terapéutico, inclusión del padre en el tratamiento, dirigido a modificar las interacciones al igual que a las representaciones mentales, y por la convergencia de dos procesos transferenciales, entre la diada en cuestión y entre la diada y el terapeuta.

Respecto a las diadas padres-hijo, Harel *et al.* (2000) destacan que el pequeño/a tiende a tratar temas similares con la madre y con el padre, lo que le permite al terapeuta ayudar al niño en el proceso de la diferenciación de sí mismo y de los otros, ¡a integración de los significados de la relación específica con cada uno de los padres y también una mejor comprensión de sus expectativas respecto de los progenitores. Asimismo, el terapeuta alienta a los padres y al niño a reflejar los estados mentales propios y de los otros significativos, y a representarlos con sentimientos, intenciones y pensamientos (Fonagy y Target, 1998). El encuentro de cada diada en un clima emocional de reconocimiento mutuo, favorece el desarrollo emocional, cognoscitivo y social, principalmente en lo relativo a la capacidad de autoevaluación y autorregulación.

En lo referente a la diada madre-padre, el objetivo de las sesiones regulares separadas es solicitar la colaboración activa de ambos para el tratamiento del pequeño/a, así como para reconocer su papel en la génesis del conflicto. Se considera importante fomentar en los padres la capacidad para estar atentos a los sentimientos de ambivalencia, contradicción y activación de los recuerdos dolorosos de su propia infancia, al igual que para vincular las experiencias presentes con las pasadas. El terapeuta procura que los padres comprendan al niño "real" en el contexto actual de la relación, así como los

¹⁵ Para mayor información consultar el libro *Mother-Child and Father-Child psychotherapy. A Manual for the Treatment of Relational Disturbances in Childhood* (Ben-Aaron *et al.*, 2000).

significados de sus diversas funciones como padres. Los sentimientos parentales de competencia proveen una motivación importante para la participación en su propio proceso terapéutico y el de su hijo/a.¹⁶

Psicoterapia multimodal

La psicoterapia multimodal es un modelo de intervención que incorpora las perspectivas teóricas y técnicas de distintos enfoques psicoterapéuticos. Está indicada en familias con múltiples problemas, que es el caso de un número importante de familias latinoamericanas, principalmente por situaciones de pobreza extrema (el denominado síndrome multicarencial) en donde el bebé está expuesto a un conjunto de factores de riesgo (Landy, 2000), y presenta uno o varios síntomas que interfieren a corto o mediano plazo en su desarrollo afectivo, social y cognoscitivo. También en aquellos casos en donde no existe suficiente motivación por parte de los padres, o bien recursos *yoicos* y/o económicos para un tratamiento a tiempo ilimitado, o se requiere un cambio urgente en la relación padres-hijo/a debido a la severidad de la problemática del bebé. Se emplea principalmente en la Clínica Menninger ubicada en Topeka, Kansas, y en el Instituto Nacional de Perinatología de la ciudad de México.

En términos generales, la psicoterapia padres-bebé puede describirse como la interacción entre dos sistemas. Por un lado, del sistema formado por los padres y el bebé, y por el otro el psicoterapeuta o analista (o equipo terapéutico).

En su expresión óptima las transacciones entre estos dos sistemas son mutuamente satisfactorias y enriquecedoras y dan lugar a un nuevo sistema que Stem (1995) denomina el sistema clínico. En este nuevo sistema se concede gran importancia a todo cuanto ocurre, tanto en las sesiones de evaluación, como de tratamiento. Lo anterior implica considerar las representaciones mentales, las comunicaciones verbales y el amplio espectro de la comunicación no verbal (gestos, posturas, intercambio de miradas, ritmos, maneras de sostener al bebé), así como las diversas conductas, acciones y aspectos manifiestos y simbólicos del juego del bebé con sus padres y terapeuta. En estos intercambios, el terapeuta va modificando sus intervenciones, dependiendo de los cambios y las modificaciones que se van logrando dentro del sistema familiar. Si la intervención terapéutica no responde a la especificidad de cada conjunto de problemas y promueve el desarrollo psicológico, la psicoterapia no será exitosa.

¹⁶ Metáfora empleada en el excelente artículo de Fraiberg et al. (1975).

La secuencia para su aplicación por parte del psicoanalista o psicoterapeuta es la siguiente (Maldonado-Durán y Lartigue, en prensa):

- Formación o entrenamiento en diferentes métodos de intervención psicoterapéutica; por ejemplo, la especialización en psicología o psiquiatría infantil y psicoanálisis de niños y adolescentes; o en psicoterapia de niños y adolescentes y en terapia familiar o de pareja; o en psicoanálisis de niños y psicoterapia de grupo. O bien, que exista un equipo terapéutico en donde cada especialista aplique las técnicas tanto de evaluación diagnóstica como de tratamiento en las cuales es experto. Otra alternativa es que el terapeuta a cargo del tratamiento solicite interconsulta con otros colegas especialistas con el fin de diseñar las mejores estrategias de tratamiento.

- Alto grado de flexibilidad y de respeto por las diferentes orientaciones teóricas, así como disponibilidad para llevar a cabo investigaciones sobre la efectividad del proceso y/o sobre los resultados obtenidos con la intervención.

- El proceso de evaluación, diagnóstico y de intervención se efectúa tomando en cuenta las perspectivas de las diferentes disciplinas involucradas en la salud mental de la primera infancia (como la psicopatología del desarrollo, psicoanálisis, psiquiatría infantil, neuropaidopsiquiatría, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, etcétera).

En el proceso de evaluación y diagnóstico, previo al establecimiento del contrato terapéutico, cuatro factores son fundamentales: *a)* Los problemas del bebé, así como sus características particulares, atributos y potencialidades, *b)* La percepción de los padres de la problemática del pequeño/a, así como cuáles son sus expectativas de qué debe cambiar y en qué orden, *c)* Impresión diagnóstica e indicaciones respecto del mejor plan de tratamiento a seguir por parte del psicoterapeuta. *d)* Eventos de la vida real, factores culturales, limitaciones, factores que operan a favor y en contra del proceso terapéutico en el sistema familiar

- Es conveniente que el contrato terapéutico sea el resultado del intercambio y negociación entre los padres y el terapeuta. Por lo general, se focalizan en primer término los síntomas o problemas del bebé por los cuales los padres acuden a la consulta.

- El terapeuta o equipo de expertos, selecciona de acuerdo con las características de cada familia las técnicas más efectivas para el caso particular. A continuación, se describen las que se emplean con mayor frecuencia en este modelo de psicoterapia multimodal.

Niveles y técnicas del modelo de intervención

Ayuda práctica. En virtud de que los eventos estresantes y/o traumáticos no sólo tienen un efecto acumulativo, sino también multiplicador, en donde se incrementan exponencialmente los factores de riesgo para el bebé y la familia, un primer paso puede ser brindar una ayuda específica para eliminar al menos uno de los eventos estresantes o resolver una problemática urgente. Lieberman (1992) describe el uso de ayuda práctica en su modelo de psicoterapia madre-bebé. Puede ser una primera etapa, en casos de severa desnutrición en el bebé por rehusamiento de comida, o bien en padres con un bebé enfermo y sin teléfono.

Brindar información. Este tipo de intervención es particularmente útil en familias sin redes psicosociales de apoyo (debido a la migración por lo general, ya sea dentro del propio país o al extranjero), que se encuentran aisladas de su medio familiar y social, por lo que conllevan un riesgo más alto de mortalidad infantil. La terapeuta o psicoanalista puede explicar a los padres un importante número de temas, como el desarrollo normal infantil, las necesidades emocionales del bebé, la importancia de la estimulación temprana, las variaciones culturales en el sistema de cuidados de bebé. Hablar acerca de las emociones del niño pequeño puede ayudar a desarrollar la capacidad reflexiva del *self* de los padres, que les permita "leer los estados mentales del bebé" (Fonagy, 1998). Es importante considerar que en algunos padres puede estar contraindicado proveer información, debido a que se podrían sentir ofendidos.

Psicoterapia de apoyo. En virtud de que el periodo perinatal conlleva una alta vulnerabilidad, la madre y el padre requieren de un gran apoyo emocional de otros adultos, de preferencia de los abuelos del bebé. Requieren de lo que Bion denomina contención y acompañamiento, en donde el terapeuta funciona como continente de las ansiedades de los padres. Es importante recordar que cuando un niño nace, unos padres también nacen (Lebovici, 1995). Si el bebé nació con alguna malformación congénita o discapacidad, el apoyo emocional puede ser particularmente útil, al igual que cuando el recién nacido requiere ser hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Nugent y Brazelton, 2000), o cuando padece una enfermedad crónica (Maldonado-Durán y Lartigue, 2000a).

Brindar orientación. Winnicott solía decir que el aspecto más difícil de su trabajo con los pacientes era cuando requería dar orientación (Newman, 1995). Es lo opuesto a la interpretación, que es el elemento técnico más importante del tratamiento psicoanalítico junto con la asociación libre, la neutralidad del analista y el análisis de la transferencia-contratransferencia. Sin embargo, en ocasiones es necesario que el terapeuta asuma

la posición de "experto" en temas relacionados con el desarrollo infantil, particularmente respecto a técnicas para promover una mejor autorregulación del bebé, principalmente en lo relativo a problemas de sueño y de alimentación. O bien, cuando el bebé es hiporreactivo o está absorto en sí mismo. En este caso, si los padres no tratan de enganchar al bebé en las interacciones afectivas, podrían ser muy graves las alteraciones en el desarrollo motor, del lenguaje y en las habilidades de comunicación (véase Greenspan y Wieder, 2000).

Viñeta clínica. Gustavo es un niño de 15 meses que es traído a consulta por sus padres adoptivos. Ellos son dos jóvenes de 23 y 25 años que adoptaron a Gustavo desde que tenía dos semanas de vida, porque ellos no pueden tener hijos. Advirtieron desde que Gustavo era muy pequeño que no le gustaba que lo cargaran, y que si lo hacían se arqueaba hacia atrás y lloraba. Había tenido una historia de llanto excesivo durante los primeros seis meses de vida. Su madre adoptiva, la Sra. M., se preocupaba porque el niño establece un escaso contacto visual y casi no quiere abrazarla, ni acude a ella cuando se cae. Gustavo no juega fácilmente con sus padres y se distrae con mucha facilidad. Le gusta esconderse debajo de la mesa, o se va a una esquina del cuarto después de interactuar por un rato con sus padres.

Los Sres. M. lo habían llevado anteriormente con una psicoterapeuta de niños, para consultarla sobre estos problemas. Ella les dijo que todo esto se debía a un "trastorno del apego" en el niño. La Sra. M. se mostraba muy ansiosa, al igual que su esposo (sólo que él en un grado menor). Ella hacía esfuerzos cada vez más intensos para lograr hacer contacto visual con su hijo, así como por abrazarlo y cargarlo, y él la rechazaba con la misma intensidad. La Sra. M. se sentía culpable de que ella sería la responsable de que Gustavo adquiriera ese trastorno del apego.

Durante la consulta con uno de los autores, al evaluar al niño directamente, así como las interacciones entre Gustavo y sus padres, se pudieron apreciar varios aspectos importantes. El niño se mostraba ansioso si sus padres salían del consultorio (lo cual se les había solicitado para observar la reacción de Gustavo). Al salir los padres, el niño se puso serio, fue hacia la puerta y señaló por donde ellos se habían ido, se puso muy ansioso y casi llora. Al regresar, les dio los brazos pidiendo ser cargado y después se recuperó rápidamente y volvió a explorar a su alrededor. Se observó también que Gustavo tiene hipersensibilidad a los estímulos visuales. Al verlo a la cara, voltea para el otro lado y también se tapa los ojos después de unos segundos. Se pudo advertir, asimismo, que la mamá intenta establecer contacto con él, hablándole con una voz fuerte y con un tono muy alto. El niño la evita más y más, con la misma intensidad de la madre, quien intenta establecer interacciones con él.

Se les indicó a los padres que Gustavo no presentaba un trastorno del apego. Lo que se observó es que no deseaba ser cargado en virtud de que presentaba "defensividad táctil", es decir, no le gusta ser tocado en la piel de manera suave, sino que prefiere la presión más intensa. También se les señaló que Gustavo tenía excesiva sensibilidad auditiva (principalmente a los tonos usados por su madre) y a los estímulos visuales, como es el contacto cara a cara muy de cerca. Se les recomendó observar lo anterior y modular su nivel de estimulación hacia Gustavo, con objeto de que éste no se sintiera abrumado.

Dos semanas más tarde, los Sres. M. dijeron que el niño había mejorado notablemente. La Sra. M. había cambiado su estrategia, en vez de abrumar al pequeño trató de cambiar el tono de voz y no intentar con tal intensidad mantenerlo en contacto con ella. Procuró, al mismo tiempo, tener menos ruido en su hogar, hablar con volumen más bajo y "seducir" al niño a que interactuara con ella, es decir, creando situaciones interesantes en un lugar de la casa, con pocos estímulos. Notó que Gustavo jugaba con ella y se le acercaba. Aprendió a abrazarlo con mayor intensidad y a practicarle masajes que el menor gozaba, haciendo notar que no le gustaba que lo tocaran ligeramente.

En esta familia, obtener información sobre la verdadera razón de la "falta de apego" de Gustavo, les permitió crear la estimulación adecuada para que éste pudiera acercarse gradualmente a sus padres. Poco a poco el pequeño fue tolerando mayor estimulación a su propio ritmo.

Traducir las señales y/o mensajes del bebé. En este tipo de intervención, la o el terapeuta "hablan por el bebé" (Carter *et al.*, 1991). Es preferible hablar en términos de las preferencias del bebé y de los desafíos o los retos que implican las tareas del desarrollo a las que se tiene que enfrentar, que de las dificultades o déficit. El terapeuta crea de esta manera un espacio transicional entre los padres y el bebé, promoviendo su capacidad de empatía, una mayor sensibilidad y la disponibilidad para aprender a reconocer los diferentes estados mentales de su hijo/a. Asimismo, para que encuentren a su hijo/a en donde está en ese preciso momento, desde el punto de vista del desarrollo.

Viñeta clínica. Elena es una niña de diez meses que no come bien. Su mamá dice que no quiere la leche que ella le da en el biberón. La niña ingiere poco de cada biberón y está bajando en las curvas de ganancia de peso. Se le evalúa por esta falta de interés en la comida. Con el fin de observarla en su medio ambiente ordinario se practica una visita en su domicilio. La madre es una mujer joven de 18 años con escasa experiencia en atender niños. Su vivienda consiste en un único cuarto pequeño, con una minicocina junto a éste y un baño. El esposo estaba trabajando en ese momento. Al observar a la mamá intentar alimentar a su hija, se advierte que ésta no quiere el biberón; lo que desea

es intentar gatear y caminar, explorar el medio ambiente, se trata de una pequeña con mucha curiosidad. Se le recomienda a la madre que intente proporcionarle comida de mayor consistencia, en virtud de que come únicamente purés (que ordinariamente las madres introducen a los cinco o seis meses de edad, en su grupo cultural de referencia). Al sentarla en una sillita con una mesa para bebé, la pequeña empieza a tocar el puré y a ponérselo en la cara y el cabello. La madre la interrumpe porque no quiere que se ensucie.

Los psicoterapeutas hacen la observación de que Elena es muy inteligente y quiere experimentar con la comida: cómo se siente tocarla, ponérsela en sus dedos, la boca, cara, etc. Se le indica a la madre que muchos niños y niñas de esta edad lo hacen con frecuencia con los distintos alimentos y que sería conveniente dejarla explorar y **jugar**, para que se acostumbre a las texturas y sabores diferentes. La madre entendió la conducta de su hija de manera diferente; ahora en lugar de percibirla como indeseable y "sucias", reinterpreto sus conductas como interés, curiosidad, juego, como un deseo de Elena de explorar el entorno (comida incluida). Le permitió jugar con los diferentes platillos y poco a poco la pequeña empezó a aceptar comidas semisólidas y purés, con lo que empezó a ganar peso de nuevo.

Intervenciones cognitivo-conductuales. Son de dos tipos, unas dirigidas hacia **la** madre y/o el padre, y otras hacia el lactante. Las dirigidas a los padres se emplean únicamente para el manejo de problemas muy severos, en donde se hace un análisis exhaustivo y detallado de las secuencias de interacción, con el fin de que los padres identifiquen "los momentos de riesgo", o los tempranos signos de frustración **del** pequeño/a antes de que se active toda la secuencia. El uso de videgrabaciones es particularmente útil en este nivel. En el caso del bebé, las técnicas posibles varían de acuerdo con la edad; se emplean por lo general para ayudar a bebés con problemas de sueño y de alimentación; su meta es favorecer el aprendizaje de nuevas conductas. Por ejemplo, un bebé que muerde cuando está enojado: su estado emocional de desacuerdo, frustración o rabia puede ser representado mediante dos muñecos o títeres, uno adulto y otro bebé o niño pequeño. En la primera secuencia el bebé muñeco muerde al muñeco **adulto para** mostrarle su enojo; posteriormente, la escena se repite con diferentes interacciones y resultados y con diferentes personajes. En un segundo momento, se invita al bebé **a** participar activamente y de esta manera logre ir aprendiendo a expresar a través **del** juego su ira, molestia, etc. En un tercer momento, el adulto expresa su dolor al **ser** mordido por el niño, invitándole a sustituir la mordida por otras conductas **más** adaptativas, creándose así nuevas y variadas secuencias de interacciones afectivas.

Juego interactivo. Para algunos padres, "la prescripción de jugar" con su bebé, **les** facilita la creación de un espacio mutuamente gratificante y placentero, con intercambios

afectivos positivos de cercanía e intimidad. Es importante que el terapeuta tenga sentido del humor, la habilidad de jugar y de interpretar los símbolos de los juegos en esta zona de no conflicto. Greenspan (1992) propone la técnica de dejar al niño la iniciativa.

Psicoterapia de pareja. Se emplea cuando existen diferencias extremas en la manera de abordar la maternidad o la paternidad, que pueden ser una manifestación externa de otros desacuerdos matrimoniales o problemas vinculares. Siguiendo a Bion, Solís (2000). distingue tres modalidades de vínculos simbióticos: la denominada relación simbiótica funcional, complementaria; el vínculo tipo comensal y la relación simbiótica parasitaria, en donde la envidia es un factor central y el resultado de la asociación para la pareja es la destrucción y despojo de ambos. De Pichón-Riviere toma el concepto de vínculo siamésico esquizoparanoide, que es el más angustiante de todos.¹⁷

Intervenciones familiares sistémicas. El bebé es parte de un sistema interactivo más amplio en el que existen influencias y fantasmas transgeneracionales, por lo que las intervenciones en este nivel consideran, de manera simultánea, los múltiples factores que intervienen en la creación y mantenimiento de la problemática del bebé. Se asume que la intervención terapéutica en un solo miembro repercute en todo el sistema familiar.

Focalización en los aspectos sanos del niño/a y la familia. Los terapeutas familiares evalúan no sólo los síntomas en el bebé y en sus padres, sino también sus recursos o fortalezas; es una manera de entrar al sistema clínico para promover cambios favorables para todos sus miembros.

Intervenciones psiquiátricas. En caso de que la madre y/o padre presenten algún trastorno psiquiátrico o psicopatología severa, se debe intervenir en este nivel, principalmente en la depresión o psicosis *postpartum*, trastorno generalizado de ansiedad, severas fobias, ataques de pánico, trastorno por estrés postraumático (Maldonado-Durán y Lartigue, 2000b).

Psicoterapia psicodinámica breve. Se emplea un abordaje similar al de la Clínica de Psiquiatría infantil de Ginebra con dos modificaciones¹⁸ (Lartigue, 1997b): la primera de ellas tiene que ver con que se privilegian intervenciones dirigidas, no sólo a la modificación de las representaciones mentales maternas, sino también en promover el desarrollo de la capacidad reflexiva del *self* o la capacidad de mentalización. La segun-

¹⁷ Solís considera que la terapia vincular breve requiere de un entrenamiento continuo sobre conceptos psicoanalíticos, sistémicos, comunicacionales, desempeño de roles, psicodrama, constructivismo y teoría del caos; por ende, necesita de un fogeo clínico amplio, en virtud de que "la simbiosis es muda y sólo hace ruido cuando se rompe" (Bleger, citado por Solís, 2000, p. 41).

¹⁸ En su aplicación en el Instituto Nacional de Perinatología.

da es que se trabaja el mayor número de sesiones posibles en coterapia. con objeto de poder atender de manera simultánea a la "doble agenda de la sesión". Se trata de que ambos/as coterapeutas permanezcan con una actitud de escucha en atención flotante; sin embargo, una puede atender a la comunicación verbal, al relato, discurso y los afectos expresados, mientras que la otra observa silenciosamente el análisis de las interacciones, la comunicación no verbal, etcétera.¹⁹

Cabe destacar que en esta modalidad multimodal de psicoterapia padres-bebé, el analista o terapeuta puede considerar si aplica las diversas técnicas de intervención de manera simultánea, o bien, en función de los avances y necesidades en las distintas fases del tratamiento. En ocasiones, se puede aplicar sólo una o dos de las técnicas mencionadas y en otras ocasiones todas ellas. Dependerá de las características únicas del sistema clínico que se construya, que está conformado por los padres y el bebé y por el analista o terapeutas en una compleja red de interacciones y transacciones.

Evaluación-intervención preventiva en familias de alto riesgo

El proceso de construir la alianza terapéutica se inicia a partir de la primera llamada telefónica de los padres, con algunas preguntas respecto al motivo de consulta y explicaciones relativas al proceso de evaluación centrado en la intervención. Dicho proceso centrado en la familia se concentra en las potencialidades, los factores de riesgo, factores protectores, vulnerabilidad y resiliencia. Asimismo, se focalizan las experiencias del bebé, de ambos padres y del sistema familiar total. Se lleva a cabo en las Escuelas de Medicina de las Universidades de San Luis Missouri y de Stanford (Thomas, Benham y Guskin, 2000).

En relación con las experiencias del niño, los autores señalan que, debido a que los niños/as muy pequeños no pueden comunicar sus vivencias en palabras, se intenta comprenderlas a través de sus comportamientos, juegos, manifestaciones afectivas e interacciones. Respecto a las experiencias de los padres, es importante considerar que sólo muy pocos se sienten preparados o capacitados para criar a su primer hijo/a. La mayoría de los padres se sienten atemorizados, preocupados, con ansiedad y preocupación de hacer algo que pueda dañar a su hijo/a; asimismo, en términos generales poseen escasa información especializada sobre el desarrollo infantil.

¹⁹ Cuando es posible se graban las sesiones, o bien, se toman algunas notas durante las mismas con objeto de seguir en la medida de lo posible la cadena asociativa y la secuencia de las interacciones.

En lo referente a la experiencia de la familia, ésta se representa en los modelos internos de trabajo mutuamente compartidos, así como en las prácticas comunes a todos sus miembros. Las representaciones y prácticas incluyen historias y mitos acerca del bebé, sus hermanos o de la familia extensa, rituales familiares, genogramas, fotografías, filmaciones y videgrabaciones que son explicitados en el proceso de evaluación.

El proceso de evaluación-intervención se lleva a cabo en primer término mediante una entrevista a profundidad con los padres con o sin el bebé. Cuando los padres son entrevistados con el menor, por lo general tienden a sentirse más a gusto debido a que el clínico o psicoterapeuta conoce, de entrada, al pequeño. Se procura que los padres expliciten sus preocupaciones, motivaciones, expectativas, se discute con ellos algunos aspectos implícitos, se indaga la historia del desarrollo, así como el proceso de regulación de emociones y comportamientos del bebé, la historia relacional de ambos padres, y se construye el primer conjunto de hipótesis. Posteriormente, se lleva a cabo una observación del pequeño en interacción con ambos padres en diferentes ámbitos como el hogar, el consultorio y/o centro de cuidado infantil.

Una parte central del proceso es la evaluación del *status* mental del bebé con objeto de generar hipótesis diagnósticas y/o establecer un diagnóstico diferencial; son objeto de evaluación diez áreas: apariencia física, reacción aparente a la situación del examen, autorregulación, desarrollo motor, vocalizaciones y lenguaje, pensamiento, afectos y estado de ánimo, juego, cognición y patrones de relación.

Otra parte del proceso de evaluación es la aplicación de cuestionarios e instrumentos estandarizados que son respondidos por ambos padres, por ejemplo el Inventario de Desarrollo del Niño (CDI) de Ireton y Thwing, el Inventario de Síntomas del Infante, desarrollado por DeGangi, el índice de Estrés Parental (PSI) de Abidin; asimismo, se efectúan mediciones observacionales como la Evaluación de la Relación Temprana Padres-Hijo de Clark. A través de este laborioso proceso de evaluación, el clínico/a escucha y observa múltiples niveles: desarrollo, emoción, comportamiento y relaciones, para finalmente llegar a un diagnóstico.

El plan de tratamiento se discute con la familia, si bien cabe señalar que el proceso de intervención se inició desde el primer contacto entre los dos sistemas en juego, el familiar y el terapéutico. El rango de las intervenciones para un niño/a con problemas emocionales, conductuales y/o relacionales incluye:

- Tratamiento de la diada madre-hijo/a.
- Información y orientación a los padres.
- Tratamiento individual de la psicopatología parental y/o psicoterapia de pareja.

- Sesiones de juego con el niño, con los padres presentes.
- Terapias específicas para alteraciones o déficit específicos del desarrollo.
- Ayuda práctica a los padres en la búsqueda de cuidados especializados para el bebé.
- Intervenciones directas con las personas cercanas al niño, como los abuelos.
- Canalización a diferentes servicios sociales de la comunidad.
- En bebés con alguna discapacidad o necesidades especiales, se busca también el apoyo de programas gubernamentales, según el caso.

La evaluación e intervención es llevada a cabo por un equipo interdisciplinario, que introduce un dispositivo a través del cual los padres pueden percibir e interactuar con su bebé de manera distinta, diferente. Está basada en el modelo transaccional biopsicosocial en donde el proceso de "mirar" cuidadosamente al niño/a moviliza a todo el sistema familiar. En los cuadros 1a y 1b se presenta una síntesis de los diferentes modelos de psicoterapia padres-bebé.

Acerca de la efectividad de la psicoterapia madre-bebé

Las dificultades para realizar investigaciones sobre resultados de psicoterapia en niños/as están ampliamente documentadas y son aún más complicadas cuando se trata de la primera infancia. Se sugiere, por lo general, la asignación al azar de los sujetos, unos al grupo experimental (que recibirá la intervención) y otros a un grupo control de no intervención. Cohen *et al.* (1999), por razones éticas (no podían dejar a un bebé sin tratamiento durante seis meses), decidieron como diseño de investigación la contestación de dos modelos de psicoterapia. El primero de ellos fue el de *observe, espere y pregúntese* (www), y el segundo, el modelo de psicoterapia psicodinámica (PPT) en su modalidad prolongada, que sigue los mismos lincamientos del anterior, con la excepción de la instrucción de permitir el juego espontáneo del bebé. Se utilizó la misma habitación para la aplicación de los dos modelos y los juguetes fueron los mismos en ambos tratamientos de la pareja madre-bebé (muñecas y muñecos bebés correctos anatómicamente, animales de plástico suave, tanto domésticos como salvajes, cubos, una camita de bebé de juguete con sus sábanas y cobijas, teléfono, ollas o cacerolas de plástico para mezclar, cucharas y una familia de muñecos). La asignación a uno de los tratamientos fue efectuada al azar, 34 diadas fueron asignadas a www y 33 a PPT; ambos grupos eran similares en cuanto a la edad de los bebés (10-30 meses de edad), ingreso familiar y

Cuadro 1a
Modelos de psicoterapia padres-bebé.
Proceso de evaluación exhaustivo

	Guía Anticipatoria	Intervención Preventiva ENBAS	Psicoterapia Bebé-Padres	Psicoterapia Psicodinámica Breve Madre-Bebé	Consulta Terapéutica Padres-Bebé	Observe, Espere y Pregunte	Guía de Interacción	Maskan. Psicoterapia de Grupo
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Padres con problemas normativos desarrollo - Interesados desarrollo infantil 	<ul style="list-style-type: none"> - Bebés 0-3 meses - Prematuriz 	<ul style="list-style-type: none"> - Familias múltiples problemas - Preescolares testigos de violencia doméstica 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del sueño, alimentación del apego y problemas de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> - Madres migrantes y/o solteras - Trastornos psicosomáticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas primera infancia 	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia doméstica - Conflicto familiar crónico - Pérdidas, abandonos - Múltiples problemas 	<ul style="list-style-type: none"> - Madre o bebé sintomáticos - Dificultades de la relación madre-hijo/a
Técnicas de Intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Proveer información, resolver dudas - Anticipar conductas futuras - Sintomatización afectiva - Desarrollar empatía y disponibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar capacidades individuales - Identificar estrategias desarrollo - Comparar resultados evaluaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia conectiva del apego - Psicoterapia orientada <i>insight</i> - Orientación - Apoyo emocional - Ayuda práctica - Intervención en crisis 	<ul style="list-style-type: none"> - Representaciones mentales puerto de entrada - Interpretación - Creación del foco terapéutico - Transferencia hacia el bebé - Doble agenda terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación - Interpretación y reconstrucciones - Interacciones bebé a través del juego 	<ul style="list-style-type: none"> - Dividir sesiones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Madre, observa suelta, juego bebé 2. Madre-terapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> - Videograbación situación del juego - Mostrar momentos favorables - Reflexionar sobre estados mentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia multimodal: <ul style="list-style-type: none"> *Guía de interacción *Psicoterapia de apoyo *Sostenimiento y comienzo *Historia clínica detallada
Encaadre	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta pediátrica de rutina 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación dos o tres ocasiones - Escala de Brazelton 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones conjuntas bebé-padres - Sesiones extras padres 	<ul style="list-style-type: none"> - Dos a seis sesiones - Cada semana una hora - Videograbaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones conjuntas de la triada - Breve o de varios meses - Cada quince días 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa para padres desde teoría del apego 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación problemática - 8 a 12 sesiones semanales de una hora 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones individuales diada - Sesiones grupales de varias diadas - Almuerzo compartido

Cuadro 1b

Psicoterapia Secuencial Diádica **Psicoterapia Multimodal** **Evaluación-Intervención Preventiva**

<p>Indicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios por el desarrollo - Inhibición del desarrollo - Reactivación, conflictos padres 	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de morir el bebé - Síndrome multicarencial - Padres sin motivación 	<ul style="list-style-type: none"> - Familias de alto riesgo
<p>Técnicas de Intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño tripatita sistémico - Observación interacciones - Construcción nuevos significados 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda práctica - Psicoterapia de apoyo - Traducir señales bebé - Juego interactivo - Terapia familiar - Psicoterapia psicodinámica - Proveer información - Brindar orientación - Cognitivo-conductuales - Psicoterapia pareja - Focalización salud - Tratamiento psiquiátrico 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas a profundidad - Aplicación batería instrumentos: *Observación bebé con sus padres *Observación diferentes escenarios - Equipo interdisciplinario - Técnicas de intervención - Información/orientación - Terapia de juego - Terapia individual/pareja - Canalización: *Servicios comunidad *Recursos gobierno
<p>Encuadre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Doble proceso transferencial - Psicoterapia madre-bebé - Psicoterapia padre-bebé - Psicoterapia pareja 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos y fases del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia de la diada - Psicoterapia individual - Psicoterapia de pareja

nivel de escolaridad materno. Los terapeutas fueron cuatro, trabajando un hombre y una mujer juntos en cada intervención.

Cabe señalar que a las ocho sesiones (de una hora por semana) se efectuó una primera evaluación con objeto de decidir si se continuaba el tratamiento por diez sesiones más. No hubo diferencias significativas en lo que se refiere a la duración en los dos modelos de tratamiento (13.8 vs 14.9 sesiones, o 4.6 vs 5.4 meses). Los instrumentos de medición empleados fueron el método de la Situación Extraña de Ainsworth (a los 24 meses de edad), la Escala de Juego de Chatoor, que fue usada para codificar la videograbación de diez minutos de juego libre madre-bebé, la Escala de Desarrollo Infantil de Bayley (I ó II), empleado para evaluar el cociente de desarrollo de los pequeños/as, así como una escala de síntomas desarrollada por los autores, al igual que un cuestionario sociodemográfico. A las madres se les aplicó el Índice de Estrés Parental de Abidin (PSI), la Escala del Sentido de Competencia Parental de Johnston y Mash, así como el Inventario de Depresión de Beck (BDI). A los terapeutas se les aplicó el Inventario de Alianza de Trabajo de Horvath y Greenberg.

Es importante hacer notar que ambos grupos fueron muy semejantes en lo relativo a las variables sociodemográficas y reproductivas, así como en el tipo de problemas de los bebés que fueron principalmente de conducta, de trastornos del apego, somáticos (sueño y alimentación), emocionales y de desarrollo; algunos de estos síntomas eran crónicos (presentes en el 80% del tiempo de vida de los bebés).

Entre los principales resultados, se encuentra que en las diadas del grupo www al final del tratamiento, los bebés en una proporción mayor se ubicaron en la calificación de apego seguro (doce vs cuatro): mostraron también una mayor capacidad para autorregular sus emociones con un incremento notable en las habilidades cognitivas. Las madres del grupo www mostraron mayor satisfacción parental y obtuvieron puntajes más bajos de depresión. Sin embargo, a pesar de que la psicoterapia www está más orientada a la teoría del apego, no se obtuvieron diferencias significativas entre las madres en lo referente a sensibilidad y responsividad (evaluadas por las escalas de Chatoor). En ambos modelos de tratamiento hubo un decremento importante de los síntomas del bebé y una mejoría en la calidad de la relación madre-hijo/a; se redujo también el nivel de estrés de las madres; los resultados son semejantes a los obtenidos en otras poblaciones clínicas (De Gangi y Greenspan, 1997; Lieberman *et al.*, 1991) y por el grupo de Ginebra.

Las escasas diferencias encontradas entre los dos modelos de tratamiento no pueden ser atribuidas a la calidad de la relación terapéutica, debido a que no se encontraron diferencias significativas en las calificaciones maternas en lo referente a la alianza de

trabajo, por lo que los autores concluyen que otros factores terapéuticos tienen mayor peso que los explorados en esta investigación (Cohen *et al.*, 1999).

En la Clínica de Psiquiatría Infantil de Ginebra, desde hace más de una década se han llevado a cabo diversos proyectos de investigación, unos enfocados al estudio de los resultados de la psicoterapia y otro relativo al proceso terapéutico. Respecto a los estudios de resultados, las preguntas centrales son: ¿Puede la psicoterapia modificar la psicopatología en el bebé y en la relación madre-hijo/a? ¿Permanecen los cambios a través del tiempo? ¿Los resultados apoyan la hipótesis relacional de los trastornos funcionales tempranos? ¿Existe alguna diferencia en los resultados obtenidos con dos tipos de tratamiento? ¿Es el pronóstico un buen indicador del efecto terapéutico?

En la fase introductoria, se llevó a cabo un estudio de caso único (una diada madre-bebé) en el cual se confirmó que los cambios inducidos por la psicoterapia podían realizarse en el nivel de las conductas observables y en las interacciones de la diada (Cramer y Stern, 1988). En la siguiente fase, se incluyó una muestra de 109 diadas madre-bebé (de entre dos y treinta meses de edad) que acudieron a la Clínica, la mitad de ellos referidos por los pediatras, por los siguientes motivos: trastornos de sueño (55%), problemas relacionales (19%), problemas de conducta (17%), como llanto excesivo, berriuches y agresión excesiva; o bien trastornos en la alimentación (8%). Tanto las madres como los bebés fueron evaluados antes y después de la intervención psicoterapéutica (a la semana siguiente y a los seis meses después de haber terminado el tratamiento). La principal contraindicación fue la severidad de la psicopatología materna (depresión mayor o un funcionamiento psicótico). Se empleó también un diseño de investigación de contrastación de dos tipos de psicoterapia: 63 diadas (58%) fueron asignadas a psicoterapia psicodinámica (PP) y 46 diadas (42%), a guía de interacción (IG); el promedio en ambas modalidades terapéuticas fue de seis sesiones (Cramer *et al.*, 1990; Robert-Tissot *et al.*, 1996a). El protocolo completo del estudio siguió la secuencia que se describe a continuación.

- La evaluación previa al tratamiento (Evaluación 1) fue realizada por el equipo de investigación; consistió en una entrevista inicial de aproximadamente 90 minutos de duración y la aplicación de una batería de instrumentos. Para la evaluación del bebé se utilizaron las Escalas de Desarrollo de Nancy Bayley y el Inventario de Síntomas del Bebé de Robert-Tissot y colaboradores (respondido por ambos padres). La interacción madre-bebé fue evaluada a través de una videograbación de veinte minutos de duración, estructurada en los siguientes seis episodios: juego sin objetos, juego con juguetes, enseñanza de una tarea (todavía no dominada por el bebé), ignorar al bebe, separación y reunión. Cuando ambos padres estaban presentes, primero se videogrababa a la madre,

y después al padre, en juego libre con su hijo/a; los videos fueron calificados con base en dos procedimientos, el de Ainsworth de sensibilidad materna y el de Crittenden de la relación adultos-bebé. Para la evaluación de la madre, se empleó la entrevista de representaciones mentales de Stern y colaboradores (28 preguntas agrupadas alrededor de siete temas) y el inventario de depresión de Beck.

- La indicación de la terapia y formulación de un pronóstico por parte del equipo de clínicos, quienes aplicaron el cuestionario de Bachmann y Robert-Tissot respecto a los criterios para determinar la indicación o no de la psicoterapia. Si no existía ninguna contraindicación, cada diada se asignaba al azar a una de las dos modalidades de psicoterapia (PP Ó IG), con excepción de 42 diadas a las que se les brindó la posibilidad de escoger la modalidad terapéutica (con el propósito de investigar el proceso terapéutico, como se describe más adelante).

- La terapia se realizó de acuerdo con los criterios clínicos de cada modalidad.

- La evaluación a la semana de haber concluido el tratamiento (Evaluación 2) fue realizada por el mismo equipo de investigación.

- En la evaluación a los seis meses después de la intervención (Evaluación 3) se empleó el mismo instrumento que en la Evaluación 2.

En lo referente a los resultados, cabe mencionar que los síntomas de los bebés (motivo de consulta) disminuyeron de manera significativa después del tratamiento; particularmente los trastornos del sueño, en donde el 75% de los bebés había establecido patrones de sueño conforme lo esperado para su edad en la Evaluación 2. La sensibilidad materna se incrementó y se redujo la conducta controladora e intrusiva por parte de la madre; los bebés mostraron mayor cooperación, un decremento de las conductas de autocomplacencia y un incremento de sus expresiones de bienestar; también se modificaron las representaciones mentales maternas y se incrementó el nivel de autoestima, haciéndose evidente al final del tratamiento que las madres experimentaban en menor proporción sentimientos de ansiedad, culpa, tristeza y rabia hacia su hijo/a.

En la Evaluación 3 se observó que los cambios se conservaban después de los seis meses de haber concluido el tratamiento, demostrando así la efectividad de la psicoterapia breve madre-bebé. Respecto de la hipótesis relacional, se observó que la mejoría de los bebés se podía atribuir en un 60% de los casos a la mejoría de las interacciones con sus madres; los autores encuentran una asociación positiva entre trastornos del sueño, problemas de separación y miedo en los bebés, así como una correlación negativa entre la sensibilidad materna durante las interacciones y la severidad de los trastornos funcionales del pequeño/a. El hallazgo más significativo fue que en el nivel sintomático no hubo diferencias entre las dos modalidades de tratamiento, las dos fueron igualmente

efectivas; en lo relativo a las interacciones madre-bebé, las madres asignadas a IG incrementaron su sensibilidad en comparación con las de PP; mientras que, por el contrario, las madres asignadas a PP elevaron en mayor proporción su autoestima que las de IG (Robert-Tissot *et al.*, 1996a).

El pronóstico efectuado por los clínicos/as en la Evaluación 1 fue considerado bueno o definitivamente bueno en el 70% de las diadas y en el 30% restante, pobre o definitivamente pobre; cabe destacar que en este último grupo se observaron los mayores cambios (Cramer y Robert-Tissot, 2000).

La investigación sobre el proceso terapéutico se efectuó en la submuestra de 42 diadas madres-bebé, a quienes se les proporcionó una breve descripción de los dos tipos de psicoterapia madre-bebé que ofrece la Clínica de Psiquiatría Infantil, con objeto de que escogieran la que consideraran más adecuada para ellas y sus hijos/as. Por su parte, después de analizar los resultados de la Evaluación I, los terapeutas efectuaban una recomendación respecto al tipo de terapia (sin conocer la elección de las madres). Entre los principales hallazgos se encuentra la alta concordancia entre la elección de la madre y la de los terapeutas (global de 71 %); dentro de la modalidad de PP, existió congruencia en el 82% de los casos y en IG en 67%. Cabe destacar que la psicoterapia psicodinámica fue escogida por las madres y terapeutas en mayor proporción que la guía de interacción (52% vs 36%). Estos resultados revelan la intuición y el acuerdo de las madres con la propuesta del terapeuta (la cual desconocían), por lo que abre la puerta para futuros estudios en relación con el proceso de toma de decisiones en un contexto clínico (Cramer y Robert-Tissot, 1998).

La alianza terapéutica y focalización del problema central de la diada madre-bebé, fueron evaluados también en esta submuestra; después de cada sesión, tanto el terapeuta como la madre respondían un cuestionario que indagaba acerca del foco, alianza, empatía e impresión global de la sesión (en una escala de cuatro puntos, de definitivamente cierto a definitivamente falso). En lo referente a la primera sesión, en la mitad de los casos hubo interpretaciones focalizadas; la impresión general de la sesión fue evaluada como buena por el 75 % de las madres (ninguna señaló haber tenido una mala sesión) y por el 52 % de los terapeutas, estos últimos experimentaron menor satisfacción respecto de la sesión. Al parecer, los terapeutas consideraron que la adherencia rígida a una técnica es la única manera de brindar ayuda profesional (Cramer y Robert-Tissot, 2000).

En la misma línea de investigación del proceso terapéutico, se efectuaron las transcripciones *verbatim* de la primera, segunda y última sesión para analizar el discurso terapéutico (envolvimiento emocional, características del lenguaje y de los signos empleados, intervenciones terapéuticas, contenido de las sesiones y orientación en el tiem-

po). De las primeras cuarenta sesiones codificadas (de 700 a 1800 frases por sesión) con el sistema de categorías interaccionales de Stuttgart, cabe destacar que los resultados apoyan la hipótesis de que las intervenciones terapéuticas, el involucramiento emocional y el lenguaje dan cuenta de la determinación del foco durante las sesiones (la interpretación no ocurre en el vacío); mientras que el contenido y la orientación en el tiempo están más relacionados con las técnicas terapéuticas. Las buenas sesiones (el foco terapéutico fue interpretado) se caracterizan por un mayor involucramiento emocional, mayor autodescubrimiento de la madre y un mayor número de acciones por parte del terapeuta y de la paciente, como explorar, estructurar, confrontar e interpretar (Robert-Tissot *et al.*, 1996b; Cramer, 1998). En relación a la contribución del bebé al proceso, se efectuó un estudio exploratorio para el cual se codificaron las secuencias conductuales focalizadas en la atención visual entre la madre y el bebé y en la proximidad (orientación del cuerpo y distancia entre ambos). Los resultados de 33 sesiones codificadas (un segundo como unidad de análisis) muestran que las y los bebés interactúan conductual o verbalmente con las madres y/o terapeutas durante la mitad de la duración de las sesiones. Dos secuencias merecen una atención particular: *a*) "atención compartida" del terapeuta y la madre focalizando al bebé, que cumple funciones diversas como inicio/fin de la sesión, pausas en el discurso, discontinuidad de tópicos y la conducta infantil sintomática, y *b*) la doble agenda del terapeuta que está involucrado en un intercambio verbal con la madre, y al mismo tiempo juega con el bebé. Esta técnica en particular requiere entrenamiento formal en las psicoterapias padres-bebé (Cramer y Robert-Tissot, 2000).

A manera de conclusión, deseamos destacar la importancia de establecer puentes entre los clínicos e investigadores con objeto de poder brindar mejores tratamientos y generar teorías que den cuenta de lo que ocurre en dichos tratamientos, esto, del proceso terapéutico. Como puede apreciarse a lo largo del presente capítulo, los modelos terapéuticos de la diada madre-bebé o de la tríada padres-bebé, están diseñados en su mayoría para poblaciones específicas, por lo que es importante seleccionar "el tratamiento a la medida"¹. En Latinoamérica se requieren programas de entrenamiento formales en la salud mental de la primera infancia, y en la psicoterapia padres-bebé que ha ido evolucionando a lo largo de estas tres décadas. Predominan en el panorama internacional las psicoterapias multimodales, con diferentes puertos de entrada al sistema clínico que se apoyan en diversas técnicas de intervención seleccionadas de acuerdo a las metas y fases del tratamiento. ¿Por qué ha habido tal expansión? ¿Por qué las y los analistas y psiquiatras o psicoterapeutas infantiles hemos tomado la decisión de intervenir cada vez más temprano para fomentar la salud mental y prevenir las alteraciones del desarrollo y la psicopatología?

Posiblemente debido a las evidencias de dos décadas de investigaciones longitudinales en el ámbito de la psicopatología del desarrollo, que demuestran que las relaciones madre-hijo/a durante el primer año de vida desempeñan un papel central en el establecimiento del sistema de apego del bebé. A su vez, se ha encontrado que un apego seguro en la infancia está asociado fuertemente con el desarrollo precoz de un amplio rango de capacidades que dependen de las habilidades para interpretar o simbolizar, tales como la exploración y el juego, inteligencia y habilidad verbal, resiliencia del yo, tolerancia a la frustración, curiosidad, autorreconocimiento, competencia cognoscitiva, regulación emocional, estilo de comunicación y otros logros. De acuerdo con Fonagy (2000), el sistema de apego provee la clave para el desarrollo (preparado por la evolución) de la capacidad de interpretar y comprender los estados mentales, por lo que se constituye en una ventaja selectiva para procesar la experiencia social. Asimismo, las escalas de apego adulto (al efectuarse un análisis factorial) se descomponen en dos factores principales, uno de ellos el tipo de apego, posiblemente vinculado a los modelos internos de trabajo, y el segundo, la calidad del apego, relacionado con los mecanismos personales interpretativos (IIM por sus siglas en inglés). El nivel de funcionamiento de los IIM refleja la habilidad para establecer y funcionar adecuadamente en las relaciones cercanas, por lo que no es necesario emplear estrategias para amplificar las diferencias entre el *self* y los otros significativos. El despliegue o no de la psicopatología en una etapa posterior está condicionado por esta capacidad interpretativa. El reto futuro es el estudio de la interacción entre las representaciones mentales individuales y la disposición para la expresión genética. Las investigaciones respecto a la efectividad de las psicoterapias padres-bebé, constituyen un espacio privilegiado para el estudio y comprensión *in status nascendi* del "nacimiento psicológico del infante humano", de ahí su amplia difusión, no sólo para aliviar el sufrimiento y dolor mental, sino también para adentrarnos en los misterios de la vida (Bollas, 1999).²⁰

²⁰ Cabe destacar que en el XXIII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis y IV Congreso Latinoamericano de Niños y Adolescentes en el rubro de trabajos libres, sólo se presentaron cuatro trabajos relativos a bebés, tres de ellos relacionados con bebés prematuros (Pessa de Farias y Bromberger, 2000; Fleck y Mondes, 2000; Menéndez, 2000).

Bibliografía

- Barriguete, J. A., S. Lebovici, J. L. Salinas, P. Mazet y M. Maldonado-Durán, (1998), "La consulta terapéutica en algunas alteraciones de alimentación del lactante", en *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*, eds. T. Lartigue, M. Maldonado-Durán y H. Avila, México, Asociación Psicoanalítica Mexicana/Plaza y Valdés, pp. 391-406.
- Barriguete, J. A. y J. L. Salinas (1999), "La consulta terapéutica: la familia en el bebé, en *Violencia social, sexualidad y creatividad*, ed. J. Vives, México, Asociación Psicoanalítica Mexicana/Plaza y Valdés, pp. 215-226.
- Ben-Aaron, M., Harel, J., H. Kaplan, y R. Patt, (2000), *Mother-Child and Father-Child Psychotherapy. A Manual for the Treatment of Relational Disturbances in Childhood*, Londres, Whurr Publishers.
- Bios, P. (1985), "Intergenerational Separation-Individuation Treating the Mother-Infant Pair", *The Psychoanalytical Study of the Child*, 40: 41-56.
- Bollas, C. (1999), *The Mystery of Things*, Londres, Routledge, pp. 181-195.
- Bowlby, J. (1951), Maternal Care and Mental Health, *World Health Organization Monograph*, Serial No. 2
- _____ (1969), *Attachment and Loss*, Vol 1: Attachment, Nueva York, Basic Books.
- Brazelton, T. B. y J. K. Nugent, (1995), *The Newborn Behavioral Assessment Scale*, Londres, McKeith Press.
- Carter, S., J. Osofsky y D. Hann (1991), "Speaking for the Baby: A Therapeutic Interventions with Adolescent Mothers and Their Infants", *Infant Mental Health Journal*, 12:291-301.
- Cohen, N., E. Muir, C. J. Parker, M. Brown, M. Lojkasek, R. Muir y M. Barwick (1999), "Watch, Wait and Wonder: Testing the Effectiveness of a new Approach to Mother-Infant Psychotherapy", *Infant Mental Health Journal*, 20 (4): 429-451.
- Cramer, B. (1974), "Interventions thérapeutiques breves parents et enfants", *Psychiatric del'Enfant*, xvii (1): 53-118.
- _____ (1995), "Short-Term Dynamic Psychotherapy for Infants and Their Parents", *Child and Adolescence Psychiatric Clinics of North America*, 4(3): 649-660.
- _____ (1998), "Mother-Infant Psychotherapies: A Widening Scope in Technique", *Infant Mental Health Journal*, 19(2): 151-167.
- _____ y F. Palacio-Espasa, (1993), *La pratique des psychotherapies mères-bébés*, Paris, PUF.

- _____ y C. Robert-Tissot (2000), "Evaluating Mother-Infant Psychotherapies: 'Bridging the Gap' Between Clinicians and Researchers", *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, Volume 2, Early Intervention, Evaluation and Assessment, Eds. J. Osofsky y H. Fitzgerald, Nueva York, John Wiley and Sons, pp. 271-312.
- Cordeiro, M. (2000), "Clinical Assessment of Infant Psychopathology. Challenges and Methods", *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, *op.cit.* pp. 239-269
- Dallal, E. (ed.) (1997), *Caminos del desarrollo psicológico. Vol I. De lo prenatal al primer año de vida*, México, Plaza y Valdés.
- _____ (ed.) (1999), *Caminos del desarrollo psicológico. Vol II. De las primeras relaciones a la identidad psicosexual*, México, Plaza y Valdés.
- Fleck, A. y M. Mendes (2000), "Grupo pais-bebés prematuros: Um espaço para pensar". Ponencia leída en el IV Congreso Latinoamericano de Niños y Adolescentes, celebrado en Gramado, Brasil 9 de septiembre.
- Fogel, A. (1997), *Infancy, Infant, Family and Society*, Minneapolis, St. Paul West Publishing Co., 3ª ed.
- Fonagy, P. (1996), "Prevention, the Appropriate Target of Infant Psychotherapy", *Infant Mental Health Journal*, 19(2): 124-150.
- _____ (1998), "Mind Reading as an Element of Sensitivity Parenting", Ponencia presentada en la International Conference of Infant Studies, Atlanta Georgia.
- _____ (ed.) (1999), "An Open Door Review of Otucome Studies in Psychoanalysis", Reporte preparado por el Research Committee de la IPA a petición del presidente. Londres, University College Londres.
- _____ (2000), "The development of Psychopathology from Infancy to Adulthood: The Mysterious Unfolding of Disturbance in Time". World Association of Infant Mental Health Congresss, Montreal.
- Fonagy, P. y A. Higgitt (2000), "An Attachment Theory Perspective on Early Influences on Development and Social Inequalities in Health", *WAIMH, op. cit.* Volume 4, Infant Mental Health in Groups at High Risk, pp. 521-578.
- Fraiberg, S. (ed.) (1980), *Clinical Studies in Infant Mental Health*, Nueva York, Basic Books.
- Fraiberg, S., V. Shapiro y E. Adelson (1976), "Infant-Parent Psychotherapy on Behalf of Child in a Critical Nutritional State", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 31:461-491.
- Frankel, K. y R. Harmon (2000), "Advanced Training in Infant Mental Health: A Multidisciplinary Perspective", *WAIMH, op. cit.* pp. 313-333.

- Freud, A. (1966), "A Brief Story of Child Psychoanalysis", *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol 21: 7-14.
- Freud, S. (1892-1893), "Un caso de curación hipnótica", en *Obras Completas*, Trad. L. López Ballesteros, Madrid, Biblioteca Nueva, Tomo I, pp. 22-29.
- _____(1895), "Estudios sobre la histeria", *op. cit.*, Tomo I, pp. 39-168.
- _____(1900), "La interpretación de los sueños", en *Obras Completas*. Trad. J. L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu, Tomos IV y V.
- _____(1905a), "Fragmento de análisis de un caso de histeria", *op. cit.*, Tomo IV, pp. 1-107.
- _____(1905b), "Tres ensayos de una teoría sexual", *op. cit.*, Tomo VII, pp. 109-222.
- _____(1909), "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans)", *op. cit.*, Tomo X, pp. 1-118.
- Furman, E. (1951), "Treatment of Under-Fives by Way of Their Parents", *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. 12: 250-262.
- Greenspan, S. I. (1992), *Infancy and Early Childhood*, Nueva York, International Universities Press, pp. 501-542.
- Greenspan, S. I. y S. Wieder (2000), "The Assessment and Diagnosis of Infant Disorders: Developmental Level, Individual Differences and Relationship-Based Interactions", *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, *op. cit.* pp. 203-237.
- Harel, J., R. Avimeir-Patt, H. Kaplan y M. Ben-Aaron, (2000), "The Mother-Child and Father-Child Psychotherapy: An Approach to Treatment of Relational Disturbances in Childhood", Poster presentado en el Congreso Internacional de la World Association for Infant Mental Health, Montreal, Canada.
- Hinshelwood, R. D. (1999), "Countertransference", *Int.J. Psychoanal.*, 80: 797-818.
- Hoffman, J. M. (1998), "¿De quién es la cuchara? La relación de alimentación padre-bebés (permeabilidad a la exigencia del sujeto incipiente)", en *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*, Coords. T. Lartigue, M. Maldonado-Durán y H. Avila, México, Asociación Psicoanalítica Mexicana/Plaza y Valdés, pp.101-120.
- Karlsón y Skagerberg (1999), "Experience from the Floor of Attachment and Relationship Building", *The Signal*, 7 (2): 1-7.
- Keren, M., S. Spitzer, y S. Tyano (1998), "Dyadic Psychotherapy for Early Relationship Disorders: a Case Study", *Israel Journal of Psychiatry*, 35 (4): 262-270.
- Klein, M. (1932), *The Psychoanalysis of Children*, Londres, Hogarth Press, 1960.
- Kreisler, L. y B. Cramer, (1995), "Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson", en *Nouveau traite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, ed. S. Lebovici, París, PUF.

- Kernberg, O. (1999), "Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy and Supportive Psychotherapy: Contemporary Controversies, *Int. J. Psychoanal.*, 80:1075-1091.
- Landy, S. (2000), "Assessing the Risks and Strengths of Infants and Families in Community-Based Programs, WAIMH, *op. cit.* pp. 335-375.
- Lartigue, T. (1994), *Guía para evaluarla calidad del vínculo materno-infantil durante el primer año de vida*, México, Universidad Iberoamericana.
- _____ (1997a), "El proceso analítico en la psicoterapia madre-bebé", en *El proceso psicoanalítico*, Comp. J. Vives, México, Asociación Psicoanalítica Mexicana/Plaza y Valdés.
- _____ (1997b), "Psicoterapia breve madre-bebé. Estudio de casos", en *Cuadernos de Psicoanálisis*, xxx (3-4): 242-258.
- _____ (1998), "Trastornos en los vínculos parento-filiales", en *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*, *op. cit.* pp. 273-299.
- _____ (1999), "Relevancia para el psicoanálisis de la observación de bebés", *Cuadernos de Psicoanálisis*, xxxii (1-2): 47-62.
- Lartigue, T., M. Maldonado-Durán, y H. Avila (comps.) (1998), *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*, México, Asociación Psicoanalítica Mexicana/Plaza y Valdés.
- Lebovici, S. (1983), *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces*, Trad. José Castello, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
- _____ (1995), "L'homme dans le bébé", *Revue Francaise de Psychanalyse*, 58: 661-680.
- _____ (1998), "La consultation thérapeutique", en *L'arbre de vie: Elements de la psychopathologie du bébé*, eds. S. Lebovici y B. Golse, Ramonville, Saint-Agne, Editions Eres, pp. 131-147.
- Lieberman, A. (1992), "Infant-Parent Psychotherapy with Toddlers", *Development and Psychopathology*, 4: 559-574.
- _____ (1997), "Toddlers Internalization of Maternal Attributions as a Factor in Quality of Attachment", en *Attachment and Psychopathology*, Ed. L. Atkinson, Nueva York, Guilford Press, pp. 277-291.
- Lieberman, A. y J. Pawl, "Infant-Parent Psychotherapy", en *Handbook of Mental Health*, Ed. Ch. Zeanah, Nueva York, Guilford Press, pp. 427-442.
- Lieberman, A. y Ch. Zeanah, (1995), "Disorders of Attachment in Infancy", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4: 571-587.
- _____ (1999), "Contributions of Attachment Theory to Infant-Parent Psychotherapy and other Interventions with Infants and Young Children, en *Handbook of*

- Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, Eds. J. Cassidy y P. R. Shaver, Nueva York, Guilford Press, pp. 555-574.
- Lieberman, A., R. Silverman y J. Pawl (2000), *Infant-Parent Psychotherapy: More Concepts and Current Approaches*, en *Handbook of infant Mental Health*, Ed. Ch. Zeanah, Nueva York, Guilford Press, 2ª ed., pp. 472-484.
- Maldonado-Durán, M. (ed.) (en prensa), *Infant and Toddler Mental Health. Models of Clinical Intervention with Infants and Families*, Washington D. C., American Psychiatric Press.
- Maldonado-Durán, M. y M. Morales, (1998), "El personal de enfermería y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales", en *Enfermería: Una profesión de alto riesgo*. Coords. T. Lartigue y V. Fernández, México, Universidad Iberoamericana/Plaza y Valdés, pp. 311-343.
- Maldonado-Durán, M. y J. Saucedo García, (1998), "Los problemas de la alimentación en la primera infancia", en *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*, op. cit. pp. 133-161.
- Maldonado-Durán, M. y T. Lartigue (2000a), "Intervenciones terapéuticas en el paciente pediátrico", en *Manual clínico de psicoterapia*, Ed. M. A. Dupont, México, JGH editores, pp. 125-160
- _____ (2000b), "Psicoterapia multimodal padres-bebé", Ponencia leída en el IV Congreso Latinoamericano de Niños y Adolescentes, celebrado en Gramado, Brasil, 7 de septiembre.
- _____ (en prensa), "Multimodal Parent Infant Psychotherapy", en *Infant and Toddler Mental Health. Models of Clinical Intervention with Infants and Families*, Ed. M. Maldonado-Durán, Washington D. C., American Psychiatric Press.
- Maldonado-Durán, M., T. Lartigue y M. Feintuch (2000), "Perinatal Psychiatry: Infant Mental Health Interventions During Pregnancy", *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(3): 317-343.
- Maldonado-Durán, M., L. Helmig y C. Moody (2001), "Signos de alarma: La detección temprana de problemas emocionales y conductuales en el bebé", *Perinatología y Reproducción Humana*.
- McDonough, S. (2000a), "Interaction Guidance: An Approach for Difficult-to-Engage Families", en *Handbook of Infant Mental Health*, Ed. Ch. Zeanah, Nueva York. The Guilford Press, 2ª ed., pp. 485-493.
- _____ (2000b), "Preparing Infant Mental Health Personnel for the Twenty-First Century Practice", en *WAIMH*, op. cit. pp. 535-546.

- Menéndez, O. (2000), "Intentando cuidar la vida psíquica", Ponencia leída en el IV Congreso Latinoamericano de Niños y Adolescentes celebrado en Gramado, Brasil, 9 de septiembre.
- Minde, K. (1993), "Prematurity and Serious Medical Illness in Infancy". Implications for Development and Intervention", en *Handbook of Infant Mental Health*, Ed. Ch. Zeanah, Nueva York, The Guilford Press, pp. 87-105.
- _____(2000), "The Assessment of Infant and Toddlers with Medical Conditions and their Families", en *WAIMH, op. cit.* pp. 81-117.
- Moro, R. M. (2000), "Etnopsicoanálisis", *World Association for Infant Mental Health Congress*, Montreal Canada.
- Muir, E. (1992), "Watching, Waiting and Wondering: Applying Psychoanalytic Principals to Mother-Infant Intervention", *Infant Mental Health Journal*, 13: 319-328.
- Nelms, B. C (2000), "Anticipatory Guidance. It is Worth the Effort", *Journal of Pediatric Health Care*, 14(2): 43-44.
- Newman, A. (1995), *Non-Compliance in Winnicott's Words*, Nueva York, University Press, pp. 26-27.
- Nugent, J. K. y T. B. Brazelton (2000), "Preventive Infant Mental Health: Uses of the Brazelton Scale", en *WAIMH Handbook of Infant Mental Health, op.cit.* pp. 157-202.
- Osoksky, J. y H. Fitzgerald (eds.) (2000), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, Nueva York, John Wiley & Sons, 4 vols.
- Pessa de Farias, E. y S. Bromberger, (2000), "A intercao da mãe/gestante de alto risco com o seu bebê/prematuro", Ponencia leída en el IV Congreso Latinoamericano de Niños y Adolescentes, celebrado en Gramado, Brasil, 7 de septiembre.
- Reid, S. (1997), *Developments in Infant Observation. The Tavistock Model*, Londres, Routledge.
- Sameroff, A. y R. Emde (eds.) (1989), *Relationship Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach*, Nueva York, Basic Books.
- Sauceda Garcia, J. M. y M. Maldonado-Durán (eds.) (1998). *Psiquiatría. Temas de Pediatría*, México, Interamericana.
- Solís, H. (2000), "La terapia vincular breve", Memorias del III Congreso Nacional "Constructivismo, terapia vincular e institución". Monterrey y Sociedad Analítica de Grupo de Monterrey, pp. 34-43.
- Spitz, R. (1945), "Hospitalism: An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood", *The Psychanalytic Study of the Child*, 1: 53-74.

- _____ (1951), "The Psychogenic Diseases in Infancy. An Attempt at Their Etiologic Classification", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6: 255-275.
- Thomas, J., A. Benham y K. Guskin (2000), "Intervention-Centered Assessment: Opportunity for Early and Preventive Intervention, en WAIMH, *op. cit.*, pp. 403-440.
- Weatherston, D. J. (2000), "Infant Mental Health Assessment Through Careful Observation and Listening: Unique Training Approach?", en WAIMH, *op. cit.* pp. 119-155.
- Winnicott, D. (1971), *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*, Londres, Hogarth Press,
- Zeanah, Ch. (ed.) (2000), *Handbook of Infant Mental Health*, Nueva York, The Guilford Press, 2^a ed.
- Zeanah, C, N. Boris y M. Scheeringa (1997), Infant Development: The First three Years of Life, en *Psychiatry*, Eds. A. Tasman, J. Kay and A. Lieberman, Nueva York, W. B. Saunders, pp. 75-100
- Zero to Three (1994), *Diagnostic Classification: 0-3 Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, Washington, National Center for Clinical Infants Programs.

XII

La terapia psicoanalítica del niño

Marcelo Salles Manuel

Introducción

La estructura psicológica de los niños, adolescentes y adultos es muy diferente. Una de las grandes premisas para marcar dicha diferencia estriba en el proceso de desarrollo. Mientras que el niño y el adolescente se encuentran en tránsito, en vía de lograr una estructura de la personalidad ya acabada, el adulto ya la ha alcanzado. Con esto se explican los matices clínicos diferentes que observamos a lo largo de la niñez y de la adolescencia, que se expresan en el modo de pensar, defenderse, hablar, exigir, satisfacerse, vestir, comer, relacionarse, así como en el modo en que manejan sus impulsos. Esto que hoy en día se da por sentado y parece tan sencillo, se ignoraba en los siglos pasados.

Fueron necesarios años de estudios basados en los trabajos de pensadores como J. J. Rousseau y de educadores médicos como M. Montessori para poder darse cuenta de que el niño era mucho más que "un adulto en pequeño". En este contexto de aceptar al niño como tal —diferente del adulto y con sus propios derechos—, fue difícil para el médico general admitir la necesidad de la especialización en pediatría; para el psiquiatra general, aceptar la de la psiquiatría infantil; así como para el psicoanalista general, la del psicoanálisis infantil y de la adolescencia.

Hoy en día el conocimiento que tenemos del desarrollo psicológico del niño es muy vasto. El camino para alcanzarlo fue difícil y hubo que luchar contra ideas religiosas, moralistas y filosóficas que se oponían a dicha toma de conocimiento. En relación con la psiquiatría, basta recordar que por muchos años se pensó que los problemas de conducta de los niños eran una característica que marcaba a la infancia como tal y que en dicha conducta podrían tener cabida lo que hoy conocemos como esquizofrenia, problemas de carácter severos o problemas transicionales leves. Se creía, entonces, que con el crecimiento dichos problemas desaparecerían.

Si los problemas de conducta del niño eran "parte de la infancia", no había razón para tratarlos. Específicamente en relación con la sexualidad, se pensaba que ésta se iniciaba hasta la adolescencia y que por lo tanto el niño era "inocente" en cuanto a ese aspecto. Estos datos persisten hasta que S. Freud, en sus tres ensayos sobre teoría sexual, señala que la vida sexual inicia desde el nacimiento. En otro tiempo se creyó erróneamente que la masturbación (la cual se pensaba era prematura y dañina) era la responsable de todos los trastornos de conducta, por lo tanto había que castigar al niño hasta lograr que no la practicara.

Tanto las teorías interpersonales de la personalidad como la teoría del desarrollo psicosexual siguen debatiéndose en relación con su importancia en el desarrollo. En un Congreso Internacional de Psicoanálisis bastante reciente, efectuado en Barcelona, España, Furman (1998) reporta el trabajo de un panel respecto a las manifestaciones de la sexualidad en el análisis de niños. El consenso general fue que, al revisar los casos clínicos, existen evidencias claras de la importancia que tiene el desarrollo psicosexual, sobre todo a través de su manifestación en la transferencia. Esta opinión se contrapone a la de aquellos analistas que piensan que lo importante radica sólo en la teoría de las relaciones interpersonales. En realidad, y ya en el terreno de la práctica, ambas teorías se pueden imbricar muy bien y las dos son muy útiles.

Al psicoanálisis y a la teoría psicoanalítica se debe el bagaje de conocimientos que tenemos hoy en día en relación con el niño y el adolescente. Del psicoanálisis general emanan las otras terapias analíticas: las psicoterapias analíticamente orientadas. El psicoanálisis infantil encuentra también su origen en el psicoanálisis general. A su vez, la práctica de las psicoterapias infantiles se origina en la práctica del psicoanálisis infantil. De tal modo que dentro de un marco general de lo ya utilizado, en el psicoanálisis de adultos (la transferencia, la resistencia, las interpretaciones, el manejo de los sueños, el *insight*, el proceso de elaboración y, en general, la totalidad del proceso terapéutico), se hace un intento de buscarle acomodo para su práctica en el terreno infantil y de la adolescencia.

Pioneros en este desarrollo fueron Hellmuth (1921), A. Freud (1946), Klein (1927-1932) y Aichorn (1936), entre otros.¹ Cabe decir que no fue fácil aplicar dichos conocimientos de la teoría a la práctica en el tratamiento de niños. Los primeros psicoanalistas pronto se dieron cuenta de que su arrojo les costaría muchas penurias. El niño, por ejemplo, no toleraba estar acostado en el diván —parecía lombriz fumigada— y su capacidad para verbalizar, comparada con la del adulto, era muy limitada. Se tuvo entonces que acudir a otras instancias, buscando opciones se introdujeron el juego y los dibujos; se modificó también el escenario terapéutico, haciéndolo más apropiado al ambiente infantil.

Corresponde a Waelder (1946) presentar con detalle, en el año de 1930, el primer caso de análisis de niños ante la Sociedad Psicoanalítica de Viena.² Claro está que para desarrollar la nueva técnica era necesario tener un conocimiento profundo de la psicología infantil. En ese sentido, entre los primeros en estudiar las diferencias psicológicas importantes entre el niño y el adulto se encuentra A. Freud (1965, pp. 58-61), quien describe cuatro áreas de diferencia fundamentales: la egocentricidad, que se vincula al nivel de desarrollo objetal; la inmadurez del aparato sexual; la debilidad relativa de los procesos secundarios del pensamiento, y la manera de evaluar el tiempo.

Grandes problemas debió resolver el analista al empezar a ver niños en terapias analíticas, ya que psicológicamente hablando, el niño-paciente generalmente no se siente enfermo y otras veces ni siquiera se da cuenta de sus síntomas. Si llegara a darse cuenta, no los vincula con algo que signifique problema y, por lo tanto, no se le ocurre pedir ayuda, menos ir con el analista o con el terapeuta infantil. En muy contadas ocasiones el niño pide que lo lleven con el psicoanalista, por ejemplo, cuando es hijo de un profesional de la salud mental, si los padres están en análisis, o si sus padres son instruidos conocen la existencia de la teoría psicoanalítica. Estos casos, sin embargo, representan la excepción.

Son los padres quienes se dan cuenta de que el niño pudiera tener un problema y por ello solicitan la consulta. De ahí la necesidad de desarrollar las habilidades para transformar la actitud negativa del niño, para así poder asistir con el terapeuta a fin de que lo ayude. Para llevar a cabo esta transformación, es necesario hablar con los padres para que le digan al niño la verdad de por qué lo llevan a consulta. Habrá que hacerlo cons-

¹ Véanse los capítulos de Historia, así como el de la Técnica Analítica.

² En realidad S. Freud, con la publicación del caso de "Juanito", es pionero en este tipo de publicaciones, **sin** embargo recordemos que Freud no vio directamente a este niño, por lo que ríe es considerado como un caso de psicoanálisis infantil. Véase S. Freud. The Hog. Press. 10, Strach. Ed.

ciente de sus dificultades para que él pueda superarlas. A. Freud (1946, pp 13-14) relata cómo ayudaba a que el niño-paciente transformara su actitud de negativa a positiva; parte de este trabajo lo hacía en lo que llamaba "periodo de prueba del tratamiento".

Los padres son el factor fundamental a tomar en cuenta cuando se trata de ver a niños en una terapia analítica. Según Frizzera *et al.* (1998), el niño forma parte de un malestar colectivo, una familia, y esto constituye una encrucijada. Es decir, no es algo que se agrega, sino más bien constituye la base misma de lo que es el psicoanálisis de niños; de tal modo que los padres del niño deberán de ser incluidos de algún modo en su tratamiento. Estos autores también arguyen que hay que tomar en cuenta que hoy en día el mundo en que viven los niños es muy diferente.

Ellos están ahora inmersos en la computadora, los robots o las ovejas clonadas. Los padres de estos niños se encuentran presionados por alcanzar un éxito inmediato. Otros factores que están en boga hoy en día son los problemas de identidad sexual. Igual los niños oyen que se forman parejas de homosexuales que quieren adoptar niños, o bien, quieren tenerlos por inseminación artificial, así como por la técnica de "niños en probeta". Y hablando de estos niños los autores se preguntan: ¿cuál es su futuro en relación con su identidad?, ¿qué tendrá que hacer el psicoanálisis de niños en estos casos?

La presencia y participación de los padres es fundamental para trabajar con los niños. Se piensa, por ejemplo, que no podremos trabajar si no tenemos una buena alianza con sus padres, cuando menos con uno de ellos. Rupturas de esta alianza podrán encaminarnos a un sabotaje al tratamiento por parte de los padres, como se verá más adelante.³

La técnica en sí

Anna Freud, pionera en los estudios del desarrollo normal del niño, ha aportado entre otras cosas su investigación en relación con las llamadas "líneas del desarrollo", que apoyan la teoría del desarrollo como un proceso continuo, así como la idea de la importancia de la armonía o disarmonía entre las citadas "líneas" y el equilibrio o desequilibrio observado en la totalidad del desarrollo (Freud A, 1965). Según Mayes y Cohen (1996), estas ideas forman parte del importante legado de esta autora analítica. A su vez Miller (1996), dada la importancia de Anna Freud, nos presenta un importante resumen tanto de las aportaciones teóricas como técnicas que ella realizó. A continuación presentaremos algunas de éstas, las que son pertinentes dado el tema de este capítulo.

³ Véase el capítulo acerca de los padres.

Anna Freud siempre se apegó a la idea de que el psicoanalista de niños debe analizar y participar en la educación del niño, interviniendo en su desarrollo normal. Pensaba que los síntomas no eran los indicadores para decidir si el niño debería de analizarse. Los síntomas, según ella, más bien indican cambios en el ajuste homeostático y pueden cambiar y ser sustituidos por otros. Importa más, decía, hacer una valoración total del niño su mundo externo e interno. Dentro de lo que ella llamó el "perfil diagnóstico", menciona la importancia de ver la relación que tiene el síntoma con el momento del desarrollo, el nivel del mismo, la estructura operante, el significado dinámico del síntoma y su relación con la realidad.

¿Qué impide que el niño siga con su desarrollo?, ¿cómo ayudarlo para que siga adelante?

En los años 1966 y 1968, ella, después de haber estudiado las líneas del desarrollo,⁴ introduce el concepto de "conflictos del desarrollo", siendo éstos trastornos que emergen de las presiones y del estrés, tanto internos como externos, y peligros y angustias, ligados a fases específicas del desarrollo pero con una estancia transitoria. Sin embargo, entre estos trastornos y la neurosis infantil había otra serie de alteraciones tales como las llamadas "fallas del desarrollo" descritas por Balint. Estas "fallas básicas", originadas tempranamente en el proceso del desarrollo del niño, producen estructuras mentales "deformadas" en las que el psicoanálisis poco puede hacer, en el sentido de "cambiar esas estructuras por otras". En estos casos el psicoanálisis más bien ayuda a que el niño se adapte a su estructura lo mejor que pueda. Sin embargo, ya para 1968, la autora pensó que en algunos casos es posible tener lo que se llamó una "experiencia correctiva", al comparar el niño la diferencia de la relación con su madre real con la del analista. A. Freud pensó que el psicoanálisis infantil no serviría en estos casos, ya que éste no iba a corregir la "falla primaria".

En relación con las "interferencias al desarrollo", que eran el resultado de presiones del exterior, se mostraba dudosa de cómo el psicoanálisis podría ayudar. Para 1970 pensó que el abordaje analítico sí debería incluir las "fallas del desarrollo", las básicas y las producidas por carencias y negligencias. El psicoanálisis en estos casos, decía, no servirá para deshacerse del pasado, más bien ayuda al niño a enfrentar el residuo de lo ocurrido, a que se enfrente y se adapte a sus consecuencias. Esto distinguía su abordaje del llamado abordaje "correctivo", que sí pretendía establecer cambios estructurales a través de la experiencia "diferente" con el analista, distinta a la de los padres.

⁴ A los lectores interesados en el estudio de las líneas de desarrollo se les sugiere el libro *Normalidad y Patología* de A. Freud. Ver en las referencias A. Freud (1965).

Para 1970, el psicoanálisis de niños era ya aceptado como tal (ya no había necesidad de compararlo con el del adulto). Para 1978 delineó el análisis para las neurosis infantiles en términos de metas, muy similar al análisis de adultos, con la diferencia de que "hay que liberar las fuerzas del desarrollo de inhibiciones y restricciones, para que tomen su parte que le corresponde (su papel) en el crecimiento del niño".

Para 1978, A. Freud introduce el concepto de "disarmonías del desarrollo", que abarcaban los trastornos tempranos que pertenecían a la llamada "falla básica". "Las disarmonías moderadas —pensaba— producen las variaciones a la normalidad; las severas producen la patología". Las disarmonías del desarrollo eran terreno fértil para cultivar la neurosis infantil. Anna Freud sugería que el analista de niños debía interpretar el inconsciente, pero para 1965 pensaba que técnicamente primero hay que interpretar la defensa, para posteriormente pasar al contenido. Ella siempre estuvo en desacuerdo con Melanie Klein en relación con la utilización del juego en el análisis infantil. Klein lo veía como un equivalente de la asociación libre del adulto, ella no.⁵

Las defensas y la resistencia son muy importantes en el análisis de niños, y diferentes en su presentación si las comparamos con las del adulto. Anna Freud siempre recomendó trabajar mucho las resistencias e interpretar las defensas. Ahora bien, una diferencia fundamental entre el análisis de adultos y el de niños consiste en que estos últimos no ven las situaciones en términos de tiempos prolongados, más bien las viven en el presente y ya. Ésta es una de las diferencias entre los adultos y los niños: su modo diferente de conceptualizar el tiempo, de tal modo que la incomodidad y la angustia que produce el análisis en el presente del niño, pesa más que la idea que él se pueda sentir mejor en el futuro; así el niño, en presencia de una resistencia, querrá, en primera opción, terminar el análisis. El yo del niño es inmaduro y con un balance inseguro entre las presiones externas e internas; así el análisis lo amenaza y por lo tanto se aterra y rigidiza más sus defensas de lo que hace el adulto. Sus defensas primitivas e inmaduras trabajan lado a lado con defensas más sofisticadas; por lo tanto se dobla la resistencia. Los niños tienden a externalizar sus conflictos, lo que resulta en batallas con el ambiente en vez de experimentarlas internamente. Los niños buscan soluciones externas y actúan; preferentemente de manera verbal. La alianza en el tratamiento con el niño y con los padres son elementos cruciales para contrarrestar esas dificultades.

El proceso analítico, en su afán de disecar la personalidad y de traer los conflictos a la conciencia, se opone al proceso de desarrollo cuya meta es resolver conflictos y establecer actitudes caracterológicas. Así, el desarrollo puede contribuir a la resistencia.

⁵ Véase el capítulo acerca de Melanie Klein, así como el capítulo de los analistas británicos.

Por esa razón A. Freud decía que las fuerzas que se oponen al análisis son más fuertes en los niños que en los adultos.

En relación con la transferencia, A. Freud pensó que en los niños no había la llamada neurosis de transferencia; luego, más adelante, reconoció que sí se podía dar en algunos casos. El problema con la transferencia, decía ella, es de cantidad. ¿Qué tanto transfiere el niño si sigue relacionándose intensamente con sus padres? Por otro lado también está la transferencia de sus relaciones presentes, o bien transfiere sus modalidades de carácter. Claro que también puede transferir, como el adulto, sus relaciones del pasado. El niño ve también al analista como a un objeto nuevo real. Es importante, por tanto, manejar también la transferencia negativa.

Anna Freud siempre concibió el psicoanálisis de niños ligado al desarrollo. Al principio pensó que el analista de niños debe "educar" al paciente y "analizarlo" al mismo tiempo. Por educar ella se refería a trabajar todas aquellas áreas de las líneas de desarrollo que estaban muy atrasadas. Cuando se trata de problemas neuróticos el análisis no tiene problemas, ya que, decía, es lo que mejor conocemos, se trata de hacer consciente lo inconsciente. Pero cuando se trata de defectos del desarrollo que empiezan a producir estructuras defectuosas, ahí la interpretación no es efectiva. Se necesitan entonces otras medidas "colaterales al análisis", las cuales son muy importantes. Ahí es donde el analista deberá mostrar su creatividad. Como ejemplo de estas medidas tenemos clases con temas escolares específicos, actividades musicales, teatrales, deportivas, etcétera.

Ella pensaba que el análisis nunca va a curar una estructura defectuosa; ese daño no es reparable por el análisis, se necesitan otros abordajes: apoyo, educación, programas educacionales, instrucción por áreas, juegos estructurados u otras actividades. En estos casos más que la interpretación, el analista como objeto nuevo que está ahí y quiere ayudar al paciente, puede producir una experiencia "correctiva" que ayude a aquél a movilizar sus esfuerzos para tener un mejor desarrollo. Hasta aquí el resumen de Anna Freud realizado por Miller (1996). Para dar una ilustración de cómo se trabajaba clínicamente, Anna Freud lo hacía junto con Sandler, Kennedy y Tyson, material que fue publicado.⁶

El psicoanálisis infantil y la psicoterapia de niños basan su acción en el intercambio verbal y no verbal que tienen el paciente y el terapeuta. Éste comunica mucho material

⁶ Hay un libro publicado por J. Sandler, H. Kennedy y R. Tyson que se llama *La técnica del psicoanálisis. Discusiones con Anna Freud*, The Hog Press, London, 1980. Este libro es muy interesante, ya que está realizado con base en pequeñas introducciones a los distintos capítulos, con comentarios específicos a los temas elaborados por Anna Freud. Tiene muchos ejemplos clínicos, producto del Index de la Clínica Hampstead. Se recomienda ampliamente al lector que quiera conocer más acerca del pensamiento y manejo de esta autora en la práctica clínica.

no verbal a través de su carácter, de su modalidad de abordaje clínico al paciente, así como de la presentación de su *setting*, el modo como se viste, habla y se comporta, verbalmente hace señalamientos, aclaraciones e interpretaciones. El pequeño paciente se comunica poco de modo verbal. Entre más pequeño, su comunicación es más breve.

Nosotros esperamos que conforme progresa la terapia, el paciente se comunique verbalmente con nosotros con mayor abundancia. Se comunica no-verbalmente, mediante su conducta general, expresada cuando está con nosotros, también por medio de su carácter, así como con sus juegos, ensoñaciones, sueños y dibujos. Entender dicho intercambio de comunicaciones —aquí la contratransferencia será muy importante— y con base en él ir comunicando al paciente lo que consideramos le pueda ser útil, constituye la sustancia fundamental que echa a andar, por así decir, el proceso terapéutico.

Para poder embarcarse de un modo satisfactorio en el proceso terapéutico, el terapeuta debe tener un conocimiento que explique dentro de la teoría psicoanalítica: las motivaciones y las razones de la conducta del niño, el nivel de desarrollo psicológico estructural alcanzado, así como el grado de desviación presente (psicopatología), y el nivel de operación de sus funciones mentales (defensas, relaciones objetales, funciones intelectuales, habilidades específicas, etcétera).

Para lograr lo anterior el terapeuta debe realizar una valoración clínica que le indique, previo a la terapia, el estado que guarda el aparato mental del niño, así como su entorno, (familia, escuela), para poder llegar a establecer un diagnóstico clínico.⁷ El tratamiento analítico con los niños plantea también el importante trabajo que habrá de hacerse con sus padres, desde las entrevistas iniciales y durante la terapia propiamente dicha.⁸ Se deduce, por lo tanto, que previo a la terapia hay una fase de valoración (la que ya de por sí puede ser terapéutica).

El psicoterapeuta de niños deberá ante todo tener una disposición natural para trabajar con los niños, la que se manifiesta tal vez como interés, empatía o afinidad para trabajar con ellos. Deberá tener también un carácter lo suficientemente flexible para regresar-progresar y para poder enfrentar ciertas situaciones a las que tal vez como analista o terapeuta de adultos no está muy acostumbrado, por ejemplo, a tolerar el desorden y el tiradero, así como la conducta impulsiva no pensada. Asimismo deberá en ocasiones soportar el olor a orines o a materia fecal; se sentará en el suelo a jugar, simular pleitos físicos o aceptar representar diversos papeles (generalmente el de villano, el de la maestra, el de la madre cruel y sádica, o el del padre autoritario, agresivo e

Véanse los capítulos acerca del desarrollo y el de la valoración clínica.

* Véase el capítulo acerca de los padres.

incomprensivo, etcétera). El papel del "malo" en cualquiera de sus facetas nos lo asignan con relativa frecuencia.

El terapeuta debe poder contener, que no actuar, los sentimientos intensos que en ocasiones desbordan a su pequeño paciente: la rabia, la ternura, la seducción, la carencia, el desdén, la competencia, la provocación, todos éstos sentimientos pregenitales y edípicos de alta intensidad. Ante la gran variedad de sensaciones contratransferenciales que se presentarán, deberá aprender a elaborarlas para devolverlas en su oportunidad y para no actuarlas ya sea como descarga o como venganza. Deberá también poder poner límites a la conducta del niño, ya sea amorosa o de rabia, cuando están por desbordarse y amenazan con desintegrar o lastimar al Yo. El terapeuta deberá también poder tolerar razonablemente el juego con agua, plastilina, pinturas líquidas, arena, papel, tijeras y juguetes.

La práctica de las terapias infantiles implica, por lo tanto, mucho más que un paseo dominguero a Chapultepec. Si bien no se requiere de un superhombre o de una supermujer para realizarlas, sí requieren de una persona lo suficientemente madura, sensible, fuerte (psicológicamente hablando), y flexible, cuyas propias necesidades amorosas y de ternura estén suficientemente satisfechas en el mundo ajeno a la práctica de sus terapias analíticas. Deberá también ser una persona psicoanalizada en cuyo análisis se ha trabajado correctamente, sobre todo la propia pregenitalidad y el complejo de Edipo, de otro modo podría encontrar satisfacción, sobretolerancia o negación en la conducta del niño a quien se está tratando. Es necesario, también, haber analizado suficientemente la relación con los propios padres, ya que de no haberse hecho, se reaccionará inconscientemente ante los padres del paciente, con patrones infantiles de relación que se tuvieron hacia los propios padres. Esto, indudablemente, entorpecerá el proceso terapéutico.⁹

En la práctica de las terapias infantiles, el terapeuta debe ver al niño en forma individual, una, dos, o más veces a la semana. En mi experiencia con la práctica analítica, habiendo visto niños ya por muchos años, pienso que hay niños que trabajan analíticamente muy bien con una frecuencia de dos o tres sesiones a la semana, otros más lo hacen muy bien con una sesión por semana. Del mismo modo, niños que uno pensaría podrían trabajar bien tres o más veces a la semana, no lo hacen y no desarrollan un buen ritmo de trabajo analítico.

La mayoría de los psicoanalistas de niños que trabajamos en México hemos visto algunos casos cuatro o cinco veces por semana; esto resulta inconveniente en nuestro medio en algunos casos, debido al nivel económico individual y del país, por las distan-

⁹ Véase el capítulo acerca de la formación del terapeuta.

cias que hay que recorrer para llegar al consultorio, por las pocas facilidades de transporte y por otras actividades del niño o los hermanos. Todos estos factores ponen en un brete a la madre del niño que debe llevarlo a consulta. Si bien no hay aún una situación clara al respecto,¹⁰ la práctica nos indica, dentro del empirismo, que se puede hacer un muy buen trabajo analítico en dos o tres sesiones a la semana."

En el Congreso de la Asociación Internacional de Psicoanálisis, llevado a cabo en Chile en 1999, se reunió el comité responsable del psicoanálisis infantil. En base a dicha reunión, Tyson (1999) envía un "memorandum" a las distintas instituciones componentes de la Asociación, en el que quedan claros los siguientes puntos:

- Se aprecia, finalmente, un claro interés de la Asociación Internacional del Psicoanálisis por apoyar la acreditación de los psicoanalistas infantiles que hayan cumplido con un programa de adiestramiento, aprobado por el instituto de la asociación a la que pertenecen.
- En relación con la frecuencia de sesiones que habrán de tener los niños que están en análisis con un candidato que se está adiestrando para formarse como psicoanalista infantil, ésta estará dictada por la frecuencia establecida en cada asociación, utilizando la que se usa en el caso de los adultos.¹² Esta medida se antoja a todas luces impropia, porque está dictada por la frecuencia de asistencia a las sesiones de adultos, que nada tiene que ver con la psicología de los niños. Parece más bien una medida administrativa que clínica.

Se aprecia el esfuerzo efectuado por la Asociación Internacional de Psicoanálisis, en relación con su interés por el psicoanálisis infantil, pero indudablemente se requiere todavía de esfuerzos continuados con el objeto de ir aclarando el panorama en lo que a niños se refiere.

Aún en relación a la frecuencia con la que vemos a los niños en tratamiento, Target y Fonagy (1994) nos presentan un estudio muy interesante de un grupo grande de pacien-

¹⁰ Véase el capítulo acerca de la historia.

¹¹ Véase el capítulo acerca del proceso terapéutico.

¹² Este punto se presenta porque sigue siendo muy polémico el tema de la frecuencia de sesiones a las que debe asistir el niño para que se considere dicho tratamiento como "psicoanálisis". La misma Asociación Internacional de Psicoanálisis al haber enviado en 1998 un reporte firmado por Sandler en el que, después de una encuesta a nivel internacional realizada por ella, se constataba que en la mayoría de los países la frecuencia de asistencia al psicoanálisis infantil era de dos a tres sesiones y se incluía a países de América y de Europa. Solo una minoría de países europeos veía a niños con una frecuencia de cuatro veces por semana.

tes (127) que había estado en psicoterapia o psicoanálisis. Ellos dividieron al grupo en tres subgrupos, de acuerdo a la edad: de menos de seis años, de seis a doce años y de más de doce años. Incluyeron en su estudio sólo a los niños que habían durado más de seis meses en tratamiento. Los resultados, que medían la eficacia del tratamiento, son muy interesantes. Por ejemplo, se vio que los niños más pequeños son los que mejores resultados obtuvieron. Los niños menores de doce años de edad se beneficiaron con tratamientos de cuatro a cinco veces a la semana, mucho más que con tratamientos poco intensos de una a dos veces por semana. Al revés sucedió con la población adolescente: ellos se beneficiaron más con tratamientos con frecuencia de una vez a la semana, que con frecuencias de más de una vez por semana.

Visto al niño en forma individual, el terapeuta debe estar preparado para, en ocasiones —además de continuar con este tipo de sesiones—, efectuar otras con toda la familia, o en particular con el niño y el padre o con la madre. Estas sesiones pueden algunas veces ser muy útiles para resolver de un modo adecuado problemas específicos generados en el vínculo madre-hijo o padre-hijo; por ejemplo, problemas de comunicación, de separación, del manejo de la agresión, del manejo de límites, etcétera. En muchas ocasiones habrá que citar a los padres una vez al mes, o según lo indiquen las necesidades clínicas, para intercambiar información con ellos.

Aquí vale la pena aclarar que todo aquello que hace o dice el paciente en sesión debemos considerarlo como "material confidencial" y, por lo tanto, ni a los padres se les debe dar a conocer. Esto lo debe saber bien nuestro pequeño paciente, pues se lo hemos comunicado en cuanto se inició su tratamiento.

De no manejarse la confidencialidad de este modo, el niño puede perder la confianza que está por formarse o que ya ha sido depositada en nosotros. De ocurrir esta pérdida de confianza, se produciría una interferencia seria en el desarrollo del proceso terapéutico. Esto se acentuaría aún más en aquellos pacientes en los que la pérdida de confianza con el adulto ha sido una parte importante de su desarrollo personal. Este punto será también muy relevante en pacientes en los que la "sospecha" está muy imbricada como parte de su carácter o de su patología.

Por lo tanto, cuando pensemos efectuar una reunión con los padres, lo primero que habrá de hacerse es avisarle al paciente. Si él se opusiera a la misma, se le puede invitar a que también participe en ellas. Si se opone en demasía, se pueden suspender las reuniones por un tiempo, a no ser que el pequeño paciente tenga, por ejemplo, ideas suicidas que nosotros pensemos pueda poner en práctica, o que se encuentre gravemente enfermo, en cuyo caso tenemos la reunión con los padres a pesar de su oposición, y así se lo hacemos saber a él.

Tratándose de adolescentes tempranos, se actúa del mismo modo. Ya con adolescentes en fase media, nos reunimos menos con los padres; y con adolescentes en fase final, ya no los vemos. Claro está que todo esto se revierte en casos de probabilidades de suicidio o de un problema mental grave, como ya lo expresamos, ya que entonces necesitamos de la colaboración cercana de los padres para poder ayudar al paciente.

De tal modo, en dichas reuniones con los padres les decimos cómo va el paciente en su relación con nosotros, de un modo muy general, pero nunca se hablará con ellos del "material confidencial". Este hecho constituye una situación clínica común cuando se acostumbra a ver niños, y es algo que el terapeuta deberá aprender a manejar, siempre protegiendo la confidencialidad de su paciente. Aprovechamos también dichas reuniones para recibir información de ellos en relación con la escuela y la casa. Asimismo, nosotros, en base a lo observado, podemos ofrecer algunas sugerencias a los padres.

El hecho de estar viendo a un niño en psicoterapia o en psicoanálisis va a producir desequilibrio en el grupo familiar, por el cambio en las fuerzas dinámicas generadas por la terapia de uno de sus miembros. El terapeuta deberá estar alerta, ya que otro miembro del grupo familiar, por ejemplo uno de los hermanos, puede tener una reacción desfavorable. Ésta estará en gran parte relacionada con la presencia de envidia o celos, de que él no es el que está recibiendo una "atención extra".

La terapia también puede repercutir en forma negativa en los padres del paciente: por ejemplo, se pueden producir reacciones de celos en ambos padres, o en uno de ellos, de menor a mayor intensidad, debido a la buena relación que el niño ha establecido con el terapeuta. Dicha reacción dependerá en parte del grado de madurez alcanzado por los padres en lo que respecta a sus relaciones objetales (Salles, 1990). Lo anterior es importante, ya que en ocasiones los sentimientos intensos de los padres (los celos, por ejemplo) pueden conducirlos a sabotear y terminar prematuramente el tratamiento. La detección oportuna de estas situaciones y de su manejo con los padres puede en ocasiones revertir dichas tendencias.

En suma, estoy convencido de que la práctica de las terapias analíticas en niños es un oficio muy intrincado que va más allá de verlos en forma individual. También estoy convencido de que es un oficio en que, mediante su práctica, los terapeutas sublimamos elementos libidinales y agresivos de nuestro propio desarrollo. Entre estos elementos podemos mencionar la curiosidad sexual, la diferencia de sexos, el deseo de ser mujer para poder tener hijos, el ser mejor padre o madre del que uno tuvo, el reparar, en fin, sentimientos fraticidas, parricidas y filicidas. Por otro lado, me parece evidente que la práctica de este oficio también da muchas satisfacciones al terapeuta, al sublimar algunos de los aspectos pre y edípicos ya mencionados y al abrir una serie de puertas muy

gratificantes en relación con la enseñanza y la investigación. Además naturalmente de que el niño pueda encontrar un mejor ajuste a través de la psicoterapia y de que su proceso de desarrollo siga de un modo favorable, con menos bloqueos y más libre.

La psicoterapia y el psicoanálisis no son modalidades terapéuticas útiles para todos los niños. Nosotros, como terapeutas, debemos tener metas claras acerca de los propósitos de nuestra intervención. Por ejemplo:

- Ayudar a un niño a resolver una fobia específica.
- Ayudar a un niño de poca capacidad intelectual a desarrollarse lo mejor que pueda, para un día ser autodependiente.
- Ayudar a desprenderse a un niño con una psicosis simbiótica.
- Ayudar a un niño con un problema de carácter limítrofe a lograr una mejor integración de su sí mismo.
- Ayudar a un niño autodevaluado a descubrir sus capacidades.
- Ayudar a un niño con angustia de separación a superarla.
- Ayudar a un niño con problemas importantes de timidez, que se encuentra preso en la armadura de su propio carácter.

Las terapias analíticas no son una panacea ni son el procedimiento que lo cura y cambia todo. Tienen en su aplicación limitaciones a las posibilidades de cambio. Si, por ejemplo, en el tratamiento de un niño hablamos de lograr un cambio en una estructura psicótica simbiótica, es decir, lograr una separación del sí-mismo-objeto, el trabajo habrá de durar muchos años, requerirá de mucha constancia y también se deberá trabajar con los padres; además será preferible que la madre reciba tratamiento, para poder de ese modo tener resultados satisfactorios.¹³ Por lo tanto el tratamiento será largo, complicado y difícil.

Otros tratamientos no dirigidos a producir un cambio estructural, serán menos arduos y largos. Por ejemplo, la depresión producida por la separación de los padres, en un niño que ya había logrado superar el proceso de la separación-individuación.

En el tratamiento de niños con psicosis autista se obtiene mejor resultado con un tratamiento multidisciplinario dirigido a:

- Desarrollar la imagen corporal mediante de estimulación sensorial.
- Desarrollar el lenguaje mediante la terapia específica.
- Desarrollar las funciones intelectuales por medio de la terapia cognoscitiva.
- Trabajar simultáneamente con la madre y con la familia del paciente.

¹³ En referencia al tratamiento hospitalario de estos casos, véase M. Salles (1972).

Entre dichos métodos, la terapia analítica es una ayuda entre muchas otras, ya que por sí sola no es útil en estos casos (sobre todo nos referimos aquí al autismo primario de origen biológico).

En casos de estructuras de carácter narcista o limítrofe, las terapias analíticas de tiempo prolongado (varios años) pueden lograr un mejor desarrollo del carácter. Las terapias analíticas de los transtornos de la personalidad, en los que la organización del carácter es del tipo de las llamadas *borderline*, requieren de modificaciones a la técnica clásica. Kernberg (1989, pp. 3-24), por ejemplo, menciona que dicha técnica, ya adaptada, se centra en:

- Manejar la realidad en el aquí y ahora, proceso que permite al Yo deslindar el sí mismo y el objeto.
- Integrar los aspectos libidinales y agresivos.
- Utilizar la transferencia, no en sus aspectos genéticos sino en los relacionados con el aquí y ahora.
- Ayudar a la desidealización de los objetos.
- Señalar las escisiones del Yo y del Sí mismo.
- Clarificar y confrontar para luego interpretar.
- Mantener neutralidad terapéutica.

Hablando del pronóstico en general, Target y Fonagy (1994) ofrecen algunos datos que son importantes. Por ejemplo, a raíz de una investigación retrospectiva efectuada en casos que habían estado en psicoterapia o en psicoanálisis y que habían dividido en grupos de edades, de menos de seis años, de seis a doce años y de doce años en adelante; ellos encuentran que:

- Los diagnósticos en preescolares relacionados con el estrés post-traumático, reacciones de ajuste, fobias o alteraciones de sueño, tuvieron un buen pronóstico al tratamiento del niño, junto con orientación a los padres. En este grupo de edad, los chicos con problemas de la alimentación tuvieron un mal pronóstico. En estos casos se encontraron relaciones padres-hijo muy alteradas con constantes batallas en la alimentación, batallas que fueron trasladadas al tratamiento, comprometiéndolo. Cuando había enfermedades físicas serias, hubo buen pronóstico. Se piensa que esto se dio porque estas enfermedades hacen más sensibles a los padres de las necesidades del niño.
- En general hubo un buen pronóstico para los dos grupos más jóvenes, cuando había un buen funcionamiento psicológico parental.

- Un trastorno mental severo en la madre predijo un pobre tratamiento en **los** menores de seis años. Esto último se explica por la gran importancia que tiene **la** madre en esta edad del desarrollo, pero predijo un mejor pronóstico en los **niños** de seis a doce años, lo que también se explica ya que a esta edad los niños expanden naturalmente su mundo fuera de los padres y buscan identificarse con otros adultos. De lo anterior se argumenta que mientras que las alteraciones de patología mental severa en la madre son factores que alteran el riesgo de afectaciones mentales en los niños, a todas las edades el impacto de la respuesta en éstos **varía** según el nivel de desarrollo en el que se encuentren.
- En los adolescentes los predictores de ajuste paterno fueron más específicos; **la** conducta antisocial del padre se asoció a peor pronóstico, mientras que la alteración por angustia o conflicto o rompimiento de la pareja se asoció a mejor pronóstico; esto se entiende por razón de que posterior al rompimiento existe **la** oportunidad de buscar otra relación con un adulto (terapeuta), para ser **ayudado**.
- En el adolescente el intento de suicidio en los padres predijo un pronóstico **pobre**. Este tipo de eventos (intento de suicidio en los padres) pueden verse como alteraciones con un impacto destructivo específico, el que interfiere en la capacidad **de** confiar y de apegarse a los adultos y, por lo tanto, con el potencial de **reparar** daños emocionales mediante relaciones humanas subsecuentes al evento. También en los adolescentes las alteraciones en las relaciones con los coetáneos **y las** conductas muy disruptivas predijeron pobres resultados, así como rehusar ir **a la** escuela y también en los que tenían trastornos de la personalidad.

Una función mental que es muy importante para poder beneficiarse de una **terapia** analítica es lo que Fonagy y Target (1997) han llamado "la mentalización o **función** reflectiva". Esta función podría ser definida como la adquisición, mediante la experiencia del desarrollo, que permite a los niños responder a la conducta de otra persona **y que** también tiene que ver con la concepción que tienen los niños de los demás (otros), en relación con sus actitudes, intenciones y planes. Al atribuir a "otros" estados **mentales**, los niños hacen que la conducta de las personas sea significativa y predecible. Conforme los niños aprenden a entender la conducta de "otros", ellos pueden activar una respuesta a partir de sus relaciones de objeto internalizadas, lo que estará indicado **por una** transacción interpersonal. El niño entiende que su conducta afecta a "otros" **y viceversa**.

En relación con la duración de la terapia y hablando de un modo general, **podemos** decir que podrá ser corta en casos de neurosis leves, interferencias del desarrollo, conflictos del desarrollo y problemas transicionales. La terapia habrá de ser larga en **casos**

de psicosis y problemas severos tanto neuróticos como de carácter. Muchos se han preguntado las ventajas o desventajas de los tratamientos analíticos y se han cuestionado cuál será el resultado a futuro.

Sin poder contestar con certeza dicha pregunta empíricamente, en la experiencia clínica que he tenido me parece que el resultado es muy positivo. En esa línea de pensamiento, hay un trabajo muy interesante de Ritvo (1996), ya que él analiza a tres adultos que en su infancia fueron psicoanalizados. Él piensa que estos pacientes aprendieron a verse a sí mismos durante su psicoanálisis de la infancia y que ahora son capaces de tener y buscar una situación analítica, nuevamente, cuando emerge un problema que ellos ya no pueden resolver. Esto es el resultado, piensa él, de una buena internalización de la imagen del analista como alguien que puede ayudar.

Mucho se ha escrito en relación con el *setting* para ver niños. Respecto a las psicoterapias, Ginott (1973) habla de las dimensiones ideales del cuarto de juegos. Ya en la práctica es útil tener un cuarto de juegos lo suficientemente amplio donde el niño se pueda mover libremente. No debe haber demasiados juguetes, de preferencia deben ser sencillos. Ejemplo de juguetes que debemos tener son los muñecos que representen a las figuras de la familia, unos cubos de madera, unos cuantos carros, soldados, animales, una casa de muñecas sencilla y manipulable para poder trabajar en su interior, plastilina, agua, lápices y papel.

Es preferible tener agua corriente ya que es muy útil. Algunos terapeutas podrán tolerar un pequeño arenero. No es conveniente tener de la clase de juguetes "que ya vienen programados para hacer algo", sean éstos electrónicos, a control remoto o de mesa. Los juguetes deben servirnos para que el niño invente y cree su juego. En ocasiones específicas sí será conveniente tener un ajedrez o algún juego de mesa. Esto se verá más adelante.

Algunos autores han recomendado también un retrete, que en realidad no siempre se puede tener, el cual está lejos de ser indispensable. Si no es posible tener un cuarto de juegos, se pueden incluir algunos de estos juguetes en la oficina del terapeuta. La importancia de tener juguetes o un cuarto de juegos, además de la utilidad que en sí tiene el juguete —como se verá más adelante—, estriba en que reproduce para el niño un medio bien conocido por él, donde se sentirá mucho más a gusto, aunque no juegue, sobre todo si lo comparamos con la rigidez que ofrece el consultorio diseñado para adultos.

Los pacientes nos son referidos generalmente por un colega, por una escuela, por el pediatra o el neurólogo. Ya con años de experiencia clínica, muchas de nuestras referencias provendrán de nuestros propios pacientes. Al recibir la llamada para la primera cita, debemos desde entonces tratar de entender si existe un contenido analítico digno de

pensarse; por ejemplo, los padres pueden manifestar urgencia por obtener una cita pero no aceptan el horario que se les ofrece; o pueden mostrar angustia, celos o dudas a través de su comunicación telefónica. Los padres generalmente preguntan si deben ir solos o con el niño. Yo acostumbro dejarlo a su elección, ya que ésta puede ser significativa pero si insisten en que yo se los indique, les sugiero que vengan ellos solos, ya que su insistencia tal vez manifieste que quieren hablar conmigo a solas.

Es necesario efectuar una valoración clínica antes de iniciar el proceso terapéutico,¹⁴ después de la cual se plantean las recomendaciones tanto a los padres como al niño (véase Salles, 1985). Al terminar la valoración, también es conveniente llamar a la persona que nos ha referido el caso y decirle lo que hemos encontrado y lo que sugerimos que se debe hacer. Me refiero a los casos en que nos ha sido referido por un profesionalista.

En este contexto podemos mencionar brevemente que la psicoterapia puede ser de apoyo, es decir, que se basa en el sistema defensivo del Yo; no se dirige la interpretación hacia éste y la transferencia se registra, pero tampoco se interpreta. O puede ser expresiva, en cuyo caso se utiliza e interpreta tanto la transferencia como las defensas. En el psicoanálisis se interviene como en la psicoterapia expresiva, pero con mayor constancia y duración y con la posibilidad de fomentar la neurosis de transferencia. En realidad, el psicoanalista puede practicar tanto el psicoanálisis como la psicoterapia.¹⁵

La psicoterapia analítica y el psicoanálisis de niños son oficios complejos y a mi entender mucho más complicados que la psicoterapia o el análisis de adultos. Parte de la dificultad se debe a que no podemos solamente ver al niño y desentendernos de los padres. Todo lo contrario, habrá que incluir a éstos en el tratamiento y también trabajar con ellos.¹⁶ Otra parte de la dificultad está dada por el proceso de comunicación con el paciente. Es decir, debemos desarrollar la habilidad para comunicarnos con el niño y entender sus formas peculiares de comunicación, para lograr saber lo que piensa y siente. No podemos subestimar la capacidad verbal de los niños, pues ésta nos será muy útil, hasta el grado de que según progrese la terapia el niño verbalizará cada vez más. Otra parte tiene que ver con la "resistencia" propia del niño.

Es muy importante darse cuenta de la resistencia del infante y manejarla oportunamente, lo que redundará en menos abandonos del tratamiento. Como se comentaba, el

¹⁴ Véase el capítulo acerca de la valoración clínica.

¹⁵ En relación al plan terapéutico que podemos seguir una vez terminada la valoración (psicoterapia y tipo de psicoterapia o psicoanálisis), véase el capítulo correspondiente: a la psicoterapia y el psicoanálisis y el que corresponde a la valoración clínica.

¹⁶ Véase el capítulo acerca de los padres.

niño por regla general no decide por él mismo venir con nosotros y sus síntomas son generalmente sintónicos, por lo tanto él no ve la necesidad de tratarse. Habrá que diferenciar una resistencia de éste tipo, que es la más común, al establecimiento de una transferencia negativa en la cual, dada su patología, el infante necesita proyectar en el terapeuta aquellas partes que siente malas, agresivas y muy incómodas. Habiendo depositado estas partes de él mismo en el terapeuta, el trabajo es casi imposible de realizar, a no ser que el terapeuta se dedique de inmediato a la interpretación de la misma. La instalación de este tipo de modalidad de transferencia se efectúa después de un primer periodo de trabajo en relativa calma y armonía con el terapeuta.

Como comentábamos unas líneas arriba, la mayoría de los pacientes presentan "resistencia" al trabajo analítico, pero ésta puede ser manejada a través de aclaraciones, señalamientos e interpretaciones. Por ejemplo con material que tenga que ver con:

- Su miedo a estar sólo con un adulto.
- Su miedo a ser tratado médicamente como en sus visitas al pediatra, en donde se le inyecta y explora.
- Su miedo a no ser aceptado o a no ser comprendido.
- Su miedo a ser lastimado o dañado.
- Su miedo a estar separado de la madre.

En algunos casos, sobre todo en adolescentes, el paciente puede rehusarse a venir. Es obvio que en psicoterapia no podemos ver a un niño o adolescente que no quiera venir, ya que la terapia no funcionaría. De ahí que en ciertas ocasiones, cuando hay una negativa franca e intensa para ir a consulta, se puede hacer un compromiso con el adolescente o niño en el sentido de que acepte venir, digamos a cinco o diez sesiones, y que después de éstas él decida por sí mismo si acepta venir o no. En unos de ellos, esta medida ayuda a que disminuya la gran angustia de sentirse obligados, o sometidos por los padres para asistir a la consulta.

Esta conducta (el rehusarse a venir a consulta) puede corresponder, sobre todo en algunos adolescentes, a un sometimiento homosexual al padre en la fantasía y que es desplazado en el terapeuta; por lo tanto, se les debe dar la oportunidad de que sean ellos quienes decidan si vienen o no. Como mencionábamos, en algunos pacientes esta medida resulta efectiva. Sobre todo en aquellos pacientes con "pánico homosexual".¹⁷ Otros

¹⁷ Esta situación clínica la observamos generalmente en aquellos pacientes adolescentes mayores o jóvenes, varones, que inconscientemente tienen un problema homosexual latente, pero cercano a salir a la superficie, de tal modo

pacientes con otras fobias, o con una "rebeldía" no necesariamente ligada a sentirse sometidos, sino más bien motivada por un deseo de individuación de sus padres y de búsqueda de su propia autonomía, pueden también responder bien a este planteamiento.

También debemos aprender a entender la comunicación no verbal en niños y en adolescentes. Por ejemplo, Anthony (1977) nos remite a la importancia de la comunicación no verbal del niño, la que siempre está presente para ser descubierta por nosotros, si es que estamos receptivos a su aparición. La comunicación verbal, por otro lado, es de fácil apreciación y explícita. Anthony describe un caso en el cual, cuatro años después del análisis, el niño no recordaba lo dicho, pero sí lo sentido en su etapa no verbal del tratamiento. Antes de interactuar con el paciente, ya sea verbalmente o no, el autor indica que se debe trabajar con la producción no verbal, para permitir al contenido un largo periodo de elaboración.

La transición de los procesos del pensamiento, de primarios a secundarios, es larga y gradual. Cuanto más pequeño es el niño más dominan los procesos primarios y, por lo tanto, la comunicación es primordialmente no verbal. Conforme crece, se van sustituyendo los procesos primarios por los secundarios y va apareciendo la comunicación verbal, la cual, al principio sigue manifestando características de los procesos primarios. Más adelante, la comunicación verbal, ya de proceso secundario, se irá afianzando en la lógica, en el manejo del tiempo, en las afirmaciones y negaciones.

En relación a lo no-verbal, Albrecht (1998) piensa que ésta es un área que tiene gran importancia en las terapias analíticas: lo no verbal del paciente, del analista y de sus transacciones. La autora considera que la dimensión de lo no verbal es fundamental, a tal grado que ella opina que constituye un "estado". Ella lo define así: "se trata de un afecto al cual se le suman otras configuraciones, tanto de experiencia como de conducta tales como la postura corporal, la expresión motora, las capacidades cognitivas y otros fenómenos no-verbales". El estado, según la autora, puede expresarse en forma manifiesta o "estar escondido".

El estado, según Albrecht, toma en cuenta al "otro" y varía acorde a la experiencia. El estado es considerado como una dimensión continua y particular de la expresión no verbal, que aunque generalmente vista, escuchada o sentida, frecuentemente permanece

que cuando entran en una relación cercana con alguien del mismo sexo, se produce un gran ataque de angustia, pánico, del cual tienen que salir huyendo. Esto generalmente se puede apreciar en algunas personas que están viviendo en concentraciones de congéneres del mismo sexo, tales como las que se dan en cuarteles, seminarios religiosos, internados, etcétera. En el consultorio podemos observar algo parecido en ciertos adolescentes, aquellos con una problemática homosexual latente, de gran consideración, cuya respuesta inmediata es la huida, rehusándose a venir a consulta.

implícita. El estado se encuentra ligado a nuestros inicios tempranos. Contiene a su vez el afecto propio, el sentir del cuerpo, del propio *self*, todo en relación a uno mismo y al mundo externo. Influencia y es influenciado por el "otro". Esta concepción de lo no verbal resalta la importancia de este material en toda comunicación analítica, la cual cobra mucho valor tratándose de la terapia con niños, ya que lo no verbal en sus comunicaciones normales es fundamental y característico en ellos.

Por otra parte, el juego, herramienta terapéutica por excelencia, representa en los niños algo semejante a un "estado normal del ser". El estar jugando es un estado muy particular en el cual el niño se desentiende de la realidad externa, crea, inventa, ensaya y resuelve una serie de dificultades o dudas acerca de él mismo o de "algo" en particular que es motivo de su preocupación (Salles, 1978,1982). Plaut (1979) piensa que el juego tiene un desarrollo ontogénico propio y es importante en diversas edades del hombre.

Solnit (1987) manifiesta que existe una interrelación que fluye entre el pensamiento y la acción a través del juego, ofreciendo una conexión más clara, cohesiva y coherente desde el punto de vista del desarrollo y la experiencia, en relación con la acción misma, comparándolo, por ejemplo, con otros estados como el sonambulismo. Este autor sugiere que así como hablamos de un estado de vigilia, de sueño, del dormir, hay también un estado del jugar. Sea como fuere, el jugar del niño, dada su universalidad, ha sido incorporado con mucho éxito en las terapias infantiles, sirviendo al terapeuta tanto como una pantalla en donde se puede advertir contenidos psicológicos, como un excelente medio de comunicación.

"Mediante el juego el niño puede representar sus deseos, sus fantasías y sus modalidades defensivas", (Klein, 1927; Salles, 1978,1982); o puede estar tratando de dominar una situación difícil y angustiante mediante el actuar activamente lo que ha sufrido pasivamente, descubriendo con la puesta en escena de la acción lúdica un sentimiento de dominio y alivio. Se advierte también que en muchas ocasiones el niño sólo puede jugar sin simbolismos de por medio, siendo la actividad en sí misma sumamente placentera.

Si el terapeuta conoce bien la historia personal y familiar del niño, así como el medio ambiente en que diariamente se desarrolla, entenderá el posible significado del juego, el que, en su oportunidad, podrá ser utilizado terapéuticamente. Por ejemplo, en un caso que relaté en otro lugar (Salles, 1982) me referí a un niño con sentimientos de rabia ante la pérdida de su "territorio" motivados por el nacimiento de su hermano. A este paciente se le ayudó a resolver dicha situación, a la que posteriormente se le sobrepuso una situación edípica, la que en su oportunidad también fue manejada, aunque no discutida ahí.

En relación con el manejo terapéutico del juego, existen discrepancias entre los autores. Por ejemplo, en su análisis, Klein (1927, 1932, 1976) considera el juego del niño

como equivalente a las asociaciones libres del adulto y, por tanto, sujeto a la interpretación directa de sus contenidos. Por otro lado, autores como A. Freud (1965), Bornstein (1945, 1949) y Fiegelson (1977) piensan que no es conveniente interpretar el juego directamente, ya que: si se interpreta el juego directa y constantemente el niño dejará de hacerlo; el juego natural de los niños es uno de los primeros pasos en el proceso de sublimación, y éste pudiera ser alterado, y muchas veces el juego está muy alejado de la vida real del paciente. Sin embargo, en algunas ocasiones Bornstein (1949) interpretaba el juego directamente, mientras que en otras lo usaba más bien como un indicador de la fantasía del paciente.

El conocimiento obtenido mediante la observación del juego del niño deberá integrarse al conocimiento de su historia personal y familiar y al conocimiento de su medio ambiente en la vida diaria. Dicho material podrá ser utilizado, en su oportunidad, al incluirlo en un comentario o en una interpretación. Lo mismo podemos decir del manejo que hacemos de sus dibujos. En la práctica, en unas ocasiones interpretamos el juego en forma directa y en otras no. Sin embargo, cuando el terapeuta intenta interpretar el juego directamente y esta conducta se transforma en una constante, es cuando observamos que el niño deja de jugar y tal vez entonces se pueda entorpecer el proceso normal de sublimación, así como la continuidad del proceso terapéutico.

Por otro lado, también observamos con mucha frecuencia que el niño puede dejar de jugar de una manera brusca o cambiar el tema lúdico al enfrentar una situación resistencial. En ciertos casos también vemos que, durante los contactos iniciales con el terapeuta, algunos niños cambian con desesperación, constantemente, de tema de juego. Esto se resuelve con la verbalización o interpretación que hacemos con él de dichas ansiedades resistenciales que ya hemos mencionado.¹⁸

Una vez manejadas estas angustias, casi siempre son capaces de centrar su juego en un tema más constante. Hay que tomar en cuenta también que el juego en sí, el jugar, puede ser utilizado por el niño en una modalidad defensiva. Por ejemplo, para no comunicar material importante y significativo. El terapeuta habrá de entender dicha utilización defensiva del juego, ya sea para permitírsela o para interpretarla. Hay juegos como el ajedrez, o los llamados "juegos de mesa", que por su naturaleza misma se prestan a un manejo defensivo por parte del paciente. ¡Sin embargo son introducidos al consultorio por el terapeuta! En otras ocasiones es el paciente quien los trae de su casa. De cualquier modo, es importante que el terapeuta pueda captar y entender esta utilización defensiva del juego para poder manejarla acorde con las circunstancias clínicas.

¹⁸ Véase página 405 y 406, de esta obra.

El terapeuta debe valorar en cada caso si clínicamente es conveniente —en dicho momento del proceso terapéutico— permitirle o no utilizar dicha modalidad defensiva de juego. Claro está que en algunas ocasiones lo indicado será, permitirles que lo hagan, señalándoles la utilización defensiva que están haciendo del juego. En otras, se podrán retirar dichos juegos del consultorio, para que el paciente pueda enfrentarse a su defensa y ayudarle así a resolverla.

El punto importante es que, dependiendo del nivel del proceso terapéutico y según la organización estructural que tenga el paciente, así como de su patología, se le permitirá o no el acceso a dichos juegos. Para algunos pacientes es útil este tipo de juegos. Entonces el terapeuta los puede tener, pero guardados en gavetas, no expuestos a la vista de todos los pacientes. En mi experiencia, en ciertos pacientes muy inhibidos o con sentimientos grandes de vergüenza y culpa, me ha resultado muy útil el juego del ajedrez, sobre todo en preadolescentes y adolescentes. Ante éstos y otros casos el terapeuta debe mostrar su versatilidad.

Los sueños del niño durante el proceso terapéutico nos pueden ser de mucha utilidad ya que, por regla general, manifiestan el deseo inconsciente con mucha claridad, sobre todo en niños en la etapa pregenital y edípica. Los sueños de niños latentes, ya con la presencia del Superyó, están más disfrazados y podrán requerir de un mayor trabajo analítico para desentrañar su significado.

Los sueños, en toda terapia analítica, son buenos indicadores del proceso de la terapia en sí, así como del proceso de elaboración llevado a cabo, de tal modo que en muchas ocasiones pueden confirmarnos la certeza y veracidad de nuestro trabajo interpretativo. Asociar a los sueños jugando suele ser aprendido por unos niños; una vez adquirido este aprendizaje, se puede convertir en una herramienta útil para el progreso de su terapia. Las ensoñaciones o fantasías diurnas son un material al cual no tenemos mucho acceso de manera espontánea, por lo que habrá que trabajar un buen tiempo para acceder a ellas.

Es muy importante establecer con el niño una buena alianza de trabajo que podrá derivar en una alianza terapéutica. Mientras no obtengamos una buena alianza, será difícil tener una cooperación razonable del niño. Así, tendremos que poner en juego nuestras mejores habilidades para tratar de desarrollar dicho vínculo.

Schowalter (1976) refiere que en ocasiones es muy difícil diferenciar una transferencia positiva de una alianza en donde el niño se muestra complaciente; sin embargo piensa que a veces esta última antecede a la primera. Novick (1970) nos recuerda que la alianza terapéutica está constituida por una escisión del Yo, en un Yo que experimenta y en un Yo que observa. Lo que motiva la formación de esta alianza es el sufrimiento y el

deseo de estar bien. Este autor también piensa que es posible diferenciar la alianza de trabajo de la alianza de transferencia y, además, señala que no es lo mismo que exista la capacidad de desarrollar una alianza a tener el deseo de usarla o a tener el deseo de usarla para efectuar un trabajo analítico.

Una vez que hayamos establecido los primeros contactos con el niño y que tengamos aclarados, para nosotros mismos, los canales de comunicación con él —tanto verbales como no verbales— además de que hayamos logrado cierta alianza, aunque aún incipiente, poco a poco se irá desarrollando el proceso terapéutico. Generalmente las primeras comunicaciones giran alrededor del motivo de su presencia en el tratamiento; de su temor de estar solo con un adulto desconocido, alejado de sus padres; de sus miedos a ser regañado, no aceptado o rechazado.

Durante el tratamiento, muchos niños esperan un examen pediátrico o ser vacunados, ya que eso forma parte de su experiencia. Se les aclara entonces que si bien somos doctores, no ponemos inyecciones, sino que trabajamos con los niños jugando o platicando y que de ese modo podemos ayudarlos. Habrá que trabajar con los padres para que le digan al niño la verdad de las razones por las que es traído a consulta, lo que facilita mucho la comprensión de su presencia con nosotros.

Después, los niños comprueban que estamos con ellos para acompañarlos en su juego y en su plática, lo que fomentamos, puesto que les hemos dicho que pueden hacer en el cuarto de juego lo que ellos quieran,¹⁹ pues nuestra meta es tratar de entenderlos para poder ayudarlos. Captadas, manejadas y vencidas las resistencias iniciales (miedo a no ser entendido o aceptado, o a ser criticado, lastimado o rechazado) y, por lo tanto, sintiéndose más seguro con nosotros, el niño se irá abriendo gradualmente tanto en sus comunicaciones verbales como en su juego. Vendrán entonces las primeras confrontaciones y señalamientos que darán lugar a las interpretaciones, formando la punta de lanza en el establecimiento de la alianza de trabajo, la que esperamos pueda transformarse más adelante en una alianza terapéutica.

Conforme avanza el proceso terapéutico²⁰ se van presentando las oportunidades para interpretar e integrar el material que proviene tanto de su comunicación verbal y de la no verbal, de sus juegos y sus dibujos, de la contratransferencia, así como de su entorno, que nos es comunicado por el paciente y por sus padres. Parte de este material, por ejemplo, puede formar una interpretación en la transferencia. En relación con esta últi-

¹⁹ Esta aseveración que hacemos con frecuencia, debe complementarse con otra que diga por ejemplo: siempre y cuando no te lastimes o me lastimes o quieras destruir algo en el consultorio, en cuyo momento te detendré.

²⁰ Ver el capítulo acerca del proceso terapéutico.

ma, hay autores que la consideran de forma muy comprensiva. Éste es el caso de Sandler (1975), quien la divide en cuatro modalidades diferentes de presentación:

- La transferencia de los modos habituales de relación (manifestaciones del carácter), que no es específica del terapeuta.
- La transferencia de las relaciones actuales, apropiada a la edad del paciente y que se encuentra relacionada con la realidad.
- La transferencia de las relaciones pasadas y que han sido revividas por el trabajo analítico.
- La neurosis de transferencia, cuya presencia es controvertida.

Esta división en el trato de la transferencia la habíamos ya mencionado al hablar sobre las ideas de Anna Freud a ese respecto.

Autores como Fraiberg (1951) mencionan la presencia de fenómenos transferenciales en los niños, no así la presencia de la neurosis de transferencia. Por otro lado, Chused (1988) opina que entre más abstinentes y neutrales se muestre el terapeuta será testigo de más casos de neurosis de transferencia; si bien estas proposiciones siguen vigentes en un plano más bien académico, en la práctica basta poder detectar las manifestaciones de transferencia, que son muchas, para su entendimiento y su manejo oportuno por medio de la interpretación.

Todavía en relación con la transferencia, Perman (1998) menciona que sus manifestaciones tempranas son importantes, pero hay que saber de qué nivel de desarrollo provienen. Ella nos recuerda que al inicio del desarrollo, al no haber presencia del objeto, todo es narcisismo. Después vendrá la carga libidinal al objeto y después la separación de éste. El terapeuta deberá deslindar de qué etapa del desarrollo proviene la transferencia que él está notando en su paciente, ya que las tres modalidades descritas, presentan transferencias diferentes.

Al interpretar habrá que considerar el *timing*, esto quiere decir el tiempo en que se interpreta, el que deberá de ocurrir en el momento de menor resistencia para que la interpretación pueda ser aceptada. Esto se hace tomando en cuenta el material usado por el paciente en sus comunicaciones verbales, o en las no verbales del jugar y el dibujar, integrándolas a material tanto de su historia y de su entorno como de la contratransferencia. Habremos de cuidar también el lenguaje en que fraseamos la interpretación, de modo que aseguremos que se encuentra al nivel de comprensión del paciente.

Una vez en este trayecto, el proceso terapéutico se irá afianzando. A todo lo largo del camino nos interesa saber cómo va el niño en el hogar, en la escuela, con sus amigos,

etcétera, debiendo tener para tal efecto reuniones con los padres, como ya lo habíamos mencionado, con la frecuencia que el caso lo amerite.²¹

Asimismo, tendremos que estar pendientes de la contratransferencia, la cual se presenta con frecuencia de tal modo que debemos ser receptivos a ella para poder detectarla. Se puede presentar en forma de aburrimiento, sueño, coraje, malestar vago, ganas de no estar ahí, ver el reloj con frecuencia, pensar en las vacaciones, sentirse estimulado sexualmente, sentirse como si fuera uno el padre o la madre, etcétera. Sea cual fuere la forma en que se manifieste la contratransferencia, el terapeuta deberá comprender el significado de su reacción, la cual ha sido motivada por la transferencia de su paciente. Una vez comprendida ésta, podrá ser utilizada o no en el proceso terapéutico. Si se utiliza le será devuelta al paciente en proceso secundario, de tal modo que le pueda ser útil. Lo que no hay que hacer es actuar la contratransferencia. Ésta deberá ser siempre analizada.

Según Marcus (1980), la contratransferencia tiene especificidad hacia el paciente, a la transferencia, o a otros componentes del material y, defensivamente, interrumpe o perturba la función analítica. El terapeuta debe someter la contratransferencia a un autoanálisis que lo lleve a nuevos *insights* de la actividad mental del paciente o de su conducta, y que pueda usarlos para promover el desarrollo del análisis. Es posible que el paciente vaya adquiriendo algo de *insight*, acerca de él mismo, según su capacidad de pensar, la cual está íntimamente ligada a su desarrollo.

Por regla general, es raro que los niños logren tener algo de *insight*, sobre todo antes de los cinco años de edad, como lo menciona A. Freud (1981), ya que éste corresponde a aquellos procesos psíquicos que, por su naturaleza misma, se oponen a la orientación al mundo exterior. Esta orientación empieza con la maduración del Yo en los dos primeros años de la vida. El niño, de ser un ente guiado por los instintos, se transforma en un ser social; las defensas que se van erigiendo, sobre todo la represión, van directamente contra el *insight*. De tal modo que el desarrollo mismo antes de los cinco años de edad iría en contra de permitir algo de *insight*.

Conforme progresa el proceso terapéutico, el niño irá centrándose en aquello que más lo aqueja y lo irá desarrollando mediante su charla y su conducta no verbal expresada en sus juegos y dibujos. Sus sueños y ensoñaciones serán de mucha ayuda en el entendimiento de lo que le aqueja, así como del conocimiento que aportan en relación con el progreso del proceso terapéutico. El terapeuta podrá advertir los diferentes intentos elaborativos de su paciente y ayudarlo facilitándole ver las diversas caras del problema y los distintos caminos posibles para su solución.

²¹ Véase el capítulo acerca de los padres.

Cuando se acerca la terminación del tratamiento, ya sea como una secuencia natural del proceso terapéutico o porque los padres precipitan una terminación prematura, habrá que seguir con el manejo de la interpretación de la transferencia, pero también se deberá ayudar al paciente con los sentimientos que van a surgir y que son propios de la terminación misma. Este manejo es necesario para que pueda entender y manejar los sentimientos de angustia, tristeza, rabia, abandono, confusión, alegría.

Habrà que ayudar también al paciente en su manejo de la separación del terapeuta con objeto real, (Van Dam H., 1975), lo cual en niños y adolescentes cobra más importancia que en el adulto. Con un niño edípico o latente, por ejemplo, podemos decirle que ante la separación nosotros también lo vamos a extrañar. Con los adolescentes podemos refrendar la cualidad del vínculo, diciéndole, por ejemplo: "así como para ti fue bueno nuestro contacto aquí en las sesiones, a mí como terapeuta también me parece que fue útil y bueno".

En relación a la investigación en el campo de la psicoterapia,²² hay autores que han propuesto aspectos interesantes, por ejemplo J. Novick (1990), quien arguye que, si es cierto que hay una continuidad entre el desarrollo del niño y el del adulto, hay que tratar de probarlo. Propone entonces estudiar en los adultos la contraparte de los criterios dados con frecuencia en la terminación del tratamiento en los niños, que son: alto porcentaje de terminaciones prematuras en niños; involucramiento de los padres en consideraciones de terminación, y presencia de fuerzas del desarrollo que dan prominencia a la idea de restaurar el camino de un desarrollo progresivo.

Dicho estudio, piensa el autor, aportaría datos relacionados a la continuidad o no del desarrollo en sí.

E. Buxbaum (1954), por su parte, opina que la influencia del psicoanálisis infantil sobre las psicoterapias infantiles es muy grande. Piensa que el tipo de psicoterapia que se aplica debe estar relacionada con el tipo de alteración que presenta el paciente. Esta autora ha considerado cuatro grandes grupos de pacientes que deberán recibir cuatro formas diferentes de terapia. Las variaciones de la técnica se aplicarán dependiendo de la presencia o ausencia de los factores de cada grupo. Los grupos a los que Buxbaum se refiere dependerán de que sus alteraciones más importantes puedan ser atribuidas a: reacciones fisiológicas, relaciones objetales, funcionamiento y actividades corporales y presencia de defensas o muy fuertes o muy débiles.

J. Kestenberg (1969) manifiesta que la técnica analítica debe variar dependiendo de la organización predominante del nivel de desarrollo del paciente. Por ejemplo: en el

- Véase el capítulo acerca de la investigación.

análisis del niño pre-edípico se le ayuda en construir el Yo, en la fase fálica temprana se le ayuda con su gran excitación para que pueda relacionarla con las fantasías o deseos hacia el padre del sexo opuesto, mientras que en la fase fálica tardía se le ayuda a mantener o recuperar la habilidad de diferenciar, para que pueda ser capaz de separarse de la excitación global e ir hacia la internalización y poder delinear al Superyó.

En relación con la latencia, Williams (1972) destaca la dificultad del psicoanálisis durante la fase temprana de la misma, en donde, dada la rigidez del Superyó propia de esa etapa, las interpretaciones son vividas por el paciente como un regaño o crítica. Ya en la latencia propiamente dicha, el aparato defensivo está mejor estructurado y por lo tanto hay más Yo para equilibrar al Superyó. Williams piensa que en esta fase se debe luchar mucho contra la negación.

Ritvo (1977) menciona un punto muy interesante al relatar que el proceso psicoanalítico en la infancia tiene que ver, entre otros factores, con el nivel de desarrollo del niño y con el hecho de que el análisis en la infancia coincide con el tiempo de la génesis de las estructuras psíquicas. Por lo tanto, el psicoanalista infantil es un objeto significativo con el que el niño interactúa durante la génesis de sus estructuras.

Como conclusión, diremos que el breve recorrido que hemos hecho por aquellos aspectos técnicos que son importantes en la práctica de las terapias analíticas, nos lleva a decir que para que la ayuda del psicoterapeuta pueda ser efectiva deberá, mediante su sensibilidad y conocimientos, traducir en términos de diagnóstico y abordaje terapéutico aquellas áreas de debilidad, dolor o angustia que conducen al pequeño paciente a presentar dificultades en el manejo de sus impulsos, así como de su entorno más cercano, provocándole problemas que desvían o bloquean su desarrollo.

También deberemos entender la influencia entre el niño y su medio ambiente (familia y escuela) y detectar las fuentes de conflicto que predominan en ese nivel. Naturalmente, habremos de hacer una minuciosa búsqueda, tanto en el paciente como en su familia, en pos de áreas de fortaleza, de recursos y de habilidades que faciliten la recuperación del paciente y la labor terapéutica. Ya embarcados en ésta tenemos que involucrarnos, pero al mismo tiempo saber mantener una distancia que nos permita observar, lo más objetivamente posible, los hechos cotidianos del paciente, así como la transferencia-contratransferencia.

Tenemos que ser buenos continentes de la vida impulsiva de nuestro pequeño paciente, "grandes entendedores" de sus razones y motivaciones y ser capaces de ofrecerle, además de continencia, apoyo, aclaraciones, confrontaciones e interpretaciones que nos conduzcan por el camino terapéutico. Recordemos que la contratransferencia deberá ser siempre analizada, no actuada, y extraer de ella el conocimiento que podrá o no

ser comunicado al paciente en su oportunidad, pero que sirve de guía al terapeuta en la dirección y nivel de los procesos mentales de su paciente, del mismo modo que en algunas ocasiones utilizamos los sueños para el mismo fin.

El terapeuta es un agente que ayuda y facilita el cambio del paciente. Una vez en ese camino y cuando llegue el momento, tenemos que saber desprendernos de tal modo que nuestro pequeño paciente también lo pueda hacer. Encauzado el niño en su desarrollo, los padres, mediante su función de paternidad, deberán seguir guiándolo, y para nosotros, una vez terminada nuestra labor terapéutica, será tiempo de retirarnos.

Bibliografía

- Aickorn, A. (1936), *Wayward Youth*, Putman, Londres.
- Albrecht, S. E. (1998), "The Non-Verbal Dimension in Psychoanalysis: "State" and its Clinical Vicissitudes", *Int. J. Psychoanal.* 79: 667-679.
- Anthony, J. (1972), "Noverbal and Verbal Systems of Communication. A study In Complementary", *Psychoanal. St. Of. The Child*, 32: 307-325.
- Bornstein B. (1945), "Clinical Notes On Child Analysis", *Psychoanal. St. Of The Child.* 1:151-166.
- Bornstein, B. (1949), "The Analysis of a Phobic Child", *Psychoanal. St. Of. The Child*, 3-4: 181-226.
- Buxbaum, E. (1954), "Technique of Child Therapy", *Psychoanal. St. Of The Child.*, 9: 297-333.
- Chused, J. (1988), "The Transference Neurosis in Child Analysis", *Psychoanal. St. Of. The Child*, 43: 51-81.
- Fiegelson, Ch. (1977), On the Essential Characteristic of Child Analysis, *Psychoanal of the Child.*, 32:353-361.
- Fonagy, P, y M. Target (1994), "The Efficacy of Psychoanalysis for Children Prediction of Outcome in a Developmental Context", *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiat.*, 33:(8) 1134-1144.
- _____ (1997), "Attachment and Reflective Function: Their Role in Self Organization", *Develop. And. Psychopath.*, 9: 679-700.
- Fraiberg, J. (1951), "Clinical Notes on the Nature of Transference in Child Analysis", *Psychoanal. St. Of The Child.*, 6: 286-306.
- Freud, A. (1965), *The Psychoanalytic Treatment of Children*, Int. Univ. Press, New York.

- _____(1965), "Normality and Pathology in Childhood. Assessments of Development". Vol. vi. *The Writings of Anna Freud*, Int. Univ. Press, Nueva York.
- _____(1981), "Insight". *Psychoanal. St. Of. The Child.* 36: 241-249.
- Frizzera, O. *et al.* (1998), "Psicoanálisis de niños hoy", *Rev. de. Psicoanal.* 55(1):201-221.
- Furman, E. Chair. Reported by R. V. Frankiel (1998), "Panel Reports. Manifestations of Sexuality in Child Analysis", *Int. J. Psychoanal.* 79(4): 794-797.
- Ginott, G. (1973), *Tratado de psicoterapia infantil. El cuarto de juegos y de trabajo en psicoterapia infantil*, Bierman Gerd. Espax., Barcelona.
- Hellmuth, H. (1921), "On the Technique of Child Analysis", *Int. J. Psychoanal.* 2: 287-305.
- Kernberg, O. *et al* (1989), *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*, Basic Books Inc, Nueva York.
- Kestengerg, J. (1969), "Problems of Technique of Child Analysis in Relation to the Various Development Stages", *Psychoanal. St. Of The Child.*, 24: 358-383.
- Klein, M. (1927), "The Psychological Principles of Infant Analysis". *Int. J. Psychoanal.* 8: 25-37.
- _____(1932), *Psychoanalysis of Children*, Hogarth Press, Londres.
- _____(1976), *Narrative of a Child Analysis*, Delta, Nueva York.
- Marcus, I. (1980), "Countertransference and the Psychoanalytic Process in Children and Adolescents", *Psychoanal. St. Of. The Child.*, 35: 285-298.
- Mayes, L. C. y D. J. Cohen (1996), "Anna Freud and Developmental Psychoanalytic Psychology", *The Psychoanalytic. St. of. The Child.*, 51: 117-141.
- Miller, J. M. (1996), "Anna Freud. A Historical Look at her Theory and Technique of Child Psychoanalysis", *The Psychoanalytic. St. of the Child.*, 51: 142-171.
- Novick, J. (1970), "The Vicissitudes of the Working Alliance in the Analysis of a Latency Girl", *Psychoanal. St. of. The Child.*, 25: 231-256.
- _____(1990), "Comments on Termination in Child, Adolescent and Adult Analysis", *Psychoanal St. Of. The Child.*, 45: 419-436.
- Perman, M, J. (1998), "Transference in Child Analysis: A Developmental Point of View", *J. Clin. Psychoanal.* 7(4): 491-504.
- Plaut, E. (1979), "Play and Adaptation", *Psychoanal St. Of The Child.*, 34: 217-232.
- Ritvo, S. (1977), "The Psychoanalytic Process in Childhood", *Psychoanal. St. Of The Child*, 33: 295-305.
- _____(1996), "Observations on the Long-Term Effects of Child Analysis", *The Psychoanalytic. S. of the Child.*, 51: 365-385.

- Salles, M. M. (1972), "Tratamiento hospitalario y planeación terapéutica para adolescentes con patología mental profunda", *Neurol. Neurocos. y Psiq.*, 13 (2-3): 77-89.
- _____(1978), "La fantasía inconsciente. Su manifestación en los primeros contactos con el niño", *Cuad. Psicoanal.*, 11(1-2): 124-134.
- _____(1982), "El juego y la psicoterapia infantil", *Neurol. Neuroc. y Psiq.*, 23 (3-4): 107-114.
- _____(1985), "Análisis de un niño de cuatro y medio años de edad", *Cuad. Psicoanal.*, 18(3-4): 179-198.
- _____(1990), "Terminación prematura de niños en análisis", *Cuadernos de Psicoanálisis*, 23(3-4): 159-164.
- Sandler, J. (1975), "Discussions on Transference. The Treatment Situation and the Technique in Child Analysis", *Psychoanal. St. Of The Child.*, 30: 409-441.
- Schwalter, J. (1976), "Therapeutic Alliance and the Role of Speech in Child Analysis", *Psychoanal. St. Of The Child.*, 31: 415-436.
- Solnit, J. (1987), "A Psychoanalytic View of Play", *Psychoanal. St. Of The Child*, 42: 205-219.
- Target, M. y P. Fonagy (1994), "The Efficacy of Psychoanalysis for Children. Prediction of Outcome in a Developmental Context", *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 33(8): 1134-1144.
- Tyson, R. (1999), Memorandum a las Asociaciones Psicoanalíticas Componentes de la API, 1 de Septiembre, 1999.
- Van, Dam H. (1975), "On Termination in Child Analysis", *Psychoanal. St. Of. The Child.*, 30: 443-474.
- Waelder, H. (1946), "The Analysis of a Case of Night Terror", *Psychoanal. St. Of. The Child.*, 2: 189-227.
- Williams, M. (1972), "Problems of Technique During Latency", *Psychoanal. St. Of. The Child.*, 27: 598-617.

XIII

La terapia psicoanalítica del adolescente

Manuel Isaías López

La psicoterapia del adolescente tiene aspectos que la distinguen de la aplicada a los niños y a los adultos. El terapeuta ha de poseer determinadas características. Algunas de ellas las obtiene a través de su preparación formal en el adiestramiento especializado; otras, las desarrolla y cultiva con base en cualidades relacionadas con su sensibilidad y su talento. Otras más, las ha adquirido como parte de la dotación de su personalidad durante su desarrollo temprano y a través de las relaciones con sus padres desde la primera infancia.

En este capítulo nos interesa revisar las capacidades que ha de poseer el terapeuta de adolescentes y lo que ocurre propiamente en el proceso terapéutico. Así, presentaremos el material distribuyéndolo en los siguientes apartados:

- La importancia del conocimiento profundo del desarrollo del adolescente como instrumento fundamental del psicoterapeuta.
- Disponibilidad que ha de tener el terapeuta de adolescentes para permitir y alentar la vinculación del paciente con su persona como objeto transitorio.
- Aptitud específica del terapeuta de adolescentes para responder afectivamente a las necesidades emocionales de su paciente.

- Características de personalidad del psicoterapeuta especializado en adolescentes para el desarrollo de una relación real que promueva el cambio apetecido en las estructuras de la personalidad del paciente.
- Adiestramiento del psicoterapeuta de adolescentes en el manejo técnico del material que surge en la situación terapéutica.

El desarrollo del aparato psicológico durante la adolescencia

La adolescencia es un largo periodo de transición en el que el individuo alcanza el funcionamiento adulto de la personalidad. Desde el punto de vista psicoanalítico, se ha entendido como un proceso de redistribución de las inversiones afectivas en nuevas o antiguas personas, objetos de interés emocional.¹ Dentro de conceptos más actuales y tangibles, se ha concebido como una reprogramación de estructuras mnemónicas motivacionales (Baranger, 1968).

Muchas páginas, miles, se han escrito con el propósito de describir los logros que el aparato psicológico ha de alcanzar en esta etapa de la vida. Las vinculaciones afectivas a las figuras de los padres en la infancia temprana permanecen vigentes hasta que el penoso y prologando proceso adolescente logra la desvinculación. El ejercicio dirigido a lograr esta desvinculación implica múltiples movimientos progresivos, regresivos (Blos, 1967) y realternativos a numerosas estaciones y subestaciones regresivas (Geleerd, 1964) que recapitulan la prolongada infancia del individuo.

Blos (1967) conceptúa este proceso como un segundo periodo de individuación porque implica el desarrollo del concepto de sí mismo (*self*), ahora a través de la adolescencia, en un proceso que integra conceptos a un nivel abstracto exquisito que permite una noción integral y permanente de la identidad y una autorrepresentación multidimensional con las correspondientes resonancias afectivas. Todas las funciones psicológicas relativas al sentido de realidad —en el nivel más refinado del pensamiento operacional formal (Piaget, 1969)— derivan de este proceso, fundamentalmente afectivo en sus cimientos. La constancia de identidad, la capacidad de proyectarla de manera realista hacia el futuro, la integración del desarrollo biológico y de la sexualidad al Yo corporal y al *self*, en lo que conocemos como identidad sexual, todo esto y numerosos fenómenos más derivan y son, en sí, el segundo proceso de individuación.

¹ Redistribución libidinal.

El logro por excelencia de la individuación es la paulatina disponibilidad afectiva para establecer vinculaciones con nuevas figuras que progresivamente son más reales, menos contaminadas con afectos que pertenecieron a las vinculaciones infantiles tempranas con los padres de esas épocas. En el largo viajar de sus vinculaciones, el adolescente encuentra figuras relacionales de transición. Estas figuras de transición o, mejor dicho, sus representaciones afectivas en lo intrapsíquico, son recipientes de afectos vinculares primitivos aún adheridos a las figuras de la infancia. Estas figuras vinculares de transición funcionan como aparatos metabólicos que modifican el aspecto vincular de los afectos y, así, promueven la movilidad afectiva, la individuación y, a la larga, la disponibilidad para las relaciones reales.

El proceso de movilización de intereses (motivaciones) relacionales tempranos a objetos transitorios progresivamente más reales (novias o novios fantaseados, inexistentes, cantantes de moda, actores o actrices, líderes religiosos, sociales o políticos, maestros, compañeros, figuras relacionales de erotismo intenso consciente o inconscientemente, heterosexual y homosexual, etc.) es universal y representa un constante movimiento progresivo-regresivo (Blos, 1967) y real alternativo. En este proceso se produce un debilitamiento *yoico* causado por los siguientes factores:

- El desapego afectivo (extrañamiento) de las figuras de los padres que hace al adolescente perder el apoyo *yoico* que estas figuras ofrecían (Blos, 1967).
- La intensificación del impulso sexual motivada por el incremento en la concentración de las hormonas circulantes en la sangre que determina la pubertad (Josseline, 1970).
- El narcisismo secundario que resulta del extrañamiento afectivo de las figuras que habían sido centrales en la economía emocional, cuando nuevas figuras del presente no están disponibles para cobrar importancia emocional en forma restitutiva. La soledad o aislamiento emocional² produce sensaciones de despersonalización.
- Los cambios físicos (corporales, de la fisonomía) que requieren de integración en la nueva representación mental de sí mismo, y que, mientras alcanzan dicha integración, también contribuyen a la producción de sensaciones de despersonalización (de extrañamiento).

² La libido libre-narcisista, no invertida.

El debilitamiento *yoico* no solamente evoca mecanismos defensivos normales (búsqueda de estimulación externa como percepciones visuales y auditivas intensas que arraiguen al sujeto a la realidad) y anormales (como la repleción [sobresaturación] sensorial y el uso de drogas [López, 1986, pp. 83-98]); sino que también, como fenómeno reconstituidor, produce la regresión hacia las figuras tempranas para refortalecer al Yo y así garantizar el retorno del movimiento progresivo. El aparato *yoico* fundamentalmente sano no tolerará la permanencia de la regresión (en la adherencia a las figuras parentales) y producirá tanto mecanismos defensivos que crearán la ilusión de independencia (por ejemplo, conducta antisocial en grupo), como un nuevo impulso progresivo hacia las relaciones más reales. Ejemplo de esta situación es un adolescente de 16 años que sentía la urgencia de irse de pinta con sus amigos después de haber aceptado salir con su familia a cenar o al teatro. Me comunicaba repetidamente el carácter obsesivo y repetitivo de esta necesidad de irse de pinta cuando, en realidad, tenía deseos de asistir a clases ya que generalmente la asistencia le era gratificante en términos de logros.

Estas vicisitudes del aparato psicológico adolescente garantizan:

- El movimiento progresivo, regresivo y realternativo en el desarrollo.
- Un fenómeno de reabastecimiento emocional³ en la adolescencia, similar al del niño de dos años que se aventura en distanciamientos temporales de la madre, pero que, intermitentemente, vuelve a ella para reabastecerse emocionalmente y poder reanudar la aventura de la separación-individuación.
- Un nuevo fenómeno de *rapprochment* ahora, en la adolescencia, que como en el periodo de separación-individuación, refortalece al Yo.

Ordenando las ideas expresadas hasta aquí, hemos de plantear que en el individuo que va dejando de ser niño surge la necesidad de romper las ataduras afectivas infantiles tempranas. Esta necesidad de desvincularse se produce por la intolerancia a los afectos de infantilización que son causados por dichas vinculaciones y que son sumamente desagradables para el sujeto adolescente en crecimiento. Así, la pulsión hacia la desvinculación deviene en un movimiento de progresión.

La desvinculación, que ha producido la progresión, es causa de ansiedad porque el alejamiento psicológico de las figuras parentales debilita la seguridad que antes había estado reforzada por estas figuras. Dicho debilitamiento, entonces, produce un

³ El término reabastecimiento emocional (*emotional refueling*) fue acuñado por Manuel Furer (Mahler, 1968) para referirse al acercamiento intermitente que se observa en el infante durante la etapa de separación-individuación.

reacercamiento a las figuras de los padres. Este reacercamiento es un movimiento de regresión (Blos, 1967) que, nuevamente, produce afectos desagradables que impulsan una nueva progresión. El adolescente que citamos anteriormente tendía a congraciarse con su madre cuando había tenido una experiencia erótica: hablaba como niño chiquito para hacerse el gracioso. En el análisis de esta conducta, él se sintió extrañado por su incongruencia y reconoció sentir vergüenza frente al terapeuta, sentimiento que representaba, transferencialmente, el temor a la desaprobación del padre pregenital (de la relación dual) que alienta la individuación y la identificación, y desaprueba la infantilización y cualquier movimiento hacia la fusión.

Puntualizando: los afectos desagradables derivados de la dependencia, por un lado, y los afectos de ansiedad producidos por la independencia, aseguran el movimiento progresivo, regresivo y realternativo que caracteriza el vaivén afectivo de la adolescencia. Cuando el retorno a las figuras parentales es masivo (regresión), y el adolescente no logra el mecanismo restituidor que asegura la progresión, éste adopta mecanismos defensivos en contra de los afectos o en contra de los objetos (A. Freud, 1958). Así, el adolescente muestra un antagonismo que se manifiesta en su ideología, en su forma de vestir, en su corte de pelo, etc. A veces, este antagonismo se hace tan intenso, que provoca en los padres reacciones violentas. Estas reacciones refuerzan el resentimiento y enojo en contra de ellos por parte del joven, quien adopta ávidamente estos afectos, ya que adquieren funciones defensivas en contra del afecto incestuoso e infantilizante.

Con la intención de ejemplificar lo anterior, recurro al caso de un adolescente de 14 años que había desarrollado una actitud antagonista y crítica hacia su familia y hacia la escuela. En verdad, ni la escuela ni la familia podían ser descritas como convencionales; sin embargo, el chico insistía en describirlas como tales. Vestía pantalones raídos, camiseta sin mangas, no usaba calcetines y usaba el cabello largo y descuidado. Siendo que su padre era extranjero, el chico se refería con hostilidad insolente hacia todo lo extranjero. Cuando su padre hacía algún comentario con relación al cabello de su hijo, él adoptaba una actitud retadora. Como el padre tendía a ser verbalmente violento, frecuentemente se proferían insultos mutuamente a todo lo que daba el volumen de su voz. En una ocasión, cuando el padre perdió el control de sí y le propinó un bofetón, él, con gran gusto, se lo regresó.

Otro ejemplo es el de una adolescente judía de 13 años, quien se sentía particularmente infantilizada los viernes, cuando toda la familia tenía que ir a casa de los abuelos para la cena sabatina. Su fórmula provocativa fue santiguarse después del rezo.

Cuando el adolescente regresa sus vinculaciones a las figuras de sus padres para contrarrestar la ansiedad que le causa la individuación, retorna a ellos ya modificado

por la desvinculación anterior y por las vinculaciones sustitutivas que ha establecido en forma transitoria y transicional. La modificación que ha sufrido es sobre la calidad de su interés (motivación) vincular.

Este movimiento alternante de progresión y regresión produce la maduración de las relaciones, haciéndolas en cada movimiento cada vez más reales. Progresivamente, las vinculaciones se van desarrollando con base en características reales de la persona, y ya no con base en características relacionales que el sujeto ha acarreado de su contexto temprano con sus padres.

Ejemplo de estas vicisitudes afectivas progresivo-regresivas, es el caso de un adolescente tardío, de veinte años de edad, que aún permanece en el proceso adolescente (moratoria psico-social [Erikson, 1956]) debido a que la dependencia socio-económica y moral se encuentra vigente porque continúa estudios que exigen su completa dedicación. Este adolescente, junto con su novia, que se encuentra en igualdad de circunstancias, propiciaron un viaje relacionado con sus estudios que los mantuvo alejados físicamente de sus padres durante varias semanas. Este movimiento progresivo es relativo, ya que las circunstancias determinaron que dicho viaje fuera autorizado y costado por sus respectivas familias. Cualquier resistencia por parte de las familias provocaba intensos afectos de ira y la idea de que las familias querían obstaculizar su desarrollo profesional.

También se producían afectos de depresión y nostalgia con relación al deseo de entrega con la pareja. Estos sentimientos se hacían tan intensos que, ante la posible interferencia con el viaje (individuación), la imagen de la pareja y lo relacionado con ella se mistificaba. Así, en una ocasión el padre del joven en cuestión hizo uso de un objeto que había sido obsequiado al chico por su novia. Éste reaccionó con furia violenta e indignación difícilmente comprensible para cualquier observador y, desde luego, para el padre, quien ignoraba que dicho objeto estaba ligado afectivamente a la novia. El chico, sin entender muy claramente por qué, se sintió gravemente ultrajado en lo más profundo de su ser. Lo anterior ejemplifica cómo una cosa —el objeto que la novia le había regalado al chico— llega a estar extremadamente investida de significados emocionales que representan a la nueva figura —la novia— que no sólo es receptora de las intensas ligaduras emocionales que han sido transferidas desde la infancia, sino que es promotora de la individuación y de la cristalización de la nueva identidad.

Otro ejemplo de este fenómeno es la protagonista de la novela *Eugenia Grandet* de Honorato de Balzac. Eugenia, en su afán de individuación, se liga amorosamente a su primo. El padre de ella envía al chico, quien ha quedado huérfano y dependiente económicamente de él, a trabajar a una ciudad lejana, interfiriendo así con la vinculación que

han desarrollado los chicos. Eugenia le da a su amado, cuando éste se despide, todas las monedas de oro que su padre le ha obsequiado una a una, cada año, en el día de su cumpleaños. Al descubrir esto, el padre de Eugenia se enfurece, pero se tranquiliza al descubrir que el muchacho le dejó a Eugenia las fotografías de sus padres muertos. Dichas fotografías se encontraban en pequeños marcos con diamantes incrustados. Cuando el padre de Eugenia intenta desmontar los diamantes y apropiárselos para así compensar la pérdida de sus monedas de oro, Eugenia, dramáticamente, amenaza con clavarse las tijeras en el corazón si el padre toca una sola de las piedras preciosas. El padre, atónito, no entiende la magnitud de la respuesta emocional de su hija. La tragedia de esta novela se teje en torno a las vicisitudes que sufre el afecto intenso y apasionado a que nos estamos refiriendo.

Volvamos al caso del adolescente tardío a quien nos estábamos refiriendo. Su vaivén emocional se hizo muy evidente en la serie de circunstancias que se presentan a continuación. Antes de partir con su novia al viaje de estudios, el chico rechazó la proposición que le hiciera su madre de tomar un corto periodo de vacaciones junto con todos los miembros de la familia a su regreso del viaje de estudios. Aseguró que no tendría tiempo para dicho descanso. Finalmente, confesó que se sentiría abrumado e invadido por la familia en ese descanso cuando, después del viaje de estudios, probablemente, estaría deseoso de permanecer en su casa. Para reafirmar esta idea, el chico evocó la memoria de una circunstancia similar anterior cuando, después de un viaje de intercambio, la familia lo llevó a los Estados Unidos. Él se sintió muy a disgusto en ese viaje y aseguró que hubiera preferido quedarse en su casa.

Es evidente que antes del viaje de estudios, el chico sentía grandes deseos de apartarse de su familia y acercarse a su novia en el natural movimiento progresivo de individuación. Sin embargo, cuando ya había estado unos días alejado de su familia y a merced de su novia, la inseguridad producida por la disminución del apoyo *yoico* que ofrece la presencia de los padres, se reflejó en el deseo de estar con ellos, de llamarles por teléfono, y de aceptar las vacaciones que antes había rechazado.

Otro ejemplo de la importancia que adquiere el objeto de individuación, es el de un chico judío de 19 años de edad que había hecho muchos intentos de establecer relaciones de noviazgo con diferentes chicas, pero tales relaciones nunca habían durado más de unas cuantas semanas. Ahora ya ha continuado relaciones con una chica católica que, siendo compañero de ella en la escuela, pasa mucho tiempo a su lado en la realización de proyectos escolares; además, pasan juntos los fines de semana. Las insinuaciones — que conllevan reclamo—, por parte de sus familiares, despiertan reacciones de ira incontenible fuera de proporción real y aprovechando los conocimientos que tiene sobre

la vida sexual premarital de su padre, lo ataca en forma inapropiada con acusaciones relacionadas con dichos antecedentes.

Un objeto de individuación cargado con significados intensos no es necesariamente heterosexual, puede ser un amigo o una figura líder que se mistifica con dichos significados. Esta situación es representada en la película *La Sociedad de los Poetas Muertos*,

Cuando los padres actuales son las figuras que están del lado de la progresión (provocando, por ejemplo, una aparente separación), el adolescente ejercita la regresión a través de adopción de sentimientos religiosos, conversiones a religiones extravagantes (Bahá'í, por ejemplo) o adopción de apego a figuras intangibles mistificadas o idealizadas, como Martin Luther King, Jesucristo, los Niños Héroes, etc., figuras que, curiosamente, reúnen elementos de sacrificio que los distinguen como mártires.

En el diario de una adolescente de 16 años que ésta dejó olvidado descuidadamente sobre su mesa de noche, su madre leyó que su hija, identificada con Santa Ágata (a quien le fueron arrancados los senos por resistirse —según la chica— a ser violada) practicaba rituales en los que se sentía unida espiritualmente con la santa y a Jesucristo, experimentando el dolor que ella misma se producía tirando fuertemente de sus senos.⁴ En el ámbito de la línea del desarrollo psico-sexual, este complejo (fantasía, identificación, erotización del sufrimiento) corresponde a la movilidad que el ejercicio masturbatorio ha tomado en esta adolescente (ver más adelante). Dicha erotización del sufrimiento conlleva elementos masoquistas con relación a la culpa que despierta el objeto de identificación, que por otro lado despierta sentimientos que tienen resonancia en su espiritualidad. Este complejo masturbatorio también se presentaba en forma más clara en el caso de un chico que, identificado con las víctimas de la inquisición, tiraba de su pene para experimentar hasta cierto punto el sufrimiento de dichas víctimas que, según anécdotas que había escuchado, habían sido colgadas de sus genitales.

Como decíamos, estos casos ejemplifican lo que ocurre cuando los padres promueven exageradamente la progresión; los chicos de los dos ejemplos anteriores recurrieron a una regresión pronunciada utilizando para ello objetos —figuras— que habían sido de transición (Santa Ágata, Jesucristo, las víctimas de la inquisición, etc.). Sucede, aunque poco frecuentemente, que un adolescente con una organización mental muy primitiva

⁴ El caso de esta chica parecería implicar psicopatología muy severa; sin embargo, no es así. Considero que no es del orden psicótico como otros ejemplos que cito más adelante. En ella la regresión no era permanente, sino que lograba continuos movimientos restitutivos que la llevaban a diferentes niveles regresivos compensatorios. Podríamos decir que los mecanismos psicológicos saludables (su Yo) le hacían intolerable un estado regresivo permanente que hubiera determinado una psicopatología más severa.

utilice la figura de transición del terapeuta para producir una situación regresiva extrema. Tal es el caso de un adolescente que había sufrido un rompimiento psicótico al entrar en la adolescencia. Aunque ya recuperado de la psicosis, empezó a manifestar una sobreidentificación con el terapeuta, al grado de copiar sus movimientos. Poco a poco empeoró, presentando gran ansiedad asociada a ideaciones repentinas en las que imaginaba, sin querer, al terapeuta desnudo o en actitudes eróticas. También presentó ideas súbitas e inevitables relacionadas a contacto oro-genital con el terapeuta. Esta fenomenología podría entenderse como una psicosis de transferencia.

Menos dramático, aunque en la misma línea, es el caso de una niña de 14 años cuyos padres estaban divorciados y vivía con su madre, con quien era sumamente apegada. Por razones de enfermedad, la chica fue obligada a abandonar a la madre e ir a vivir con su padre. Al poco tiempo, presentó una reacción conversiva que aparentaba una enfermedad neurológica: dificultad para mover sus miembros inferiores y estados amnésicos intermitentes que se asociaban a aparentes automatismos. La chica desarrolló un apego extremo —que la familia calificó de manía— a la figura de un vocalista de cierto grupo musical de moda. Coleccionó docenas de fotos de su admirado y tapizó las paredes de su cuarto con carteles que lo representaban. Hablaba de ir al país donde vivía el vocalista y de casarse con él. Su discurso con relación a su amado se hizo chocante y, finalmente, intolerable para sus compañeras de escuela. La familia notó que progresivamente tendía a aislarse y que descuidó su peso, apariencia y arreglo personal.

El caso de esta chica ejemplifica la adopción de regresión pronunciada a través de la utilización de una figura intermedia (la del vocalista). Así, este objeto de individuación se tornó en objeto de regresión ante la progresión forzada por los padres (al haberla separado de la madre).

La adopción de regresión utilizando un objeto intermedio se presenta, a veces, en situaciones que no pueden ser consideradas patológicas. Este es el caso de un joven que prematuramente había establecido una relación formal de noviazgo con una chica. Estando próximo a contraer matrimonio, tuvo un disgusto con ella que casi los llevó a romper sus relaciones, ya que él se sintió profundamente ofendido. Esa noche soñó que iba a Acapulco a la casa donde acostumbraba pasar vacaciones con sus amigos. Al llegar, éstos le decían que ya no había lugar para él.

Utilizando un léxico psicoanalítico tradicional, diríamos que la movilización del interés afectivo⁵ —de los objetos (figuras) tempranos a objetos presentes transitorios, y

⁵ Del interés motivacional, de la libido, de catexias.

de vuelta a los tempranos, en un vaivén progresivo-regresivo—, modifica estas cargas afectivas descontaminándolas de los elementos incestuosos y simbiotizantes y dejándolas libres para establecer nuevas relaciones reales con figuras del presente. Esto implica una totalmente nueva distribución de intereses motivacionales en la que aun las figuras presentes de los padres son investidas con afectos desprovistos de elementos eróticos del pasado infantil.

La meta de este proceso es, en la resolución de la adolescencia, el logro de vinculaciones reales con las personas del presente y, sobre todo, como condición fundamental de la situación adulta; de relaciones vinculares significativas que constituyen la relación de pareja real. Para lograr esta meta fundamental del desarrollo, el sujeto adolescente ha de peregrinar durante muchos años en el vaivén relacional intermitente y alternante entre las figuras infantilizadoras de sus padres tempranos y las figuras presentes que progresivamente van siendo más reales y, por lo tanto, más individualizantes.

Para llegar a la relación real con las figuras definitivas, el adolescente se ha relacionado con muchas figuras intermedias (transitorias, provisionales) que han servido de peldaños en el movimiento progresivo-regresivo y que, en sí, han estimulado, producido y asegurado dicho movimiento progresivo-regresivo.

Hasta aquí hemos revisado aspectos fundamentales del desarrollo psicológico a un nivel: el de las relaciones objetales. Existen otros niveles no menos importantes, aunque menos ilustrativos; por ejemplo, el del desarrollo cognoscitivo. El adolescente va logrando progresivo funcionamiento operacional abstracto que le permite desarrollar nociones multidimensionales tanto de sí mismo como de los objetos que le rodean. El desarrollo del pensamiento abstracto tiene una interacción sinérgica definitiva en el desarrollo de las relaciones interpersonales y se pone al servicio de la síntesis de la autorrepresentación, que ha incorporado tanto los genitales como la función sexual, además de todas las características nuevas extemas e internas que han de conformar la nueva representación de sí mismo.

Otra de las líneas que no podemos dejar de tocar es la del desarrollo psicosexual que, como todas las otras líneas, cursa una evolución en interacción. Esta línea es la del desarrollo de las fantasías masturbatorias que en la adolescencia parte del momento en que el continuo aumento de la pulsión erótica logra un mínimo grado de registro preconscious. Durante la etapa anterior—la de la latencia—, las pulsiones fueron contenidas y las fantasías sexuales (fantasía masturbatoria central) se habían mantenido reprimidas. Desde este punto de vista, la adolescencia se inicia cuando la intensidad del impulso erótico sobrepasa la represión y alcanza algún registro preconscious. El mayor o menor contenido erótico (fantasía masturbatoria) que se aproxima al consciente de-

pende, por un Jado, de la señal de ansiedad que dispara mecanismos represivos. Por otro lado, y con relación a lo anterior, depende también de la tolerancia alcanzada por el Superyó y de la modificación que ha sufrido la fantasía masturbatoria central (como explicaremos más adelante).

La pulsión erótica crecerá en intensidad hasta que despierte el ejercicio de la función *yoica* del fantasear.⁶ El deseo erótico (urgencia de satisfacción) se acerca más al consciente hasta que la excitación y el deseo producen descargas, conscientes o inconscientes, de gratificación parcial que mitigan la urgencia. En el varón, la descarga será acompañada, frecuentemente, por la eyaculación;⁷ ya que en éste satisfacción y eyaculación se encuentran tan ligadas que la urgencia de satisfacción, en el individuo que ya ha desarrollado las estructuras cognoscitivas correspondientes, es percibida y registrada como urgencia de eyacular.⁸

Una vez que la gratificación ha sido alcanzada, dado que la fantasía masturbatoria está ligada a afectos y objetos incestuosos y conducentes a la fusión (infantiles) —sobre todo al principio de la adolescencia—, el individuo experimenta afectos desagradables.⁹ Además de sentimiento de culpa, afecto más evolucionado evocado con relación al superyó y a los valores socio-familiares, el sujeto experimenta una sensación de infantilización que lo aproxima afectivamente a la fusión con el objeto primario. Este afecto está más emparentado con el afecto de vergüenza y, por lo tanto, más en función de la relación con el padre pregenital.¹⁰

La evocación de estos afectos corresponde a la intensidad del tiro regresivo que el ejercicio masturbatorio produce, y adquiere una función de señal que precipita mecanismos represores que apartan (reprimen) todo el complejo masturbatorio, quedando reprimida la fantasía masturbatoria hasta que se produzca un nuevo incremento en la pulsión que sobrepase el poder de la represión.

⁶ Distinguimos entre la Fantasía masturbatoria inconsciente, que es una estructura del Ello que corresponde al deseo insatisfecho; y el ejercicio de fantasear, que es una función del Yo que crea y recrea las representaciones de objetos de satisfacción y de satisfacciones.

⁷ Generalmente, aunque no siempre, la eyaculación es precipitada por estimulación manual del pene.

⁸ Los preadolescentes que desconocen la eyaculación sienten la urgencia de satisfacción en forma distinta; algunos refieren el deseo asociado al acto de orinar. En algunos casos, la enuresis ocasional durante el dormir se asocia a excitación sexual.

⁹ Estos afectos son llamados en forma genérica *sentimientos de culpa*. Levin (1975) distingue, entre éstos, diferentes afectos cuya procedencia es diversa: vergüenza, miedo, disgusto, culpa, enojo y depresión.

¹⁰ El padre que incita y alienta el movimiento progresivo de separación-individuación (6 a 36 meses de edad), y crítica y condena la tendencia regresiva hacia la fusión simbiótica.

Este ciclo masturbatorio es repetitivo a través del largo periodo adolescente. Las representaciones de los objetos de gratificación de la fantasía masturbatoria se aproximan cada vez más al consciente. Estas aproximaciones imprimen modificaciones en los contenidos de la fantasía masturbatoria misma, en términos de ir alcanzando una progresiva alineación en función de la tolerancia del Superyó y de lo que es aceptable por el medio sociofamiliar. Progresivamente, el Superyó se modifica a través de este proceso, llegando a ser más tolerante y a estar más al servicio del Yo y de la adaptación.

También, el ejercicio masturbatorio, a través de los años, va logrando modificaciones progresivas de actividad de fantasía masturbatoria, pues se orienta hacia la anticipación y preparación del acto sexual según los objetos fantaseados se aproximan más y más a la realidad, hasta que se hacen correspondientes a los realmente existentes. Finalmente, el objeto real responde como la fantasía lo ha anticipado. A este nivel, el ejercicio de fantasía (función del Yo) ha dejado de ser masturbatorio y es anticipatorio y preparatorio de la relación sexual, que podrá llevarse a cabo si los contenidos de la fantasía se han alineado suficientemente en términos de la realidad.

La motivación, gracias al vaivén relacional a través de múltiples objetos de transición, se ha modificado al ser poco a poco, desprovista de los elementos que le imprimieron los objetos primarios (los padres). Así, dicha motivación es dirigida —ahora en la resolución de la adolescencia— a objetos reales, y eventualmente confluye hacia el objeto que ahora se ha elegido como satisfactor (de la necesidad que generó el impulso motivacional). Si el ejercicio masturbatorio ha progresado hacia la anticipación y preparación de la relación real (y por lo tanto, ha dejado de ser masturbatorio) dicha anticipación corresponderá a la respuesta que el objeto amoroso produzca. Si la motivación ha sido verdaderamente descontaminada de los elementos tempranos, la relación que se inicia será real. Si la motivación ha mantenido su fluidez a través de los diferentes objetos de transición en el ejercicio de la individuación, la autorrepresentación (el *self*) no requerirá de hipercatexia (narcisismo) que compense una inferioridad frente a la representación idealizada (Yo ideal) hipertrofiada e inalcanzable: el objeto será percibido a través de la empatía. Habrá consideración, respeto, honestidad, lealtad: habrá relación total.

Las diferentes líneas del desarrollo cursan evolucionando en forma paralela afectando y afectándose unas a otras continuamente. Aunque hay etapas en las que algunas líneas evolucionan más rápidamente que otras, en general no pueden evolucionar si una sola línea se ha paralizado. El desarrollo ha de cursar como una reacción en cadena repercutiendo en todos los movimientos en uno y en todos sus niveles, ya que todas las líneas funcionan como un solo sistema. El estudio que hacemos de cada línea por sepa-

rado es necesario para entender la complejidad de estos procesos, pero es artificial y parcial, inevitablemente.

Los logros que el proceso adolescente ha de alcanzar para cristalizar en la posición adulta son, entre otros: el desarrollo de la constancia y de la continuidad en la identidad, el acomodo del trauma residual, la orientación vocacional y ocupacional, la consolidación del Yo, la segunda individuación (Blos, 1967), y el establecimiento de las relaciones reales en el presente. Todos estos logros son interdependientes y se desarrollan paralelamente. El sujeto no puede lograr uno de ellos sin lograr los demás. El déficit del desarrollo en la resolución de la adolescencia se refleja en todas estas áreas. El trayecto progresivo-regresivo de las relaciones se refleja en el desarrollo de cada uno de estos logros enumerados, así como en las vicisitudes que sufre la búsqueda de gratificación de las necesidades etológicamente programadas,¹¹ en el curso y evolución que sigue el proceso masturbatorio y la alineación que va alcanzando la fantasía masturbatoria central (Laufer, 1976; López, 1988a y 1988b).

El terapeuta como objeto de vinculación transitoria

Entre las figuras vinculares de transición se encuentra el psicoterapeuta. Su actuación se encuentra específicamente indicada cuando el movimiento progresivo-regresivo se ha detenido, y la individuación se encuentra interrumpida o en peligro de abortar. En general, la actuación del terapeuta está indicada siempre que se hace conveniente facilitar, alentar o reinstalar el movimiento progresivo-regresivo.

El concepto de adolescencia como un segundo periodo de individuación —a través de dicha movilización de afectos hacia nuevas figuras cada vez más reales que modifican, a su vez, la calidad relacional de dichos afectos—, nos lleva a conceptualizar el fenómeno transferencia, en el tratamiento de los adolescentes, agregando una nueva dimensión. Así, el terapeuta viene a ser una de esas figuras de transición que no solamente se pone disponible a su paciente adolescente para que éste deposite en él sus afectos movilizados (transferidos) de las figuras tempranas, sino que es un objeto intermedio especialmente apto para facilitar una verdadera modificación (neutralización, desexualización, desagresivización [Hartman, 1964]) de los intereses relacionales del adolescente. A través de este proceso, el paciente logrará, progresivamente, establecer relaciones más reales en el presente.

¹¹ Instintivas.

Dicho de otra forma, el terapeuta prestará su persona para que, como instrumento terapéutico en el mundo de las representaciones objetales del paciente—en su aparato psicológico—, éste logre la modificación de los intereses motivacionales (necesidades afectivas) que habían estado investidos en las figuras tempranas de los padres. Así, tales motivaciones, ya descontaminadas de los elementos afectivos tempranos destructivos e incestuosos, quedan disponibles para establecer relaciones maduras (reales) con los objetos presentes.

Desde este punto de vista, hemos de decir que la función del terapeuta es mantenerse disponible a la vinculación y alentarla. A dicha vinculación, cuando ocurre en la situación terapéutica, se le llama relación terapéutica. Esta relación terapéutica y la movilización afectiva en la figura del terapeuta han de cultivarse para ponerlas al servicio de la progresión. No están indicadas las intervenciones prematuras (interpretaciones o confrontaciones) que pudieran interferir con este proceso. Esta configuración transferencial, exquisita en el tratamiento de adolescentes ha de dirigirse a que el paciente reoriente sus afectos y los actualice de acuerdo a sus relaciones en el presente.

Además de estos aspectos específicos que presenta la transferencia en el tratamiento psicológico del adolescente, hemos de referirnos a aspectos más generales que no siempre se presentan y que no en todos los casos es posible manejar. Me refiero a los casos en los que se desarrolla una completa neurosis de transferencia en la que el terapeuta no sólo es la figura de transición que moviliza y modifica afectos hacia el presente, sino que se hace depositario masivamente de los afectos infantiles. En estos casos, dichos afectos se recapitulan en la situación terapéutica sin mayor modificación y producen, a veces en forma disociada, una transferencia positiva y otra negativa intensas. Hemos de distinguir que nos estamos refiriendo aquí a un fenómeno intenso y masivo (neurosis de transferencia) y no a los fenómenos transferenciales positivos y negativos que todo paciente presenta tanto en su vida diaria por fuera, como en relación con el terapeuta. Estos fenómenos transferenciales en la situación terapéutica son de moderada intensidad, en ocasiones se encuentran en aparentes mecanismos de defensa disociativos y permiten al terapeuta confrontar al paciente con su ambivalencia.

El manejo de la neurosis de transferencia, en cambio, requiere de habilidad, por parte del terapeuta, para enfrentar la transferencia negativa a tiempo de modo que no llegue a imposibilitar la relación terapéutica; y sin la premura que produzca un antagonismo que resulte abortivo para el tratamiento.

Ea transferencia positiva se pone al servicio del desarrollo del vínculo terapéutico. Por lo mismo, ha de cultivarse. A su tiempo, en la intervención terapéutica, ha de lograr

el acomodo necesario a través de una resolución adecuada que permite el florecimiento de la relación real con el terapeuta.

El potencial contratransferencial como aptitud del terapeuta

La respuesta emocional del terapeuta a los afectos que el paciente experimenta en la situación terapéutica, se engloba junto con otros fenómenos que componen lo que se denomina contratransferencia.

Aquí nos vamos a referir a la sensibilidad del terapeuta para percibir los afectos del paciente, que han sido acarreados a la relación terapéutica y que básicamente conllevan determinantes transferidos de los objetos tempranos de la infancia del paciente. La respuesta emocional que se evoca en el terapeuta adquiere la función de señal afectiva que le revela la modalidad específica (necesidad) del contenido y tiempo transferencial.

Este instrumento, indispensable en el *armamentarium* del terapeuta, implica una capacidad específica para responder afectivamente a las necesidades emocionales del paciente, y una aptitud para reconocer dicha respuesta emocional. La capacidad de responder afectivamente tuvo que haber evolucionado a través del propio desarrollo del terapeuta. La aptitud de registrar el afecto evocado requiere el desarrollo de la sensibilidad que el terapeuta logra a través de su vida, mediante su práctica profesional y el crecimiento *yoico* que le permite utilizar este instrumento como parte de su esfera libre de conflicto (es decir, a través de su análisis personal).

Emde (1980,1988) se refiere a la capacidad emocional de respuesta con el término "disponibilidad emocional". Este autor sugiere que dicha capacidad deriva de las vivencias tempranas en la relación materno-infantil. Sandler y Sandler (1978) subrayaron la importancia de una capacidad de respuesta afectiva flotante del terapeuta, además de la atención flotante. Dicha capacidad funcionaría como una señal afectiva que en el terapeuta evoca afectos correspondientes a las necesidades afectivas del paciente en términos de las movilizaciones afectivas transferenciales. Stern (1985) llamó a este acoplamiento afectivo entre el terapeuta y el paciente "sintonización emocional". Selma Kramer, desde 1970, llamó 'potencial contratransferencial' a esta capacidad del terapeuta.¹²

Además de estos elementos de la interacción emocional, se agrega lo que Gitelson (1948), a este respecto, denomina "capacidad empática", que es (de acuerdo a este au-

¹² Comunicación personal.

tor) la aptitud del terapeuta para percibir sensitivamente el estado de la estructura y balance emocionales de otra persona, sobre la base de la conciencia de la propia experiencia. El fenómeno empatía es interpersonal y requiere del lenguaje común —tanto verbal como no verbal— como vínculo para transportar, a través de la proyección, la vivencia emocional de una a otra persona. Así, la experiencia emocional total de la situación terapéutica comprende:

- La totalidad de las emociones que experimenta el paciente a través del proceso terapéutico.
- La capacidad del terapeuta para responder afectivamente tanto a las emociones del paciente, como a sus necesidades afectivas.
- La aptitud del terapeuta para registrar sus propias respuestas emocionales.
- La capacidad empática para valorar tanto sus propias respuestas afectivas como la experiencia emocional del paciente.

La concentración de los elementos componentes de la experiencia emocional total es el instrumento modificador y corrector de la experimentación emocional del paciente, así como de su respuesta afectiva.

Características de la persona del terapeuta propicias al desarrollo de la relación real

El principal instrumento que el terapeuta tiene para ayudar al paciente a modificar la calidad de sus relaciones en términos de hacerlas cada vez más reales y totales, es su propia persona y la relación real que paulatinamente establece con él utilizando elementos de respuesta real de su persona hacia la del paciente, elementos que también quedan englobados en el término "contratransferencia". Emde (1988) cita a Freud y nos recuerda que éste consideró originalmente que los "aspectos inobjektivos" de la transferencia son "no técnicos". Por esto, dice Emde, Freud se refiere a aspectos generales que incluyen las relaciones humanas decentes, corteses y respetuosas. Este tipo de características de la personalidad del terapeuta tienen determinante valor en el desarrollo de la relación real, que es el instrumento modificador de la calidad de las relaciones que establece el paciente. Por eso estamos implicando que el terapeuta, para serlo, ha de poseer características específicamente humanas que le permiten desarrollar una mística, en el trato con el paciente, muy por encima de cualquier comprensión científica. El psicoterapeuta médico que ha captado la mística hipocrática tiene más facilidad para captar el conteni-

do de estos conceptos. El desarrollo y los sentimientos del paciente merecen, por parte del terapeuta, además del respeto más específico, una respuesta afectiva compasionada derivada de la empatía. Me estoy refiriendo a características que no se obtienen en un adiestramiento ni se cuantifican con un examen de conocimientos.¹³

La antigua filosofía griega se refiere a estas características como las que hacen al hombre, hombre, en el verdadero y más intenso sentido de la palabra, y que son, en sí, la entelequia de la humanidad.¹⁴ Sin ellas, el hombre no es realmente hombre. El antiguo filósofo Diógenes se paseaba por las calles de Atenas con una linterna en la mano entre los gentíos de la gran ciudad y decía cínicamente: "busco a un hombre", implicando que no lo había.¹⁵

Los griegos se refieren por esta entelequia del hombre a los valores físicos: la belleza (*to kalón*) y los valores espirituales: la dignidad interna, la elevación (*agasós*). La filosofía cristiana reconoce solamente los valores espirituales y, en una descripción melosa —que los ha hecho perder fuerza—, se refiere al amor al prójimo y a la virtud teologal (otorgada por Dios) que, siguiendo a los griegos, llama caridad.

Erich Fromm describe plenamente estas características y las encierra en la actitud que llama amor, y da a esta capacidad mucho más importancia y fuerza que al concepto freudiano de libido, porque amor implica un desarrollo mucho más complicado que la distribución de las fuerzas biológicas que pugnan por gratificación.

La más depurada filosofía española, la de Cervantes, retoma el concepto de honor y bizarría del Cantar de Juglería, que considera al hombre incapaz de mentir, incapaz de traicionar, incapaz de defraudar al prójimo, al rey o a la patria. El hombre primero muere con honor que manchar su sentido de hombría. El Cantar de Juglería rescata la fuerza de estos conceptos que se habían perdido en el concepto cristiano, aunque imprime una connotación machista, dada la orientación de la época que implicaba que sólo al varón se le podía considerar intrínsecamente virtuoso.

Cervantes crea un personaje que cree en los valores humanos y en él palpita el sentir del caballero andante. Honor y justicia vienen antes que cualquier interés personal y aun familiar. Lleva a la acción dichos valores y distingue al hombre por su capacidad de actuar la justicia y el honor, y no por la capacidad de pensar o reflexionar que lo llevan

¹³ Parfraseando el viejo adagio salmanticense *Quod natura non dat, Salmántica non praestat*, diríamos: *Quod "desarrollo" non dat, "psicoanalítica" non praestat*.

¹⁴ Entelequia es la esencia de algo, lo que determina su ser, y que sin ella dejaría de serlo (Platón, *El Banquete*, Editorial Aguilar).

¹⁵ Diógenes Laercio, *Vida de los filósofos más ilustres*, Editorial Aguilar.

al egoísmo y al cálculo, alejándolo de la virtud. Cervantes es el precursor del humanismo existencialista que apareció en el siglo XIX y Unamuno¹⁵ establece la continuidad con sus letras, su convicción y su actuación quijotesca que lo lleva al exilio, como al Mío Cid.

También la filosofía y la postura judías dan por hecho natural la presencia de estos valores en lo que es intrínsecamente humano (*menschlichkeit-humanidad*). Para esta postura, ser humano (*mensch*) es serlo en el sentido profundo del término; encierra la entelequia espiritual de los griegos (*agasós*), los valores propios de la bizarría del caballero español que excluye toda posibilidad de traición y de vileza, los valores del refinamiento, educación y consideración del *gentleman*. Más importante aún, el *mensch* posee la característica privilegiada que en hebreo recibe el nombre de *rakhmones*. Este término es equivalente a compasión, pero tiene un contenido mucho más profundo que la palabra castellana. La palabra *rakhmones* connota un verdadero, genuino y profundo interés por las necesidades y derechos del otro (concernimiento).¹⁷ Es el verdadero sentido de los ya desvirtuados términos "amor al prójimo" y "caridad" que utiliza la doctrina cristiana y del amor biofílico de la orientación filosófica frommiana.

Cuando decimos que el terapeuta ha de tener la capacidad de sentir compasión por su paciente, no nos referimos a lástima, sino al interés respetuoso, empático, generoso, genuino y verdaderamente amistoso en las necesidades afectivas del paciente, y sobre todo, en su dolor. Así, el o la terapeuta ha de ser *mensch*. Sólo así despertará la verdadera y real confianza del paciente que ha sido capaz de experimentar la confianza básica.¹⁸

La confianza básica es la característica que el paciente posee si en su infancia temprana experimentó la expectación de confianza en intercorrespondencia con los valores y características reales del terapeuta que le permiten brindarse cándida y sinceramente, y compone el instrumento modificador de las modalidades relacionales del paciente, llevándolas a la calidad que el desarrollo de la relación real exige.

¹⁶ Miguel de Unamuno. *Vida de Don Quijote y Sancho*, Espasa-Calpe.

¹⁷ El libro de Oriana Fallad titulado en inglés *A Man*, se trata de un griego con todos los atributos del verdadero patriota. Su título en yidish expresa mucho mejor su contenido: *A Mensch*.

¹⁸ Desde este punto de vista, la confianza básica, que es condición indispensable como base de sustentación del inicio del tratamiento, no es suficiente para el proceso curativo de la psicoterapia, ya que es transferencial (ligada a las figuras tempranas). El tratamiento requiere de la confianza real que deriva de la integridad y disponibilidad del terapeuta, que recaen sobre la disponibilidad de confianza del paciente, y que son percibidas por él en torno a la relación real.

Adiestramiento en la técnica de la psicoterapia

Esta característica, junto con la primera, es adquirida por el terapeuta a través de un aprendizaje formal (seminarios de un curso de psicoanálisis de niños y adolescentes, residencia y cursos de psiquiatría infantil, cursos de psicoterapia de niños y adolescentes, etc.), o la ha adquirido a través del ensayo y del error aplicando sus conocimientos y experiencias en la práctica de la psicoterapia o del psicoanálisis del adulto.¹⁹ En el entusiasmo por enfatizar las otras características del terapeuta, quizá he dado la impresión de que ésta —el adiestramiento en la técnica— es menos importante o que no es importante. Esto no es así, pero el aprendiz de psicoterapia que no tiene sensibilidad emocional o que no tiene decencia u honestidad, no podrá ser terapeuta jamás. No importa qué tanto se adiestre en la técnica o adquiera conocimientos teóricos sobre el desarrollo adolescente para poder entender el funcionamiento psicológico del paciente, en especial lo que se refiere a la transferencia. Ahora, aquí, en este apartado, hemos de agregar que el terapeuta de adolescentes tiene que haber adquirido técnicas específicas para utilizar, en el tratamiento, lo que ha entendido a fin de lograr una comprensión en el paciente sobre su propio funcionamiento psicológico (*insight*) y una visión amplia sobre las alternativas en las que puede fincar sus decisiones y actuaciones futuras.

Una importante diferencia técnica en el tratamiento de adolescentes —*versus* el tratamiento de adultos—, es que con el adolescente no es fácil establecer la forma clara, respetuosa y horizontal con la que el terapeuta ha de comunicarse. El terapeuta de adolescentes es un adulto un tanto distinto porque, sin dejar de ser adulto, se comunica con el menor al mismo nivel, sin discursos ni posiciones autoritarias. El terapeuta especializado puede mostrar a su paciente que la forma de pensar o actuar que ha adoptado éste, ha tomado derroteros equivocados; esto, sin regañarlo o, como dicen los jóvenes, sin "echarle un verbo".²⁰ El terapeuta de adolescentes puede comentar sobre lo que su paciente dice o hace, sin que éste se sienta criticado o juzgado. En función de esto, el adolescente puede recurrir al terapeuta como a un Yo auxiliar. Si bien la situación terapéutica del adolescente no es de enseñanza, en ella —mucho más frecuentemente que en la de los

¹⁹ Los que hemos tomado adiestramiento formal especializado en el tratamiento de los adolescentes, estamos convencidos de que el terapeuta que no lo ha tenido se encuentra decididamente en desventaja y que su trabajo es, en general, torpe en el mejor de los casos. También estamos conscientes de que estos terapeutas no pueden darse cuenta de las limitaciones derivadas de su falta de adiestramiento.

²⁰ En otro lugar (López, 1987) me he referido a las tendencias del adulto que son sintónicas a la sociedad y que interfieren con el *desarrollo* de la relación terapéutica con los menores.

adultos— el terapeuta no deja pasar la oportunidad de transmitir al joven conocimientos pertinentes que enriquecen su acervo *yoico* en el funcionamiento de su juicio de realidad.

A muchos terapeutas no especializados les es fácil manejar la relación con los pacientes adultos en forma horizontal y respetuosa; pero les es imposible con el adolescente no adoptar una posición de autoridad crítica. Frecuentemente, en su intento de compensar —tal vez como formación reactiva—, este tipo de terapeuta adopta formas estrafalarias de hablar o de vestir que le hacen parecer caricatura de adolescente. Por ejemplo, viste pantalón de mezclilla, botas y chamarra de cuero los días que atiende adolescentes. También sigue siendo frecuente encontrar terapeutas que se disfrazaban de *hippies*.

En general, los adolescentes resienten estas actitudes usurpadoras. El adolescente aprecia y valora la comunicación con un adulto que habla y viste como tal, pero lo trata con propiedad y respeto y que le transmite que, ante todo, su primera lealtad está con él. El terapeuta ha de asegurar a su paciente que si en alguna ocasión ha de comunicar algo a sus padres, no será sin antes haberlo discutido ampliamente con él, y que dicha comunicación será siempre en su beneficio.

Con relación al tema anterior, es conveniente hacer hincapié en que el terapeuta ha de hacer sentir al adolescente que si bien como terapeuta tiene un compromiso con sus padres —quienes lo han traído a tratamiento y se lo han encomendado—, no será un instrumento al servicio de la manipulación de éstos, sino que es un profesionista que tiene un adiestramiento muy especializado para ayudar a los jóvenes y que está dispuesto, ante todo, a ayudarle a crecer y a lograr una adaptación adecuada. Que si bien no es su cómplice, sí está de su lado aunque no necesariamente apruebe o defienda su conducta. En su interacción con los padres de su paciente, el terapeuta ha de asegurarse de que éstos entiendan esta postura. Desde el inicio del tratamiento, los padres han de entender que el terapeuta nunca ocultará a su paciente adolescente información alguna que sea relevante para él. Entenderán que si bien pueden y deben ponerse en contacto con el terapeuta para comunicarle cualquier situación que se presente en relación con el paciente, éste será el primero en enterarse de tal comunicación. Especialmente tratándose de pacientes en la adolescencia media o tardía, los padres habrán de entender que no podrán entrevistarse con el terapeuta en ausencia del paciente a menos que éste así lo solicite. No es poco frecuente que nos encontremos padres que dan por hecho que compran el compromiso y lealtad del terapeuta, y que, por lo tanto, será instrumento de sus deseos y tendrá la obligación de trabajar en la dirección que obtenga lo que ellos consideran correcto o que les apetece.

En el caso del chico judío que se aferraba a su novia católica, que citamos para ejemplificar la adhesión del adolescente al objeto de individuación, los padres lo traje-

ron a tratamiento diciéndole que tal vez yo los pudiera ayudar, a todos en la familia, a comunicarse en forma menos agresiva. Secretamente, los padres esperaban que yo, como especialista, tuviera alguna fórmula para que el chico desistiera de la relación con esa chica. Así me lo hicieron saber.

En ningún caso está indicado, desde luego, intentar o pretender intentar que se dirija el esfuerzo terapéutico en la dirección que a los padres apetece, aunque pudiéramos pensar que es lo que más conviene al paciente. El respeto a la dignidad de persona del paciente adolescente nos obliga a abstenernos de decidir lo que le conviene. Aunque le es difícil, el psicoterapeuta de adolescentes ha de renunciar a tomar una postura paternalista y a imponer al paciente su parecer o el de los padres de éste, aunque le parezca que es lo más conveniente. Tampoco está indicado, de ninguna manera, coludirse con el menor apoyando su rebeldía. De vez en cuando encontramos que algún psicoanalista con poca experiencia en el manejo de jóvenes ha empujado a uno o a una adolescente a cometer un acto de rebeldía brutal o alguna barbaridad similar. Hace unos 20 ó 30 años, algunos colegas habían entendido que el adolescente se tenía que rebelar; así, no era raro que empujaran al paciente a abandonar la casa de sus padres, o a insultarlos gravemente, enfrentándoseles. Todavía en nuestro medio psicoanalítico se escucha, de vez en cuando, que en la adolescencia ha de haber una segunda separación-individuación. Esto es una grave equivocación. Peter Blos (1967) habló de una segunda individuación en la adolescencia, pero no de una separación. El término individuación se refiere a un fenómeno intrapsíquico que desvincula al adolescente de la figura de los padres tempranos (no de los presentes). Como decíamos antes, cuando el adolescente no puede lograr la individuación y el tiro regresivo hacia los padres tempranos es muy intenso, abandona el proceso intrapsíquico de la individuación y externaliza su conflicto en la actuación (separación). Anna Freud (1958) se refiere a este mecanismo patológico como una defensa en contra de los objetos. A través de esta defensa, la dependencia beligerante se perpetúa y el desarrollo regresivo-progresivo se detiene. Cuando el terapeuta alienta a su paciente a la actuación sexual o agresiva en su antagonismo con los padres, está produciendo un detenimiento en el desarrollo. La desviación es aquí iatrogénica. A este respecto, son relevantes las contribuciones de Robert Prall y Margaret Delay (1965). Estos autores se refieren a —lo que ellos llaman— las fantasías de rescate del terapeuta. En una sobreidentificación con el paciente, el terapeuta desarrolla la fantasía de que va a salvar al paciente de sus malvados padres. Así, toma partido con la rebeldía. Hemos tenido conocimiento de casos extremos. En uno, el terapeuta se llevó a una paciente de 14 años a vivir a su casa al lado de él, su esposa e hijos. En otro, el terapeuta alentó a su paciente judío a casarse con una chica católica. En este caso, el psicoanalista fue testigo

en la boda. A mi parecer, estos casos ejemplifican no sólo la falta de conocimientos teóricos y de preparación técnica por parte del terapeuta, sino su patología consistente en la falta de resolución de su adolescencia y en la perpetuación de su interdependencia con sus objetos tempranos. La individuación malograda del terapeuta alcanza una gratificación vicariante en las actuaciones rebeldes de sus pacientes. Anna Freud (1936) describió este mecanismo de defensa (*altruistic surrender*), que es el que se ejemplifica en la novela *Cirano de Bergerac*.

La obligación del terapeuta es actuar en dirección de lo que es más conveniente a su paciente pero, aunque puede suponer lo que le conviene a éste, no tiene derecho a decidirlo por él. Éticamente, lo que corresponde es el respeto a la libre elección del paciente (autonomía). Procede, entonces, explicar a los padres la posición del terapeuta al servicio de la salud y del respeto a la voluntad del paciente y no al servicio de lo que él o los padres creen que le conviene. Esto, sin menoscabo a la autoridad que los padres legítimamente ejercen. Si el terapeuta utiliza la cautela y su intervención con los padres es atinada, éstos entenderán que lo que el terapeuta pone a su alcance son sus conocimientos y habilidades al servicio del desarrollo de su hijo y no al servicio de lo que ellos se han obstinado en obtener. Por otra parte, entenderán que las necesidades de desarrollo del joven le impele, para poder diferenciarse como individuo, a hacer precisamente lo contrario a lo que los padres prescriben.

El trabajo psicoterapéutico ha de distinguir los aspectos vinculares que se ponen al servicio del crecimiento, de los que lo interfieren; discriminará entre los mecanismos defensivos al servicio de la adaptación y restituidores y aquellos que obstaculizan la movilidad afectiva que requiere el desarrollo; discernirá entre la regresión al servicio de la adaptación (Blos, 1967; Geleerd, 1964) necesaria al proceso de individuación, y la regresión que como defensa interrumpe el proceso de crecimiento o lo hace abortar.

La labor terapéutica consiste de la intervención sobre los fenómenos relacionales patológicos que el terapeuta ha detectado. Éstos han de ser modificados con las intervenciones terapéuticas al servicio de la progresión del desarrollo. Las intervenciones atinadas sobre los efectos que las modalidades relacionales patológicas producen, repercuten en cadena sobre cada una de las líneas del desarrollo en general, produciendo su progresión.

Todos los tipos de psicoterapia del adolescente, cualquiera que sea su orientación, tienen como objetivo fundamental promover el crecimiento psicológico del individuo. El tratamiento psicoanalítico del adolescente no busca tanto lograr un *insight* profundo, sino que concentra sus esfuerzos sobre las funciones presentes y el desarrollo de la fortaleza *yoica*; detecta y modifica las defensas que interfieren con el crecimiento, res-

petas las defensas que el Yo requiere para mantener su fortaleza, y acata la regresión obligatoria necesaria para la progresión.

Estos conceptos implican algunas de las diferencias fundamentales que tiene el psicoterapeuta de adolescentes. Está capacitado para distinguir entre un Yo inmaduro y un Yo fragmentado, lo que resulta difícil de lograr al terapeuta de adultos. Así, el terapeuta de adolescentes, a diferencia del de adultos, distingue mecanismos defensivos disociativos y de identificación proyectiva que se presentan en el funcionamiento psicológico del adolescente sin que dicho funcionamiento sea necesariamente fronterizo (*borderline*). Así, distingue cuándo la terapia psicoanalítica está indicada en un adolescente, y cuándo no. Por esta capacidad para diagnosticar el funcionamiento, el terapeuta de adolescentes es más tolerante a la actuación de la transferencia del paciente (*acting out*). Con esta espera y tolerancia logra interpretaciones con mayor impacto y así, mayor posibilidad de cambio.

Durante la adolescencia se produce una disrupción intensa y fundamental de la estructura del carácter previo (infantil) y ha de lograrse la consolidación del carácter definitivo. En dicha disrupción fundamental, las potencialidades del desarrollo, que no han alcanzado la consolidación madura, son puestas en peligro. De esta forma el tratamiento no puede estar dirigido meramente a proveer una experiencia del pasado más benigna. El tratamiento ha de proveer al adolescente con una experiencia emocional radicalmente nueva. En algunos casos, el terapeuta, ofreciendo una influencia parental benigna, puede introducirse en la elaboración y desarrollo de un ideal del Yo más realista y propicio a la consolidación de una autorrepresentación integrada y real. En muchos casos, la influencia parental benigna no es suficiente; será necesario que el tratamiento intente una nueva reestructuración del aparato psicológico desde los cimientos, y la meta inmediata será la síntesis del carácter, actuando, el terapeuta, como catalizador, como agente de sinergia y como modelo.

A diferencia del Yo infantil, el del adolescente cuenta con un equipo de funciones que enriquece sus posibilidades de actuación y de manejo de sus impulsos (Bornstein, 1951; Josselyne, 1954). A diferencia del Yo del adulto, el del adolescente aún preserva derivados del pensamiento infantil egocéntrico y operacional concreto. El adolescente todavía es vulnerable a miedos ilógicos determinados en forma primitiva y a nociones que asume sin poner en juego procesos pensantes basados en la lógica. Aunque se da cuenta de que ciertas nociones y emociones son absurdas, continúa sintiéndolas válidas; la fantasía pura de la niñez se hace realizable durante la adolescencia, sin que los mecanismos de autocontrol, que posee el adulto, se hayan desarrollado. Gitelson (1948) cita el caso de un chico de 16 años que decía: "Me da miedo que ahora podría realmente

matarlo (a su padre); es un hombrecillo débil". El problema de dominar y ganar maestría sobre los impulsos que tiene el niño pregenital es esencialmente el mismo que enfrenta el adolescente, agravado por esta posibilidad de actuación y realización de la fantasía infantil. Su esperanza descansa en el ejemplo de aquellos que han ganado dominio sobre problemas similares (Orgel, 1941).

Por lo anterior, se hace evidente que solamente ciertos adultos en particular pueden ser terapéuticamente efectivos con pacientes adolescentes, de acuerdo a su capacidad de revivir y utilizar su propia vivencia adolescente. También es para considerarse, como sugiere Gitelson (1948), que probablemente cada terapeuta puede ser efectivo con cierto tipo de adolescente en particular y no con otro. Esta limitación deriva del estilo de vida del terapeuta. Esto se relaciona con la posibilidad de establecer la identificación, la reformación del ideal del Yo y el establecimiento del principio de autorregulación que conocemos como Superyó.

Gitelson (1948) se refiere al concepto "distancia óptima", citando a Redl, quien utilizó este término para designar las diferencias que ha de haber entre los componentes de un grupo terapéutico. En referencia a la terapia del adolescente, Gitelson señala que entre el terapeuta y el adolescente ha de haber una distancia *yoica* óptima que representa una similitud suficiente de estilo de vida, para hacer posible el contacto emocional -la empatía-. A la vez, tendrá que haber una diferencia suficiente para que la identificación no obre como punto ciego; pero dicha diferencia no ha de ser tan excesiva como para que el paciente y su estilo se hagan intolerables para el terapeuta. La distancia *yoica* óptima se traduce en un equipo emocional que puede apoyar al paciente y alentarle en sus propios prospectos. Si estas condiciones pueden establecerse, el resto del proceso terapéutico surgirá por sí mismo.

Dentro del tema de la selección del terapeuta, también encaja el cuestionamiento, tantas veces expuesto, de si hay pacientes o tipos de patología que han de ser manejados específicamente por terapeutas del sexo masculino o del sexo femenino. Por lo expuesto anteriormente, cabría cuestionar hasta qué punto cierto tipo de patología puede recaer en un punto ciego resultante de que el terapeuta y el paciente sean del mismo sexo. La contrapartida también requeriría consideraciones; podría cuestionarse, cuando terapeuta y paciente son del sexo opuesto, si la distancia podría interferir con la posibilidad de empatía. Sin embargo, nosotros nos inclinamos a pensar que, aun del mismo sexo, el terapeuta puede mantener una distancia óptima que permite resaltar la patología como distónica; y que aun siendo del sexo opuesto es posible que se logre el acercamiento necesario para que se produzca el contacto emocional que requiere la relación terapéutica. Una vez establecida ésta, la figura del terapeuta será recipiente en forma intermi-

tente de cargas transferenciales masculinas y femeninas. Por lo tanto, insistimos, es de dudarse que existan situaciones de indicación específica para que el terapeuta sea de uno u otro sexo, ya que, generalmente, la empatía puede lograrse a pesar de que el terapeuta no haya vivido las situaciones del paciente. Por otro lado, el paciente adolescente tiene especial necesidad de apoyarse en el ejemplo que el terapeuta le representa por haber ganado dominio sobre situaciones similares a las que él está experimentando. En este sentido, el terapeuta hombre está en desventaja para tratar ciertas adolescentes, y la terapeuta mujer está en desventaja para tratar a algunos jóvenes.

Por otra parte, hemos de reconocer que el tratamiento psicoanalítico de una paciente del sexo femenino con un terapeuta hombre, permite el desarrollo de dimensiones transferenciales que no se desarrollarían con una terapeuta. Asimismo, el psicoanálisis de un varón con una psicoterapeuta, permite situaciones transferenciales que no se presentarían con un terapeuta del sexo masculino. Me refiero a situaciones que resultan de que la transferencia erótica de un adolescente con un terapeuta mantiene niveles predominantes edípicos; en cambio, la transferencia de un varón a una terapeuta mujer tiende a alcanzar niveles mucho más regresivos.

En cuanto a las preferencias del paciente, en mi experiencia como terapeuta y como supervisor, me he encontrado con pacientes que tienen la sensación de que el terapeuta, por ser del sexo opuesto, nunca los va a comprender. En principio, ha de considerarse como válido y legítimo el deseo del paciente de ir con un terapeuta de uno u otro sexo; pero, en general, este deseo ha de ser sujeto a análisis cuando el paciente ya está en un proceso terapéutico y está considerando cambiar de terapeuta. Su sentimiento de que el terapeuta no lo entiende puede ser resultado de movimientos transferenciales (resistencia). Pacientes del sexo femenino con adaptación fronteriza (patología *borderline*) experimentan más intensamente —que las que presentan patología menos severa— sentimientos relacionados con carencias afectivas pregenitales. Así, su deseo vehemente es de una mayor cercanía y ternura que (dicen estas pacientes) el terapeuta masculino no es capaz de otorgar. Aquí se recapitula una intensa nostalgia por la relación pregenital con la madre, y la paciente busca una relación de amiga-mamá que le otorgue cuidados, ternura y calor pregenital. En general, el desarrollo de la mujer implica un desapego temprano del objeto primario (madre) porque, a diferencia del hombre, ha de cambiar de objeto.²¹ La mujer con patología fronteriza manifiesta más vehementemente sus ca-

²¹ En el desarrollo del hombre, el mismo objeto de atención afectiva (la madre) es el centro de inversión tanto en las etapas pregenitales como en la fálica (edípica). En esta situación, el hombre continúa recibiendo gratificación pregenital, intermitentemente, durante la situación edípica.

rencias pregenitales. Por otra parte, además, este tipo de pacientes desarrolla antagonismo a veces intenso con el terapeuta del sexo masculino, como defensa a los matices edípicos que se superimponen a sus búsquedas de gratificación pregenital. Es decir, el deseo de gratificación pregenital es percibido como peligroso por la paciente, porque la situación presente (terapéutica) no puede ser solamente pregenital. Esto se acentúa si el terapeuta permite cierta indulgencia (*acting in*) en la gratificación afectiva en vez de analizar el deseo, o responde en forma fálica. El terapeuta del sexo masculino requiere de una estabilidad emocional sólida y de los conocimientos técnicos que le permitan tolerar y manejar el fuerte antagonismo que puede llegar a presentarse con este tipo de pacientes y resistir las fuerzas emocionales que se dan en la relación terapéutica que inducen a la actuación (*acting in*).

En cuanto a los objetivos que ha de tener el psicoanálisis de un adolescente, hemos de enfatizar que la técnica de la psicoterapia del adolescente está dirigida a entender la naturaleza de la relación y a introducir modificaciones terapéuticas en la misma. Es decir, la terapia no ha de estar dirigida a lograr el análisis psíquico, sino más bien la síntesis del carácter. Eisner (1945) recomienda evitar cuidadosamente las llamadas interpretaciones dinámicas y concentrar los esfuerzos terapéuticos en el manejo integral de las actitudes actuales, según se presentan en la situación terapéutica. Mitchell (1944) alienta al estudiante de la psicoterapia del adolescente a establecer el significado de la relación terapéutica, manteniendo un control inequívoco de las situaciones que se suscitan a través de la misma. Bloss, desde 1946 hizo hincapié en que en el tratamiento psicoanalítico del adolescente, el conflicto infantil no es el objeto del esfuerzo terapéutico, sino la deficiencia *yoica* que el joven presenta. En su esfuerzo el terapeuta debe evitar, en sus actitudes hacia el paciente, una repetición de los patrones parentales; pero el esfuerzo por relacionar problemas actuales con eventos significativos tempranos no es esencial en el tratamiento, ya que las defensas del adolescente no han alcanzado la estabilidad y permanencia que adquieren en la resolución de la crisis adolescente. Es más importante, con el paciente adolescente, discriminar entre las defensas que promueven desarrollo y aquellas que lo interfieren.

Desde el punto de vista psicoanalítico, se puede considerar que la adolescencia es una crisis, no por la conducta ruidosa, errática, antagonista, impredecible o contradictoria que presentan algunos o muchos adolescentes; cierto es que otros adolescentes cursan esta etapa de la vida con relativa placidez y sin presentar conductas que perturben mucho su ambiente social o familiar. Hemos de considerar la adolescencia como una crisis normativa (Slaff, 1979) por el estrés extraordinario que se produce durante la misma, asociado a cambios fundamentales en el aparato psicológico, que determinan

crecimiento. Slaff insiste en que, fundamentalmente, el terapeuta ha de tener la habilidad de ayudar al adolescente a comprender y negociar exitosamente la crisis normativa de la juventud.

En la situación terapéutica se produce una regresión dependiente (Kramer, 1974) que ha de ser alentada como tal por propósitos terapéuticos (López, 1987), y la importancia de una fuerte relación emocionalmente dependiente es fundamental. Sin embargo, dicha situación terapéutica ha de ser sostenida más sobre la confianza que sobre la dependencia. El terapeuta ha de promover -facilitar-- una relación confiable y una libertad emocional que permita al paciente sentir que puede depender, porque no va a ser traicionado; que puede exponerse a la castración, porque no va a ser castrado. El paciente utilizará estos sentimientos para ganar dominio y maestría sobre su ansiedad de fusión y de castración: aprenderá a confiar. También, el paciente adolescente ha de sentir que puede aflorar su erotismo edípico, porque no va a ser despreciado ni explotado; que la expresión de su ternura infantil no lo hace vulnerable y que la expresión de su agresividad es comprendida: aprenderá a aceptarse a sí mismo. El paciente sentirá que si bien el tratamiento no gratificará sus necesidades emocionales eróticas tempranas, es el instrumento que lo asiste en el proceso de entenderlas, ordenarlas y reorientarlas hacia fuentes apropiadas de gratificación.

En otras palabras, la dependencia regresiva se transforma, en el curso del tratamiento, en la dependencia voluntaria al servicio del mismo, y el paciente se da cuenta de que no tiene que depender, y que si depende o ha dependido del terapeuta, es porque la dependencia es y ha sido un instrumento necesario para su crecimiento.

En contraste con lo que sucede con el paciente adulto, la tendencia natural y propia del adolescente hacia el crecimiento facilita enormemente la labor del terapeuta. En la terapia del adolescente, la objetividad completa es necesaria, pero no es suficiente. Gitelson (1948) dice que el tratamiento del adolescente nunca necesita contradecir a la ciencia, pero sí necesita trascenderla.

Bibliografía

- Blos, P. (1946), "Psychological Counseling of College Students", *Amer. J. Orthopsychiat.*, 16: 571-580. También en P. Blos, *The Adolescent Passage*, Nueva York, International Universities Press, 1979, pp. 117-140.
- _____(1967), "The Second Individuation Process of Adolescence", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22: 162-186.

- Blos, P. (1976), "When and How does Adolescence End?", en *Adolescent Psychiatry*, ed. S. C. Feinstein y P. Giovacchini, Nueva York, Jason Arosón, vol. v, pp. 5-17. También en P. Blos, *The Adolescent Passage*, Nueva York, International University Press, 1979, pp. 404-420.
- Bomstein, B. (1951), "On Latency", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6: 279-285. Nueva York, International University Press.
- Breger, L. (1968), "Motivation, Energy, and Cognitive Structure in Psychoanalytic Theory, en *Modern Psychoanalysis*, ed. J. Marmor, Nueva York. Basic Books, pp. 44-65.
- Eisner, E. A. (1945), "Relationship Formed by a Sexually Delinquent Adolescent Girl, *Am. J. of Orthopsych.*, 15: 301-3 10.
- Emde, R. N. (1980), "Emotional Availability: a Reciprocal Reward System for Infants and Parents with Implications for Prevention of Psychosocial Disorders", en *Parent-Infant Relationships*, ed. P.M. Taylor, Orlando, Florida, Grunc and Stratton, pp. 87-115.
- _____ (1988), "Development Terminable and Interminable II. Recent Psychoanalytic Theory and Therapeutic Considerations". *Int. J. Psycho-Anal.*, 69: 283-296.
- Erikson, E. H. (1956), *The Concept of Ego Identity. The Psychology of Adolescence*, Essential Reading, ed. A. H. Esman, Nueva York, International Universities Press, 1975, pp. 178-195.
- Freud, A. (1936), *The Ego and the Mechanisms of Defense*, Nueva York, International Universities Press, 1966. También, *El Yo y los mecanismos de Defensa*, Buenos Aires, Paidós, 1977.
- _____ (1958). "On Adolescence", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13: 255-278, Nueva York, International Universities Press.
- Geleerd, E. R. (1964), "Adolescence and Adaptive Regression", *Bull. Menninger Clinic*, 28: 302-308.
- Gitelson, M. (1948), "VI. Character Synthesis: the Psychotherapeutic Problem of Adolescence", *Am. J. of Orthopsych.*, 18: 422-431.
- Hartmann, H. (1964), *Essays on Ego Psychology*, Nueva York, International Universities Press. También, *Ensayos sobre la psicología del Yo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Josselyn, I. (1954), "The Ego in Adolescence", *Amer. J. of Orthopsychiat.*, 24: 223-237.
- Kramer, S. (1974), "Episodes of Severe Ego Regression in the Course of an Adolescent Analysis, en *The Analyst and the Adolescent at Work*, ed. M. Harley, Nueva York, Quadrangle, pp. 190-231.

- Laufer, M. (1976), "The Central Masturbation Fantasy, the Final Sexual Organization, and Adolescence", *The Psychoanalytic Study of the Child.*, 31: 297-316, New Haven, Yale University Press.
- Levin, S. (1975), "The Relation of Various Affects to Masturbation Conflicts", en *Masturbation From Infancy to Senescence*, ed. 1. M. Marcus y J. J. Francis, Nueva York, International Universities Press, pp. 305-313.
- López, M. I. (1987), "Problemas de la enseñanza de la psicoterapia con niños y adolescentes", *Psiquiatría*, 3: 121-132, México.
- _____(1988a), "El sueño y la fantasía masturbatoria central. Su interjuego en la regresión durante el proceso terapéutico", *Cuadernos de Psicoanálisis*, 20: 28-34, México.
- _____(1988b), *La encrucijada de la adolescencia*, México, Ediciones y Distribuciones Hispánicas.
- Mahler, M. (1968), *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, Nueva York, International Universities Press.
- Mitchell, M. (1944), "Development and Use of Relationships with a Delinquent Adolescent Girl", *Nervous Child*, 4: 95-117.
- Orgel, S. Z. (1941), "Identification as a Socializing and Therapeutic Force", *Am. J. Orthopsych.*, 11: 118-129.
- Piaget, J. (1969), "The Intellectual Development of the Adolescent", en *Adolescence: Psychological Perspectives*, ed. G. Caplan y S. Levobici, Nueva York, Basic Books.
- Prall, R. C. y M. N. Delay (1965), "Counter-transference in Therapy of Childhood Psychosis", *Journal of the Hillside Hospital*, 14: 69-82.
- Sandler, J. y A. Sandler (1978), "On the Development of Object Relationships and Affects", *Int. J. Psycho-Anal.*, 59: 285-296.
- Slaff, B. (1979), "Adolescents", en *Basic Handbook of Child Psychiatry*, ed. J. Noshpits, Nueva York, Basic Books.
- Stem, D. N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, Nueva York, Basic Books.

XIV

Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes

Marcelo Salles Manuel
Marco A. Corona.

Introducción

La psicoterapia de grupo forma parte de las modalidades terapéuticas con las que podemos contar hoy en día, la que se agrega a las modalidades de terapia individual ya existentes. Fue Freud (1921) con su estudio sobre la psicología de las masas, uno de los iniciadores teóricos en este tipo de terapias, al proponer las bases psicológicas en el entendimiento de los grupos, las que años más adelante fueron aplicadas para esta modalidad específica de psicoterapia. Es indudable que con la creación del psicoanálisis se estableció, por así decir, una fuente original, teórica y clínica a partir de la cual se ha dado origen al resto de las psicoterapias de corte psicoanalítico o psicoterapias individuales, incluyendo a las de niños y adolescentes y psicoterapias grupales, entre ellas la de pareja, la de grupo y la de familia, y dentro de éstas las aplicables a niños y a adolescentes.

En nuestro país, en el año de 1967 se funda la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), movimiento que tuvo sus propias vicisitudes, como las observadas en todo intento de fundación e inicio, las cuales han sido descritas por González (1983). Esta asociación ha sido pionera y ha mantenido el esfuerzo en lo que se refiere a la enseñanza y práctica de la psicoterapia de grupo en el país. Durante los

ochenta del siglo pasado, la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), empezó a ofrecer a sus miembros ya formados como psicoanalistas generales, la oportunidad de formarse como psicoterapeutas de grupo..

Tratándose de los aspectos históricos relacionados con los pioneros en la psicoterapia de grupo de niños y de adolescentes, fueron varios los clínicos que se iniciaron gradualmente en este trabajo, sobre todo con adolescentes. Rachman *et al.* (1984) describen que estos clínicos trabajan cada uno por su lado, no se conocían y uno no sabía del trabajo del otro. Algunos de ellos fueron: August Aichom, Fritz Redl y S. R. Slavson, quienes eran bien conocidos por su trabajo con adolescentes. Otros, a pesar de sus grandes innovaciones han sido olvidados, tal es el caso de Betty Gabriel y Kenneth Wollan. El trabajo de Jacob Moreno, que puede ser el primero en entrar en contacto con un grupo de adolescentes, es asociado más con la terapia con adultos que con adolescentes. Ahora se describirán, brevemente, algunos datos de estos pioneros y que han sido relatados por Rachman *et al.* (1984).

Jacob Moreno. Fue el primer clínico que trabajó con adolescentes en una situación grupal. Se describe su trabajo a partir del año 1911, mediante un acercamiento psicodramático con niños y adolescentes normales en los jardines de Viena, así como en casa del kaiser J. Strauss. Esto se hizo a través del llamado "teatro espontáneo". En 1925 llevó el "teatro espontáneo" a Nueva York, a iglesias y escuelas. Luego, fué llamado teatro de "impronta" e incluía niños de cuatro a dieciséis años de edad. De lo que se trataba en estas actuaciones era de que emergiera la habilidad creativa de los niños y se creyó que las "improvisaciones", eran las parte más importante para el crecimiento emocional y mental en dicha población infantil-juvenil participante. En el método de la "impronta", se les daba a los niños tres pruebas llamadas: imaginación, mimos y pruebas de carácter. Se confrontaba entonces a los menores con situaciones inesperadas y en respuesta ellos, a través de sus actuaciones, ofrecían suficiente información en relación con su estilo de carácter, visión del mundo y nivel intelectual. En todo este tiempo, Moreno trabajó con poblaciones normales de niños y no es sino hasta 1948 cuando aparece la primera referencia en la literatura especializada acerca de psicoterapia de grupo para adolescentes.

Alfred Adler. A consecuencia de las devastaciones de la Primera Guerra Mundial, se establecen en Viena y en Munich centros clínicos con el objeto de tratar de prevenir la delincuencia entre los niños y los jóvenes. En estos lugares se efectuaba un trabajo grupal cuyos contenidos eran consejos, apoyo, auto-observación y el hecho de compartir eventos de la vida con otros. Sin embargo no se permitía la interacción entre los coetáneos. Adler manejó tales grupos.

August Aichhorn. Él trabajó principalmente con adolescentes delincuentes, aplicando en ellos la teoría psicoanalítica en grupo. Había sido originalmente un educador. Se le reconoce como el primer psicoterapeuta de grupo de adolescentes. Su libro *Wayward Youth* es un clásico para el psicoterapeuta.

- S. R. Slavson. A este autor se le reconoce como el padre de la terapia grupal para adolescentes. Él también era un educador. Al principio formó grupos que llamaba "clubs de auto-cultura", en los que se reunían los adolescentes e interpretaban danzas; leían literatura y poesía, tenían discusiones sobre temas de filosofía, temas científicos y ocasionalmente asistían a un concierto o a una función de danza. Había un interés especial caracterizado en dejar al adolescente encontrar su propio camino en un ambiente de respeto y de libertad a su modo de pensar. Después, él formaría "grupos de actividades", en donde se hacían excursiones y días de campo. Sus grupos incluían niños entre ocho y dieciséis años de edad. A dichos grupos se les conoció como "terapia de grupo de actividades"

Fritz Redl. Este autor trabajó también con adolescentes delincuentes. Trabajó mucho ciertas áreas de resistencia hacia la terapia grupal, por medio de su experiencia en el manejo de dichos grupos.

Betty Gabriel. Ella era una trabajadora social muy interesada en adolescentes y laboró con grupos de niñas y de niños. Introdujo el juego y utilizaba un espectáculo de títeres. Jugaban y discutían problemas de la casa y de la escuela. Había actividad y discusión.

Kenneth Wollan. Este autor integraba en sus grupos una parte atlética, una parte de acción y otra de *insight*. Tenían juegos y tiempo de discusiones. Las actividades deportivas eran también incluidas. A través de dichas actividades había la oportunidad de que descargaran los adolescentes sus tensiones y luego jugaran y discutieran, se promovía la socialización. Este autor trabajó también con delincuentes.

En estas pequeñas notas biográficas nos damos cuenta de que las primeras actividades grupales, realizadas por estos autores, eran precisamente actividades para la gente joven y para los niños, muchas de ellas realizadas en poblaciones básicamente sanas. Paulatinamente, sin embargo, a estos grupos se les fue dando un matiz terapéutico y se fue incluyendo a niños enfermos que necesitaban ayuda psicoterapéutica, la que se administraba a través del grupo. Dicha experiencia resultó muy importante en la formación de los grupos, del mismo modo como también se fue incluyendo gradualmente a la población infantil-juvenil delincuente. La experiencia obtenida del trabajo de estos clínicos con la población sana, luego con la delincuente y finalmente con la población enferma, forma la base "clínica" a partir de la cual fue emergiendo la terapia de grupo como la conocemos hoy en día.

Otro de los muchos innovadores en la terapia de grupo ha sido Pines Foulkes (1992) quien describe con ideas claras y específicas en qué consiste esta terapia. Por ejemplo, él opinaba que el análisis grupal es un análisis del grupo por el grupo, incluyendo al que lo dirige. Este personaje trabajó mucho en lo que se ha dado por llamar la "matriz de los grupos". Ésta era definida por Foulkes como la red hipotética de comunicaciones y de relaciones, la cual es diferente para cada grupo. Este concepto se puede comparar al "terreno compartido", en el que se determina el significado de los eventos y en el cual descansan todas las comunicaciones verbales y no verbales. Es descrito también como un "contenedor" a través del cual la psique individual puede ser formada y transformada. Este concepto ha sido muy importante y se une al llamado "cultura grupal".

En relación con las terapias analíticas de grupo, Wasongarz (1984) describe que existen dos abordajes terapéuticos bien definidos en referencia a la modalidad interpretativa. En uno de ellos se interpreta al individuo como parte del grupo. En la otra, se toma al grupo como una totalidad dirigiendo la interpretación hacia éste. En la primera de estas modalidades se estudia el comportamiento de los pacientes en grupo, donde se produce el llamado "fenómeno de lo universal" o "reacción en espejo", consistente en que cierto tipo de conflictos que presente cualquier integrante del grupo disminuyen al observar que esos mismos elementos están presentes en otros sujetos. En la segunda modalidad se interpreta la conducta del grupo como una necesidad del grupo en sí y a partir de ahí se involucra al terapeuta en la transferencia. En relación con la actitud interpretativa del terapeuta, Avron (1998) menciona que ésta es fundamental, ya que lo que se busca es provocar la formación de la "matriz grupal" o la parte de la identidad grupal dentro de los miembros, ya sea que se interprete individualmente o en grupo.

Nuevamente y en relación a si se dirige la interpretación al individuo o al grupo, Vives(1999) indica que:

.. cuando trabajamos con grupos terapéuticos, todas nuestras interpretaciones son grupales, en el sentido de que son escuchadas por todo el grupo, con independencia de hacia quién hayan sido formuladas. Al mismo tiempo el trabajo con grupos nos enfrenta al hecho, complementario con el anterior, de que todas nuestras interpretaciones son individuales, en el sentido de que son escuchadas desde la singularidad de cada uno de sus miembros y su efecto último dependerá de lo que cada individuo está vivenciando en tomo de los significados determinados y contruidos por el grupo con su terapeuta. Las fronteras entre una y otra se borran, ya que la interpretación del grupo llega a individuos singulares, mientras que la interpretación dirigida a un solo miembro es escuchada por todo el grupo, determinando parte de su dinámica.

Ahora bien, en lo que se refiere a las corrientes teóricas dentro de la psicoterapia de grupo, Campuzano (1987) describe seis diferentes corrientes: *a)* la didáctica; como prototipos de ésta, tenemos las terapias de auto-ayuda, como las llevadas a cabo por los grupos de alcohólicos anónimos, *b)* la psicodramática; en ésta el individuo pasa a ser el protagonista, a diferencia de que si el grupo en sí pasa a ser el protagonista, se convierte entonces en un sociodrama, *c)* la psicosociológica, tal como lo que ocurre en la dinámica de grupos, *d)* la psicoanalítica, *e)* el llamado movimiento de grupos humanos, como los que se dan en los "encuentros" y finalmente, *f)* la institucionalista, propia del análisis institucional.

En relación al trabajo de la psicoterapia de grupo en niños, Dupont y Jinich (1993) describen lo que denominan el Grupo Infantil Natural (GIN), cómo se formó y cuál ha sido su evolución tanto en lo clínico como en lo técnico. Describen desde el GIN -0, hasta el GIN 1 v. Se trata, dicen: "de implementar una técnica que permita el acceso a la psicopatología de los niños de manera grupal y directa, sin la intermediación de artefactos y juguetes que mediaten los conflictos, sino propiciando su expresión en y mediante el grupo". Dentro de algunas de las evoluciones técnicas de estos grupos podemos mencionar que en ocasiones al haber acciones muy violentas, se decide empezar a poner límites a través de: *me pegas y te pego, me avientas y te aviento, me pisas y te piso*; cuya contraparte libidinal era: *me ayudas y te ayudo, me obsequias)' te obsequio*. Posteriormente se describe el "efecto GIN", que tiene que ver con lo sucedido entre las dos fases del tratamiento. La primera fase de acción de descarga del paciente y la segunda es más reflexiva.

Se introduce también el "tiempo para pensar", donde se instituye la reflexión después de la acción (entre las dos fases descritas) o el "tiempo de guardar". Se le da mucha importancia a los fenómenos grupales y a su proceso, como la llamada "cultura del grupo", el campó, el texto y el contexto. Según los autores hubo una mejoría significativa, sintomática, de los niños vistos en esta modalidad terapéutica. En estos tratamientos grupales para los niños se veía también a los padres en tratamiento grupal, por separado. A los padres se les veía ocasionalmente para recibir información del progreso de los niños. En los grupos GIN no se utilizan juguetes, pero sí juegos entre los niños y entre éstos y el terapeuta. Los grupos tenían como terapeutas a un hombre y a una mujer, lo que facilitaba el recrear una imagen de familia a los niños.

Sabemos que toda práctica psicoterapéutica está respaldada por un marco teórico bien definido, del cual a su vez se obtienen las consideraciones técnicas que apoyan la praxis clínica. Así, el psicoanálisis, en base a producir una regresión en el paciente, favorece la conducta de abstención del analista, lo que a su vez provoca la intensifica-

ción de la transferencia. La terapia de grupo, según Pines (1981) y en comparación al psicoanálisis, tiene un marco de referencia principal que está dado por la presencia de "otros" y del terapeuta, teniendo éste una posición de autoridad. El verse en una situación como ésta recuerda naturalmente la relación que de niños tuvimos con nuestra familia y con nuestros padres en una posición de autoridad. Aquí el factor social del grupo es muy importante. Además en el grupo introyectamos a todos los compañeros, como nuevos objetos, para luego poder diferenciarnos de ellos gradualmente, lo que naturalmente sigue las reglas de la fusión y separación con el objeto materno. Todo esto hace que el marco de referencia que ofrece la psicoterapia de grupo sea tan diferente de la terapia individual.

Para muchos autores, las posibilidades que ofrece la psicoterapia de grupo son muy grandes, aun para niños con problemas graves de falta de control de impulsos, con conducta antisocial o que poseen la llamada "personalidad limítrofe". Recordemos el trabajo con delincuentes realizado por los pioneros en este tipo de terapia. Autores como Spinner y Pfeifer (1986), piensan que a través de lo que se ha llamado la formación de la "cultura de grupo" y una vez que ésta emerge, permite a los niños organizarse y empezar a controlar sus impulsos, de tal modo que comienzan a poner orden en sus mundos internos y externos. Se parte de la idea de que básicamente los niños que padecen "defectos *yoicos*", no tienen la habilidad de organizar su experiencia interna. Se espera entonces que, a través de la terapia de grupo, se provea una situación en la que sus esfuerzos maladaptativos para organizar afectos volátiles e impulsos, pueda ser tolerado y estructurado. En el grupo se les provee de contención (*holding*), de tal modo que los niños aprenden a crear estructuras culturales (cultura grupal terapéutica), que les sirven para la representación de aspectos importantes de sus vidas emocionales y así crear las bases de una organización interna.

Aplicando la *teoría de las relaciones objetales*, Soo (1985) piensa que los conceptos de ésta, así como las fases de desarrollo de la libido, ayudan enormemente a entender la conducta tanto individual como grupal. El autor describe cómo un ambiente de tolerancia del terapeuta hacia la hostilidad de los niños u otras demandas primitivas insatisfechas se presta a llevar a cada niño a su punto de fijación tanto en relación al desarrollo de las relaciones objetales como al de la libido. A partir de ahí se puede ayudar a cada niño y al grupo a ir superando dichos puntos de fijación.

A su vez, Vives (1988) piensa que el psicoanálisis ha sustentado su principio de acción terapéutica básicamente entre elementos: *a*) la importancia de la interpretación, sobre todo, la transferencial, *b*) el vínculo establecido entre el paciente y el analista, tanto transferencial como real y *c*) la coherencia y consistencia con las que el terapeuta

interpreta, señala, reconstruye y explica la historia personal del paciente. En relación con el grupo, nos dice Vives que la interpretación es igualmente importante, pero además están todos los comentarios de los compañeros de grupo, los que producen una serie de asociaciones, en un fluir asociativo, que son sumamente importantes. Algunas de estas intervenciones funcionan como "auténticas interpretaciones laterales". Desde el segundo elemento (el vincular), en el grupo existe la oportunidad de una multiplicidad de ligas emocionales, además de la que se hace con el analista, lo cual enriquece mucho dicha experiencia, sobre todo al tratar de recrear "nuevas pautas de conducta y nuevas formas vinculares". Aquí se abre el abanico de oportunidades, para en una forma creativa ensayar nuevas modalidades de relación, las que son puestas en marcha por medio de la interpretación de dichas relaciones laterales.

El grupo ofrece de este modo "una suerte de familia sustitua simbólica", para interactuar, reparar, rescatar, movilizar afectos, etcétera. El tercer elemento, se relaciona con la historia individual¹ de los componentes del grupo, y es relevante aunque además de ésta y tal vez más importante es la "historia de cada grupo", la que no tiene antecedentes previos. Ésta se va formando en el "aquí y ahora", e irá construyendo su propia historia, sus tradiciones y sus mitos, lo que le da al terapeuta la posibilidad de constituirse como "el habitáculo del tiempo", habiendo conocido la historia del grupo desde su nacimiento; los pacientes con más tiempo en el grupo transmitirán a los nuevos la historia del grupo en cuestión, con todos sus mitos y distorsiones históricas.

En la experiencia grupal, además de los tres elementos del análisis individual ya mencionados, los que promueven la acción terapéutica, hay otros que "coadyuvan como mecanismos de acción terapéutica" y que Vives sintetiza en los siguientes factores: *a)* la multiplicidad de la transferencia, *b)* la identificación, *c)* la solidaridad, *d)* la realidad externa, *β)* el fenómeno especular, y *f)* la ideología. El autor concluye que si bien "el psicoanálisis es el campo de estudio de la subjetividad, la psicoterapia de grupo, es por derecho propio el ámbito de indagación de la intersubjetividad".

Yalom (1975) sintetiza lo que para él representan los elementos propios del grupo, los que a su vez se encuentran relacionados con los cambios esperados en el paciente, unos inherentes al fenómeno de agrupar y otros que surgen del grupo y a los que designa con el nombre de factores curativos. Los describimos a continuación:

- Infundir esperanza. Ésta es transmitida, "contagiada", generalmente por el terapeuta, basado en su propia creencia acerca del funcionamiento del grupo, pero también asociada con los cambios que van logrando los miembros del mismo los cuales también "contagian" al resto de los componentes.

- La universalidad. Este elemento tiene que ver con el hecho de que el paciente se da cuenta que sus malestares son también propios de los demás. Esto produce una sensación de pertenencia y de tranquilidad.
- Ofrecer información. Esto se relaciona con la contestación que dan el terapeuta u otros miembros del grupo a preguntas directas hechas por ellos. La respuesta del terapeuta es muy importante, ya sea acerca de interferencias en el desarrollo u otros temas que benefician grandemente al grupo.
- El altruismo. Este punto se ocupa de la importancia que en el grupo se le va dando al "otro": preocuparse por él, preguntar por él. Se establece un intercambio de dar y recibir, el cual es fundamental en la formación de la cultura grupal.
- La recapitulación correctiva del grupo familiar primario. Los pacientes cargan con una serie de dificultades y conflictos emanados de su relación como miembros de su familia primaria. Estos conflictos van a trasladarse al grupo a través de la transferencia y una vez externalizados, serán manejables.
- El desarrollo de las técnicas de socialización. El paciente en el grupo se muestra a los demás, los que a su vez le dicen cómo es él, reflejándole su imagen. Esta función especular no es de una persona, sino de varias, lo que ayuda aún más a este conocimiento personal y a veces fragmentado que se tiene de uno mismo. Como dijera un adolescente: "aquí, en el grupo, se hace un ensayo de lo que allá afuera vamos a hacer, como si fuera una obra de teatro; aquí ensayamos y allá actuamos.
- La conducta de imitación. La conducta imitativa es muy importante como formadora de la identidad del individuo, la cual cobra mucha fuerza en la adolescencia. El grupo en sí, a través de la "cultura grupal", servirá al paciente como un modelo para identificarse. Cuando algún miembro del grupo alcanza este nivel, es aceptado por la totalidad del grupo. Este sentimiento de aceptación es muy importante. Como ejemplo de lo anterior, en un grupo de adolescentes uno de ellos se vestía muy formalmente, como sus padres le decían, lo cual le acarrea muchas críticas de sus compañeros, finalmente un día llegó a su sesión con "jeans y tenis" y fue aceptado con gran algarabía por todo el grupo.
- El aprendizaje interpersonal. Aquí es importante señalar cómo en el grupo, que funciona como si fuera un laboratorio de las relaciones interpersonales; el paciente tendrá la oportunidad de ver cómo su conducta afecta a los demás y cómo la conducta de los demás lo afecta a él. Este paso tan importante del desarrollo humano no está presente en muchos individuos (ya que no se los enseñaron). El grupo funciona como una "experiencia correctiva" en términos de F. Alexander.

Los elementos de agrupamiento del ser humano en los que se aprecia que el hombre es un animal gregario por excelencia, con necesidades de ser amado, reconocido, poderoso y rico, pero también con sentimientos de soledad y finitud, son compartidos por los hombres en todas las latitudes y bajo diferentes expresiones culturales, como bien describiera Palacios (1975). En grupo se aprende a ver el impacto de uno sobre los demás y viceversa.

- La cohesión del grupo. Para adentrarnos un poco en este elemento, se pudiera definir la cohesión como la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros, y en términos analíticos señalaríamos que es el vínculo curativo que se establece entre sus miembros, entre ellos mismos y entre ellos y el terapeuta, bajo un *setting* y una matriz grupal común. Este vínculo es el que lleva a la formación de la cultura grupal.
- La catarsis. La liberación expresiva ligada al recuerdo no es sólo útil para el paciente, sino para todo el grupo. Una vez dada ésta, se presenta la oportunidad de laborar de manera individual y grupal, además de que produce sentimientos de apoyo y de solidaridad. Por ejemplo, un adolescente de 17 años narra su dolorosa situación al haber sido secuestrado por 22 días. Describe el maltrato físico y psíquico del que fue objeto, así como sus grandes temores y angustias. Al finalizar su relato hay un silencio penoso, que va transformándose lentamente en una solidaria empatía y expresiones de apoyo y va cambiando para pasar a alientos de venganza y sentimientos de agresiones a la autoridad (¿al padre?), por la incapacidad de poder proporcionar la protección básica necesaria.

O, en un grupo de latentes tempranos, tres varones de cuatro comparten la penosa experiencia de tener una hermana menor, se quejan de su intromisión y de la agresión pasiva que "ellas" ejercen. El terapeuta los confronta con los celos y la envidia. Al finalizar la sesión uno de ellos invita a los demás a su casa para seguir hablando, lo que se interpreta como la exclusión del terapeuta, del mismo modo como ellos se sintieron excluidos por la nueva hermanita.

- Los factores existenciales. Estos elementos son muy importantes y tienen que ver con la aceptación de la realidad, por ejemplo, injusticias externas, enfermedades físicas, carencias físicas y psicológicas, etcétera; es aquí cuando el grupo contiene, apoya y ayuda a la elaboración de estos problemas.

Se ha hablado mucho acerca de las ventajas que tiene la práctica de la psicoterapia breve de grupo. Poey (1985) presenta una revisión de la literatura que se enfoca a las ventajas de la terapia breve y entre ellas tenemos:

- La conceptualización de metas terapéuticas limitadas, que se enfocan a una o dos áreas problemáticas como blanco.
- La utilización de técnicas terapéuticas activas para explorar y sanar estas áreas.
- La actitud de expectación optimista, de que sí puede ocurrir un cambio en un tiempo breve.
- La interpretación transferencial temprana, la cual es analizada en relación con los problemas ya focalizados.

Se ofrecen además principios generales para la práctica de este tipo de psicoterapia breve de grupo, que puede durar entre diez y veinte sesiones. Estos principios son:

- Composición del grupo y filtro de pregrupo. Una vez hecho este filtro, realizado según las expectativas del terapeuta, ya sea que se vaya a formar un grupo terapéutico o de investigación; los que son seleccionados deberán tener: *a)* la habilidad de verbalizar una queja, *b)* un nivel significativo de visión psicológica, *c)* deseo de explorar y crecer, *d)* deseo de entrar a terapia breve, *e)* expectativas realistas del grupo, *f)* un deseo de relacionarse y de ser influenciado por otros. Pacientes con patologías serias o cuyas patologías tienen un origen pregenital son referidos a grupos no breves.
- Hacer metas concretas y que se puedan alcanzar. Como los grupos se forman con pacientes de la misma edad, todos tienden a compartir problemas comunes de desarrollo.
- Cohesión rápida.
- En la terapia breve se manejan cuatro estadios del desarrollo grupal: *a)* en el primero, introducción de todos; cuáles son las metas, técnicas de trabajo y tiempo límite, *b)* establecer la cohesión grupal; se da la responsabilidad al grupo, los líderes se callan más, se interpreta la transferencia, *c)* se maneja el aquí y ahora; ante la terminación eminente, verbalizar dichos sentimientos, *d)* se cierra; qué se consiguió y qué no. Se maneja también el aquí y ahora.
- Construir una atmósfera de grupo de trabajo.
- Estilo del líder y técnicas. El terapeuta debe ser flexible y muy activo. Hay que dar sugerencias o aun dejar tareas específicas. Hay que forzar conexiones con el pasado genético de cada uno y luego mantenerlos en el aquí y ahora. En las primeras fases, el terapeuta es activo, luego no y al final es nuevamente activo.
- Niveles estructurales de la "focalización" de problemas. Hay que ser realista, qué material sí se hace consciente y cuál no, ya que no habrá tiempo de manejarlo. Trabajar más con el Yo que con el Ello.

- Lidiando con la transferencia-contratransferencia. Tratar de mantener una transferencia positiva.
- La relación con el coterapeuta. Éstos se deben de llevar bien, discutir abiertamente lo que está pasando en el grupo antes y después de cada sesión. Para este tipo de terapia no se es maestro y alumno. Más bien se recomienda un nivel horizontal de experiencia entre ellos.
- Los factores curativos. Hay cuatro áreas generales de mejoría: *a)* aprendizaje interpersonal, *b)* cohesión, pertenencia al grupo, *c)* catarsis y, *d)* *insight*.

Hay autores que han explorado las ventajas y desventajas de tener un doble tratamiento, es decir terapia individual más terapia de grupo. Es obvio que la mayoría de los pacientes sólo asisten a una terapia en un momento dado; sin embargo, parece que la combinación es apoyada por ciertos autores, entre ellos Pfeifer y Spinner (1985). Estos autores exploran esta modalidad de tratamiento, tanto con el mismo terapeuta como con otros. Niños con un alto nivel de estructuración pueden utilizar esta situación para observar la continuidad y discontinuidad de las dos modalidades terapéuticas, ya sea uniendo ambos contextos, integrando de ese modo escisiones de las representaciones objetales, lo que ayuda a enriquecer la transferencia y a fortalecer la alianza terapéutica. Con niños con bajo nivel de estructuración se puede utilizar esta modalidad terapéutica para sentirse contenidos en sus afectos y percepciones no integradas. Según los autores, esta modalidad puede aumentar la alianza terapéutica, sobre todo en aquéllos con mayor resistencia. Pero también hay riesgos. Por ejemplo, si se trata del mismo terapeuta, otros niños pueden sentirse celosos de aquellos que tienen doble tratamiento.

Se ha hablado mucho de cuáles son los valores psicológicos que intervienen para hacer que la terapia de grupo pueda funcionar. Entre esos valores y estudiando a los niños que han estado en terapia de grupo de apoyo, Tijhuis (1998) habla de la importancia que tiene el hecho de que los niños durante su permanencia en el grupo se apoyen unos a otros, lo que ocurre a través del fenómeno del "espejo" o de procesos de identificación. Su pertenencia al grupo los hace descubrir, a cada uno de ellos, que no son los únicos que tienen problemas. Las relaciones grupales, es decir, las ligas interpersonales que se forman entre los coetáneos, forman el "proceso grupal". A través de estas experiencias se va formando un sentimiento de "pertenencia" o de "identidad grupal", lo que produce que se construya una "contención" que a su vez provoca el sentimiento de "cargarse" unos a otros, o de que alguien cuida de mí. A este fenómeno el autor le da el nombre de "los ángeles guardianes".

La supervisión de las psicoterapias es una modalidad necesaria en el proceso de formación del terapeuta. Hay grupos que por la naturaleza de la patología de sus integrantes producen una contratransferencia muy intensa, lo que requiere de un manejo especial y diferente para que el terapeuta pueda nuevamente enfrentar a su grupo con un sentido positivo. Éstas son, entre otras, algunas de las cosas que el nuevo profesionalista debe aprender. En ese sentido, Schamess *et al.* (1997) apoyan el que los terapeutas que ven a niños con traumas acumulativos severos, tengan una supervisión llevada a cabo por expertos en grupo, como una modalidad específica de aprendizaje. Ellos preconizan la importancia de que sus grupos de supervisión sean heterogéneos, es decir, que haya en ellos gente con mucha experiencia, pero también gente con poca o nula experiencia. Piensan que estos grupos de supervisión pasan por cinco etapas, que son: la pre-afiliación, poder y control, intimidad, diferenciación y separación. A través de este proceso se da una enseñanza cognitiva y afectiva.

En relación con la técnica para el manejo grupal es conveniente resumir algunos puntos que son de uso común al ejercer su práctica. Éstos son:

- Tipos de transferencia en el grupo. El reconocimiento de la naturaleza tripartita de la transferencia en los grupos. Yalom (1975), proporciona una base adecuada para la comprensión de su dinámica:
 - la transferencia (clásica) hacia la figura central, modelada según la neurosis de transferencia propia del análisis,
 - la transferencia hacia los pares del grupo, modelada según la neurosis familiar,
 - la transferencia hacia el grupo como totalidad; el grupo simboliza la figura materna preedípica (confianza básica) e incluye todas las relaciones de cada uno de los miembros con cada uno de los otros, tanto en un orden de naturaleza transferencial así como real. La transferencia constituye el fondo de la red o matriz de comunicación, que es esencial para el proceso grupal.
- Los grupos tienen una tendencia regresiva mayor que la que se da en el paciente individual; de esto se desprende que el trabajo debe ser realizado por una persona experimentada y no por una improvisada. Es frecuente que gente sin la experiencia requerida realice "talleres de encuentro" o "dinámicas" donde el proceso regresivo —debido a la naturaleza propia del grupo y en donde se suman los factores "de tiempo" (talleres de fines de semana intensivos), y la no selección de analizabilidad de los componentes del grupo— provoque regresiones intensas

que suelen ser muy difíciles de controlar. La regresión debe ser controlada y el terapeuta sabe que en cada sesión hay que tener un inicio, un proceso y una despedida; habrá también que detectar a un paciente que pudiera retirarse en un estado regresivo grave, esto último debe ser una de sus tareas importantes.

- Generalmente el tema inicial es el del grupo, de ahí la necesidad de que el terapeuta permita que en él fluya la comunicación (en latentes y adolescentes) y la socialización (en preedípicos) impidiendo que uno de los miembros se aisle.
- La facilitación de la interacción es tarea del terapeuta, pero es frecuente que un miembro del grupo asuma dicha función, lo que además de ser deseable, en algunos casos puede ser promovido por el terapeuta, buscando que esta función se rote entre los participantes. Esto en algunas ocasiones es lo que se observa como un *role-playing* espontáneo, es decir, alguien juega al líder (al terapeuta, a la autoridad, al padre) y el grupo asume su rol, con esto también se castra al terapeuta (se castiga al terapeuta, a la autoridad); si esto es regulado permite un gran *insight*, ya que uno de los miembros asume el poder, pero también conlleva la responsabilidad de crecer.
- El grupo puede ser de dos miembros o más. Indudablemente que el niño, por encontrarse en un estado de desarrollo continuo, constituye un factor en sí mismo, determinante, de su modo de pensar, de su conducta y consecuentemente de sus modalidades relacionales. De tal modo que para la práctica de la psicoterapia de grupo, habrá de agruparse a los niños según sus edades, ya que comparten niveles de desarrollo parecidos y por lo tanto problemas más comunes a todos ellos.

De este modo es común agrupar a niños preedípicos y edípicos, en grupos pequeños, entre tres a seis niños y de ambos sexos, si es que se está trabajando solo sin coterapia. La razón de esta medida es que el control de una mayor cantidad de participantes resultaría difícil con el manejo de una sola persona. Con los niños en edad de latencia y a raíz de que a esta edad es muy importante la identificación genérica con los coetáneos, se acostumbra agruparlos por sexos iguales y en grupos de cinco a ocho. Igual sería para la fase de la preadolescencia y en la adolescencia temprana. Ya en la adolescencia media, podemos ubicarlos en grupos mayores, a veces del mismo sexo, a veces heterosexualmente, dependiendo de la evolución de su proceso de maduración; y ya en la adolescencia tardía de un modo heterosexual.

- Existen reglas además del encuadre (asistencia, puntualidad, retiros, vacaciones, acompañamiento en la sala de espera de los niños menores, pagos, etc.) y en ellas

se señala claramente que no se permite la destrucción del mobiliario, ni la expresión física de agresión—como ya se ha mencionado— aclarando que la agresión habrá de verbalizarse, no actuarse directamente y por supuesto que sí mediante el juego.

- Las sesiones tienden a ser una vez por semana (hay razones de desplazamiento, tráfico, ocupaciones de los padres y otras que lo justifican). En el caso de los niños preedípicos el tiempo de duración de la sesión puede ser de 45 minutos a una hora, en el de niños latentes generalmente de hora y media y el de los adolescentes puede ser desde hora y media, dos horas 40 minutos, esto último se señala como técnica *tavistock* (20 minutos por participante) y también se emplea en el trabajo de adultos.
- En el grupo, como en el análisis individual, no están predeterminadas las sesiones en cuanto a su contenido; se permite y alienta la libre expresión, pero se trabaja desde el principio impidiendo la dispersión, la cual es generalmente una resistencia. El rol del terapeuta es como el de director de orquesta, de tal modo que una vez que fluye la melodía (la comunicación), su función parece no ser notada debido a su abstinencia; pero no se entiende que ésta sea una muestra de indiferencia o inactividad. Se alienta a que en el grupo haya una expresión (comentario, clarificación e interpretación) al material aportado por un paciente, esperando (enseñando) que en lo sucesivo el comentario surja espontáneamente.
- Es frecuente que en la interacción el paciente se vea reflejado en los otros pacientes, esto en sí es una meta del proceso. Asimismo es posible que se trabaje con sueños; cuando estos surgen provocan en el grupo una invitación para que todos intenten descifrarlos.
- También es común que los niños y adolescentes coman durante las sesiones ya sea que compartan o no las golosinas; independientemente de su significado regresivo oral y de la interpretación que puede darse, no habría por qué prohibirlo y por otro lado no representa un problema técnico. Otra cosa es que se incluya alimento en el grupo como recurso técnico, por ejemplo, en los grupos homogéneos de adolescentes con trastornos alimentarios.
- El factor de confidencialidad es un elemento que debe ser señalado con claridad diciendo que debe protegerse tanto el material (las expresiones, comentarios, etcétera) que surja del grupo, como el anonimato de los participantes. Aquí podría señalarse como una conformidad para el grupo tener como miembro a una persona muy importante (*vip*, en inglés), ya sea hijo de un funcionario de gobierno, artista o personaje cuya vida pública debe mantenerse en el anonimato. Alguien así podría sentirse muy incómodo en un grupo debido al factor de la confidencialidad.

Se ha hablado mucho también de agrupar a los pacientes con diagnósticos similares, y de no tener un paciente psicótico o impulsivo que pueda desorganizar al grupo en sí. Esto no tiene que ser así necesariamente y dependiendo de la experiencia del terapeuta cualquier combinación pudiera ser posible, sobre todo tratándose de grupos en los que la investigación es uno de los vectores importantes. Sin embargo, la mayoría de los autores piensan que si hay pacientes psicóticos o con falta de control de impulsos, que pueden desorganizar al grupo, pueden retirarlos o no incluirlos desde el inicio.,

También vemos que comúnmente los grupos se forman teniendo los pacientes entrevistas previas con el terapeuta que sirven como filtro, en donde éste realiza la conformación de su grupo, en base a su experiencia o en base a proyectos específicos en los cuales los parámetros, diseñados a tal efecto, son necesarios. También es importante señalar el trabajo en coterapia, con terapeutas del mismo sexo, o de ambos, como ya se ha visto, y la presencia de observadores no participantes. Podemos decir que ésto ya dependerá de la experiencia del o de los terapeutas así como del proyecto grupal específico que está en juego. Como vemos, múltiples combinaciones son posibles.

Un tema delicado y no muy claro entre los autores, es el que tiene que ver con las indicaciones para la terapia de grupo. Se ha señalado, por ejemplo, que la interacción grupal disminuye el tiempo de tratamiento, ya que en parte reconstruye el escenario natural del paciente niño y adolescente y además puede resultar un ahorro económico a los padres. Naturalmente que esto no es siempre así. Los argumentos anteriores, no del todo válidos o falsos, han hecho que la terapia grupal no sea una terapia de elección como otras terapias, lo que tal vez se deba, más que a eso, al desconocimiento técnico de ella. Al contrario, cuando hemos hecho una selección precisa de los elementos del grupo y se ha cumplido con los criterios básicos de analizabilidad, observamos claramente los beneficios del manejo grupal.

Para organizar un grupo terapéutico y en relación con quienes lo deben integrar muchos autores están de acuerdo en que las características que se listan a continuación representan sólo sugerencias. Habrá que tomar en consideración tanto las historias de los pacientes como sus diagnósticos. En realidad cada terapeuta hace su selección, en base a sus intereses particulares y específicos ya sean éstos clínicos o de investigación. Pero hablando de un modo general, los pacientes que se pueden beneficiar de la terapia de grupo son:

- Pacientes con problemas para la socialización como los hijos únicos, agresivos, tímidos, inhibidos o esquizoides.
- Pacientes que en sus vidas han sido rechazados por su origen, color, raza, o por su expresión genérica sexual. También los que tienen limitaciones físicas.

- Pacientes con problemas de narcisismo, desafiantes, manipuladores o seductores, independientemente del trastorno psicopatológico que manifiesten.
- Pacientes con alteraciones del desarrollo en general: los preedípicos con ansiedad de separación y conductas regresivas o con trastornos de identificación psicosexual, los edípicos, con problemas de erotización, fijaciones o transtomos de los hábitos, los latentes con inhibición, impulsividad o con problemas para la socialización, púberes y adolescentes con problemas de adaptación en el manejo de los cambios corporales, de la autoridad y con la necesidad de integrarse a un grupo de pertenencia, pero que aún no lo han logrado.

Como se decía, naturalmente estas indicaciones sólo son generales y cada terapeuta podrá, según su experiencia en la terapia de grupo, conformar éstos de acuerdo a las necesidades de sus pacientes. Pasemos ahora a hacer una breve revisión de la psicoterapia en sí, ya en la práctica y dividida por edades: psicoterapia en niños edípicos y preedípicos, en niños latentes y en adolescentes

Niños de edad preedípica y edípica

Situados en grupos que pueden ir de cuatro a seis años, en esta edad se privilegia el juego, siendo la actividad lúdica curativa en sí y al mismo tiempo herramienta terapéutica; el juego en estos chicos se inicia generalmente en grupo y termina en forma individual. Es difícil que compartan los juguetes. Los celos, la envidia y las rivalidades son actuadas en vez de ser verbalizadas, el terapeuta habrá de verbalizar estos sentimientos para ayudarle al niño a entender lo que le está pasando. El *setting* terapéutico debe tener condiciones específicas, preferentemente un salón de juegos con condiciones lavables. Dentro del material deseable habrá de tenerse por ejemplo un arenero y agua, títeres, una casa de muñecas, plastilina, hojas de papel y colores, ya que estos elementos ayudan a transmitir de inmediato la puesta en escena del problema.

La interacción entre los pares es observada como facilitadora de la expresión, del mismo modo como se convierte en escenario en donde ellos son los actores que evidencian en la trama de su juego la problemática tanto grupal como individual. Un recurso terapéutico muy útil son los ya mencionados títeres, que permiten hacer surgir las expresiones afectivas. La casa de muñecas es buscada por el grupo, y en ella todos participan activamente con sus propias proyecciones; es importante señalar que a esta edad los niños no ven la casa de muñecas como un objeto femenino y por lo tanto prohibido, como sucede con los latentes.

Como parte de nuestro trabajo en una guardería (CENDI) de la SAHOP (Secretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas), de 1972 a 1987, nos aplicamos, además de trabajar intensamente en las observaciones directas de los niños, en iniciar la práctica de la psicoterapia de grupo en niños tanto latentes como edípicos y pre-edípicos que nos eran referidos por el personal de la guardería.¹ El trabajo consistía en grupos pequeños y abiertos de psicoterapia breve, cuya duración iba de 10 a 29 sesiones y en los que observamos una mejoría general de los niños al efecto de la terapia, mejoría que nos era reportada por sus maestras y niñeras. Dos de estos trabajos fueron presentados en el VI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, llevado a cabo en la ciudad de San Luis Potosí, en noviembre de 1986. Esta modalidad de trabajo se mantuvo mientras tuvimos la oportunidad de laborar en dicha institución.

En relación a estos pequeños grupos de psicoterapia, que se hicieron en la ya citado CENDI, Nieto *et al.* (1983) reportan la experiencia de un grupo de niños en edad edípica, 13 en total, cuyas edades fluctuaron desde los tres años seis meses hasta los cinco años con siete meses. A estos niños se practicó una evaluación psicológica previa al inicio del tratamiento y 10 de los 13 fueron clasificados con crisis de desarrollo, otros dos presentaron desviaciones del desarrollo y uno más un desorden de tipo psiconeurótico. Eran nueve niños y cuatro niñas. El grupo fue abierto y se planificó para que fuera breve, ocho sesiones en total y reingresar si así se justificaba. Las sesiones duraban 50 minutos y se efectuaban una vez por semana. Se utilizaron juguetes. Se llevó a cabo en coterapia y las terapeutas promovían la expresión verbal de las emociones y permitían las descargas emocionales motoras, siempre y cuando no se dañaran ellos u otros. El juego simbólico era motivo de interpretación, y fueron evaluados según parámetros previamente establecidos. Los resultados mostraron una mejor capacidad de adaptación de los niños, considerándose entonces como exitoso; se piensa que en un sentido preventivo el resultado fue también muy favorable.

Nava, Mendoza y Salles (1989) relatan también una experiencia de terapia de grupo en niños en edad edípica, los cuales habían sido referidos por conducta opositora, angustia, depresión, trastornos del lenguaje y masturbación compulsiva. Se les aplicaron pruebas psicológicas y tres niños fueron diagnosticados con un problema de ansiedad y tres más una alteración reactiva. En el curso de la terapia se utilizó el juego y los juguetes como instrumentos para la expresión del conflicto, así como de su elaboración.

¹ Este trabajo fue realizado por las entonces licenciadas en Psicología, Carmen Nieto, Julieta Vázquez, Norma Sicilia, Rosa María Esquivel, Adelina Nava, Teresa Mendoza, y por los entonces psiquiatras de niños y psicoanalistas, Marco A. Corona y Marcelo Salles. Muchas de las primeras completaron posteriormente su adiestramiento con la maestría y el doctorado en Psicología, o se graduaron como terapeutas, mientras que los segundos, lo completaron con el adiestramiento como psicoanalistas infantiles.

El tratamiento se hizo en coterapia. Todos los niños fueron capaces de verbalizar sus miedos y angustias. Al finalizar la terapia se observó una mejoría clínica de los participantes.

Sicilia y Salles (1986)² relatan la experiencia de un grupo de niños en edad edípica, en donde se describe el paso del juego, al principio narcista, hacia un juego en cadena, cuya propiedad fundamental fue la utilización del juguete como **vehículo de comunicación**; posteriormente ocurre un intercambio circular, en donde el **juguete** reúne a los miembros del grupo en una empresa constructiva y común, pre-requisito para el inicio del juego simbólico propiamente dicho, que de individual pasará poco a poco a constituirse en grupal, cuando la fantasía y el tono grupal son compartidos por todos los miembros. Se establecen las reglas del juego y su internalización, lo que da pauta a la formación de la "cultura grupal". Los niños fueron capaces de verbalizar ampliamente las angustias y emociones propias de la separación. En este grupo se introdujo un calendario en el cual estaban marcadas las sesiones que tendrían y en cada sesión los niños "tachaban" la sesión del día, de tal modo que de manera visual estaban conscientes de las sesiones que faltaban. Consideramos que esta medida fue muy útil en la comprensión y manejo temporal de las sesiones para los niños. En general observamos, posterior a la terapia, una mejoría franca en los niños. Estos trabajos, efectuados en niños preedípicos y edípicos, aunados a las observaciones directas realizadas en los niños del CENDI, nos sirvieron también para observar con amplitud el movimiento de vaivén entre los espacios consigo mismo, en pareja y en grupo, descritos en otros trabajos.³

Consideramos que la experiencia de trabajar en grupo con niños en edades preedípicas, edípicas y latentes, nos muestra la formación de la cultura grupal. Favorecemos un ambiente permisivo, pero al mismo tiempo limitamos su conducta cuando es necesario; es decir, para que no se lastime él mismo o dañe a los demás. Favorecemos el que puedan verbalizar el enojo. Esta actitud del terapeuta (de contención), al mismo tiempo que facilita la expresión verbal, tiene como resultado un manejo aceptable de la agresión del paciente o del grupo. Utilizamos el juego y los juguetes e interpretamos el juego simbólico. Con ésto hemos observado cómo progresa la elaboración del material, encaminando al niño hacia la maduración. Su conducta mejora, gana autonomía y hay progreso en su desarrollo.

² Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, llevado a cabo en la Ciudad de San Luis Potosí en noviembre de 1986. Trabajo no publicado.

³ Véase por ejemplo: M. M. Salles "De la simbiosis a la familia", *Cuad. Psicoanal.* 19(3-4): 186-195, 1986. M. M. Salles, "El vaivén entre el *self* y los objetos", *Cuad. Psicoanal.* 20(1-2): 2-27. 1987. M. M. Salles, "Los espacios relacionales". Cap. 1. *Caminos del desarrollo psicológico*, vol. II, Plaza y Valdés, México, 1999.

Cabe señalar que la introducción de juguetes, considerados como el vehículo natural para la expresión del niño, son vistos por nosotros como muy valiosos y de **mucha** utilidad clínica, ya que representan el modo "natural" que tiene el niño de externalizar lo que siente y piensa, y al hacerlo se puede apreciar mejor y, por ende, facilitar la integración al *self* de su vivencia de un modo tanto afectivo como cognoscitivo.

Por su lado, Ormont (1989), quien también tiene experiencia trabajando con niños preedípicos, dice que estos pacientes viven en un mundo creado solamente para ellos, en vez de uno en el que existen otros con sus propios deseos y metas. Estos niños, dice, no pueden expresar sentimientos en relación a otros, además de que su vocabulario tan limitado no ayuda en esa tarea. En pocas palabras estos niños, según el autor, son más bien solitarios que miembros de un grupo. Un paciente de esta edad no puede articular sus problemas y sentimientos en palabras. El origen temprano de su malestar ocurrió cuando no había todavía palabras en su plan de desarrollo. Por lo tanto, al trabajar con estos pacientes sirve de poco la interpretación, tampoco se les puede confrontar. Lo que hay **que** hacer es fortalecer su Yo para ayudarlos a lograr lo que no se alcanzó antes. La técnica propuesta por este autor es la de abordar a los pacientes en sus sentimientos a través de reflexiones con él, de tener comunicación emocional con él, utilizar reconstrucciones **para** cerrar fallas del desarrollo y lo que se llama "inmunizar", que consiste en sensibilizar al paciente a un evento emocional conflictivo. Estas medidas, según el autor, facilitan mucho el trabajo con niños de esta edad. Nuestra experiencia, por otro lado, nos ha mostrado que éstos sí son capaces de verbalizar sus sentimientos, con la ayuda del terapeuta.

Niños en edad de latencia

Los niños en edad de latencia, si los comparamos con los edípicos o los preedípicos, tienden más hacia la organización de sus procesos mentales y por tanto de su conducta. Estos niños empiezan a tener de forma natural más actividades grupales en donde generalmente hay un líder y ya existen los roles y reglas bien establecidas. Generalmente también se unen en grupos del mismo sexo y excluyen casi de forma natural a los del sexo contrario, ya que se encuentran en un proceso muy activo de identificación genérica con sus coetáneos. Entre los autores que han trabajado con niños de esta edad tenemos a Speier (1970). Esta autora muestra su experiencia en la terapia de grupo de niños y niñas en edad preedípica y en latentes. Ella encuentra que hay una mejoría muy aceptable en aquellos niños con una problemática de tipo neurótico y no así en aquellos con problemas de organicidad. Ella destaca la selección de niños para este tipo de terapia, de tal modo que sugiere agrupar a niños por edades y por sexos, sobre todo a los latentes.

Speier piensa que los niños no necesariamente deberán tener el mismo diagnóstico. También menciona que no es conveniente introducir a los grupo a niños con hiperquinesia o demasiado activos o actuadores. Es importante también limitar la conducta dentro de los grupos siempre que ésta se salga de lo esperado socialmente. Esta autora favorece la interpretación de material simbólico y prefiere hacer interpretaciones individuales a grupales, de tal modo que el terapeuta deberá conocer bien la historia de cada niño. Si hay un niño que produzca mucha disrupción en el grupo y no permita trabajar a los demás, éste miembro deberá ser excluido del grupo. Después de la terapia grupal algunos niños podrán trabajar o seguir su tratamiento en terapia individual.

Los grupos de niños latentes son probablemente los que más frecuentemente vemos, quizá debido a que la mayor parte de los pacientes niños se encuentran en esas edades. Los grupos de esta edad tienen características específicas porque indistintamente emplean el juego, la verbalización, el *role-playing*, así como interacciones diversas en donde mezclan parte de las diferentes actividades señaladas. En estos grupos se pueden aceptar niños perturbados con chicos más integrados. Los niños más alterados pasan rápidamente por fases de rechazo, de contemplación-reflexión hasta la de integración y finalmente de protección (Kadis, 1963). Los chicos hablan libremente de sus problemas y generalmente el liderazgo lo van asumiendo dos o tres miembros quienes se unen de un modo no expresado (explícito) pero observado (implícito) de no agresión entre ellos, de protección y de lealtad, (Slavson, 1976; Bion, 1980).

El beneficio de que se haya hecho una buena selección de la analizabilidad de los miembros, pues concurren varios de ellos con diferentes niveles de desarrollo así como expresiones variables de psicopatología, permitirá que un grupo sea fecundo y que el trabajo productivo rescate a los miembros que lo comparten, (Rachman, 1979 y Ackerman, 1955). El grupo se orienta generalmente a expresar las bondades de su sexo y despreciar las del contrario, de tal modo que las actividades lúdicas como fútbol, béisbol, etc., así como los relatos de actividades de riesgo, son altamente apreciadas por los niños. Con mucha frecuencia las actividades del grupo suelen desarrollarse fuera del *setting*, sobre todo la práctica de deportes. Las mujeres son vistas en el grupo de varones con menosprecio, como de segunda. Se dice que la latencia es la época del "club de Tobi", y esta expresión no puede ser más adecuada que cuando se describe un grupo de esta edad. El grupo, en los niños, se orienta exclusivamente hacia lo varonil, excluyéndose cualquier elemento femenino pasivo o que cuestione los valores masculinos. Los elementos falicos (ganar, lograr, superar) son los ideales del grupo. Lo opuesto ocurre en los grupos de niñas.

El juego es generalmente compartido, el terapeuta alienta a que esto suceda y trata de neutralizar las actividades capitalizantes de algunos de los miembros y la exclusión de

otros, respetándose siempre al paciente pero tratando de vencer sus resistencias. La psicopatología de cada uno de los miembros es puesta en evidencia casi desde el inicio y la rica interacción entre los miembros y entre éstos y el terapeuta generan un tipo de transferencia-contratransferencia, que al evidenciarse va permitiendo la interpretación y consecuentemente, generando el *insight* y la curación anhelada. El humor casi siempre se desarrolla en el grupo, pero los afectos penosos también se liberan casi sin control, de ahí que el terapeuta, para poder entender y manejar dichas situaciones, deba tener tanto un adiestramiento formal como una supervisión adecuada.

Como ejemplo citaremos el de un grupo integrado por cinco chicos, de ocho a diez años de edad, que se encontraban en sesión cuando el quinto de ellos ingresa 10 minutos más tarde y por toda explicación, se abraza al terapeuta rodando ambos sobre el diván. El chico dice llorando: "Doctor, volvieron a meter a mi papá a la cárcel".

En relación con la interpretación como una herramienta del terapeuta de grupo con niños latentes, Resnik (1961) describe en un grupo de niños (tres) de nueve a diez años de edad, lo que para él representan las "fantasías primitivas" relacionadas a la escena primaria. Él piensa que los niños proyectan su Yo corporal en los límites del consultorio y éste les sirve como contención, naturalmente que también el terapeuta. Según él los niños proyectaron en él y en la observadora su imagen de la pareja parental. Los niños en este caso representaron partes de la excitación sexual de la escena primaria, lo que fue interpretado por el terapeuta. El autor piensa que por la edad de los niños es fácil que se expresen en el grupo fantasías tempranas, las cuales deberán ser motivo de interpretación. Se ha mencionado ya el trabajo con niños latentes de Dupont y Jinich (1993).

También de la experiencia de ver grupos de latentes y con problemas mentales severos, Lockwood (1981) trabajó en grupo, con chicos entre nueve y once años de edad. Los pacientes fueron catalogados con problemas mentales severos, muchos de ellos tal vez psicóticos y otros que hoy en día cabrían en la designación de *borderline personality structure*. Los pacientes fueron seleccionados de un grupo de 111 en base a su capacidad de verbalizar, independientemente de su psicopatología. El problema era que muchos de estos chicos eran muy impulsivos y se les quería hacer pensar, delimitar verbalmente el problema, asociar los sentimientos que tuvieron a raíz del conflicto, compararlo con experiencias previas y luego hacer un psicodrama o varios, en donde pudieran encontrar una o varias soluciones al conflicto. Los niños sorprendentemente mejoraron más de lo esperado. En general hubo una respuesta favorable de cerca del 80%, independientemente de la patología que tenían. Los que más mejoraron fueron los que habían asistido a más sesiones.

Aprovechando la capacidad de organización de los latentes y explotando su capacidad de fantasear, Davis *et al.* (1988) describen el uso de "genogramas" en la terapia limitada a 30 sesiones con niños latentes provenientes de familias fragmentadas. Los "genogramas" consistían en que cada niño describía en sus propios términos, del modo más amplio que pudiera, la organización y constitución de su propia familia. La experiencia observada fue que el uso de estos "genogramas" resultó muy útil para que los niños hablaran de sus familias, de sus sentimientos hacia los miembros de las mismas y que opinaran de las familias de los demás. A través de esto se identificaban con el hecho de que no estaban solos, ya que podían apreciar que los otros tenían problemas similares o idénticos a los de ellos. Cada niño hacía su "genograma", el cual era discutido por todo el grupo. Los niños mejoraron en disminuir sus síntomas y sentirse mejor afectivamente.

También aprovechando la capacidad de fantasear del latente, Smith *et al.* (1985) describen una forma de psicoterapia de grupo que según los autores da buenos resultados, aun cuando están también preocupados con el hecho de que necesitan mejores instrumentos para medir la eficacia del tratamiento. Consideran que el suyo se trata de un "modelo" que necesita de más investigación. Describen un grupo de cinco niñas entre cinco y diez años de edad. La mayoría de sus casos vienen de terapia individual o de terapia de familia. Ellos no aceptan casos en los que la diferencia entre fantasía y realidad representa un problema para el niño. Este grupo en particular se reunió durante trece sesiones, una vez por semana hora y media cada vez.

En este grupo había dos coterapeutas mujeres. Se trata de ir planteando a los niños que se van a caracterizar a través de actuaciones dramáticas las historias de un payaso, que ellos van a inventar. Conforme empieza el grupo se hacen pequeños ejercicios de actuación, por ejemplo el pasarse una pelota imaginaria entre ellos. Una vez que adquieren confianza se empieza a construir la historia, hecha por ellos mismos, de un payaso y se acaba por presentar dicha historia dramáticamente. A través de este ejercicio se aprecia la gran cantidad de sentimientos que son vertidos por el grupo y elaborados por ellos mismos. A la fecha de publicación de dicho artículo ya llevaban cuatro grupos, con buenos resultados.

La psicoterapia de grupo con niños siempre ha planteado la necesidad de tener grupos alternos a la terapia de los infantes, simultáneos para los padres. De este modo Parmenter *et al.* (1987) presentan un modelo a ese respecto. Se trata de un trabajo en el que se hizo terapia de grupo con niños de diez semanas de duración. Cada grupo de niños se reunía por una hora. Al mismo tiempo y con otro terapeuta se reunían los padres, también en grupo por una hora. Después de un pequeño descanso se reunían por

otra hora padres y niños juntos. Además durante el programa se daban dos sesiones a cada pareja de padres. Se hicieron seis grupos con esas características. El 80% de los niños mejoraron y mantuvieron su mejoría hasta por cinco años. Se admitieron niños con problemas de conducta y emocionales de severidad media, se descartaron niños psicóticos o violentos: Nuevamente se muestran las bondades de la terapia de grupo con niños con problemas clínicos moderados o leves.

Rabadán (1987), a su vez, nos presenta su experiencia de trabajo en psicoterapia de grupo en niños latentes. Para este grupo, que fue abierto, se excluyeron niños con un C.I. por debajo de 70 puntos, así como niños con psicosis o con daño cerebral. La mayoría de los niños presentaban problemas de adaptación y en sus relaciones interpersonales. Muchos de ellos tenían enuresis, encopresis, depresión o atraso escolar. Se trabajó en coterapia y se utilizaron juguetes. Se emplearon señalamientos e interpretaciones. Se trabajó con los padres en forma separada. El grupo duró 2 años y tres meses. La opinión de la autora es que hubo una buena mejoría sintomática en aquellos niños que fueron dados de alta, no así en los que desertaron.

Adolescentes

El trabajo en terapia de grupo con adolescentes ha sido también muy discutido. En 1970 (M. M. Salles) tuve la oportunidad de organizar un servicio de adolescentes en un hospital general pediátrico, para niños y adolescentes, que en aquel entonces se llamó IMAN (Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez), hoy INP (Instituto Nacional de Pediatría). Como parte del tratamiento ofrecíamos terapia de grupo a los pacientes que asistían a nuestro servicio. Los dividíamos por edades para asignarlos a un terapeuta. Formamos grupos de adolescentes de 12 a 14 años de edad, de un sólo sexo, de 14 a 16 de uno o los dos sexos, y de 16 a 18, de uno o los dos sexos. Puedo decir que los pacientes evolucionaron favorablemente, tal y como lo reportan la mayoría de los autores.⁴

Los adolescentes tienen características más definidas ya que cada vez se evita más el uso del juego como medio de expresión; el grupo es mixto, se pueden tolerar los silencios, la impulsividad de sus componentes es menor y la actuación interna (*acting in*) también es de menor frecuencia si la comparamos con los grupos de los menores de edad. Ackerman (1955) aconseja la integración en edades de 15 a 23 años, señalando

⁴ Algunos de los profesionistas que participaron en este proyecto de impartir terapia de grupo a adolescentes son: Dres. Sara Meckler, José Luis Martínez, Othón Tirado, Sergio González, José Avalos, Susana Sánchez, Carmen Nieto y María Luisa Serna, entre otros.

que hay una ventaja cuando los integrantes han tenido un proceso terapéutico individual previo, siendo el grupo un elemento de reforzamiento. En mi experiencia (M. A. Corona) prefiero hacer divisiones; así, integro un grupo de seis a ocho adolescentes que podrían estar representados por 40 a 60 % de un sexo y complementado por el porcentaje faltante con los adolescentes de otro sexo. Integro generalmente dos grupos, el primero en edades de 14 a 16 años de edad y el segundo de 17 a 22 años, la frecuencia es de una vez por semana y la duración es de hora y media a dos horas 40 minutos.

Un elemento que se utiliza con frecuencia y que ha dado excelentes resultados ha sido el uso de coterapia, preferentemente que el sexo sea contrario pues así se estructura la pareja parental idealizada y hostilizada (técnica similar a los grupos homogéneos pero con fines distintos; es más, en estos grupos no es necesario que los sexos de la pareja terapéutica sean diferentes, pueden ser dos hombres o dos mujeres). La búsqueda de la identidad, la integración y la consolidación son objetivos permanentes del trabajo grupal, que cursa desde el proceso individual de imitación hasta la identificación con los pares, para posteriormente integrarse en el grupo como tal, es decir, la identidad adolescente de grupo.

El narcisismo adolescente hace que el manejo transferencia-contratransferencia tenga ciertas peculiaridades: así se excluye al terapeuta como representante del mundo adulto y éste a su vez siente en dicha exclusión una devaluación de su trabajo y de su narcisismo constitutivo. Lo anterior expresado clínicamente podría verse de este modo; en el grupo se usa un lenguaje que sólo es entendido por los adolescentes, se realizan pactos entre ellos y se excluye al terapeuta, quien a su vez responde interpretando la satisfacción de triunfo edípico. Los pacientes se unen en contra del padre-terapeuta, a quien le restan parte de su omnipotencia y omnisapiencia. Interpretando esto en el trabajo grupal, genera una sensación ambivalente de logro en el grupo por el progreso alcanzado, aunque se siente culpa por dicho triunfo material que será motivo del trabajo grupal.

El adolescente en búsqueda de su identidad es un ser con cambios oscilantes defensivos entre los que se observan crisis donde expresa su baja autoestima, que contrastan con defensas maníacas donde la negación está reforzada por una expresión que llega casi a la euforia. En el grupo dichos cambios ciclotímicos son detectables y motivo también de trabajo. La necesidad de consolidar una identidad, la resolución del conflicto vocacional, de un proyecto de vida, el manejo de la temporalidad y el abandono de los objetos infantiles, metas que se espera sean resueltas en el trabajo de todo adolescente, por su naturaleza misma son generadores de gran ansiedad así como por el abandono del grupo familiar. El grupo permite la contención suficiente para promover dicho progreso libidinal del desarrollo.

Uno de los problemas en la práctica de la terapia de grupo ha sido la falta de parámetros para medir la evolución de un grupo normal (el proceso de grupo) así como la valoración de los resultados. Preocupados por ese tema, Berfeld *et al.* (1984) postulan que es necesario comprender cuál es el proceso normal de los grupos humanos, así como el resultado de dicho proceso, con el objeto de obtener datos más fidedignos al hacer investigación en grupos. Estos investigadores revisan la literatura y encuentran que los estudios llevados a cabo por H. G. Dimock, pueden representar ser los más adecuados para tal efecto. Berfeld ha propuesto clasificar todas las conductas grupales efectuadas por sus miembros en tres categorías bastante amplias: *a*) roles de metas, que permiten al grupo precisamente alcanzar sus metas, *b*) roles de grupo, que ayudan a éste a mantenerse como tal y *c*) roles individuales, que no ayudan al grupo en modo alguno.

Dimock pensó que los primeros estadios del desarrollo del grupo se caracterizan por una alta proporción de roles de meta, con roles individuales crecientes. Según progresa el crecimiento, las metas de grupo aumentan y las metas individuales decrecen. El resultado de este proceso de crecimiento se da en la formación de grupos maduros que muestran un balance razonable de roles de meta y grupales y pocos roles individuales: Estos estudios han sido realizados en adultos, por lo tanto Bernfeld *et al.* se proponen en éste trabajo corroborar lo anterior en grupos de adolescentes.

Para llevarlo a cabo los autores operacionalizaron las conductas que corresponden a metas de roles, metas grupales y metas individuales. Adiestraron a observadores, midieron su confiabilidad entre ellos, que fue de 80 y observaron cada hora de la terapia grupal tres veces por 10 minutos cada vez, utilizando 5 minutos para observar y 5 minutos para anotar sus observaciones. Se aceptó a 22 adolescentes entre 13 y 17 años de edad y sus diagnósticos variaron desde la alteración mixta de emociones y de la conducta, alteraciones de la personalidad y alteraciones de la conducta hasta la psicosis. Fue un grupo abierto que duró siete meses, con adolescentes que entran y salen.

Los resultados muestran que desde un punto de vista descriptivo los estadios tempranos del desarrollo del grupo se caracterizan por una alta proporción de roles de metas y una proporción baja de roles individuales y de grupo comparado con el estadio medio, y que los últimos estadios del desarrollo del grupo evidencian una alta proporción de roles de grupo, una baja proporción de roles individuales y una proporción similar de los roles de metas encontrados en el estadio medio. Si los pacientes tenían baja asistencia (menos de 15 sesiones) sus scores de conducta grupal eran bajos y si asistían a más de 15 sesiones, su conducta grupal aumentaba significativamente. Los autores concluyen, entre otras cosas, que lo observado en el proceso grupal en adultos se repite en la observación

de grupos con adolescentes. Por lo tanto, éste es un buen procedimiento para la medición de la formación grupal. También se comprobó que las observaciones clínicas de los adolescentes en su ambiente hospitalario demostraban una mejoría en dicho ambiente, la que correspondía a que tenían mayor número de metas grupales en su terapia.

En relación con la depresión en el adolescente, Beeferman y Orvaschel (1994) han tenido la oportunidad de trabajar con ésta mediante la terapia de grupo. Estos autores piensan que la terapia de grupo parece promisoría en estos casos. Es más, piensan que el resultado puede ser tan bueno como el obtenido con la psicoterapia individual; sin embargo, la falta de una correcta operacionalización del método y de la técnica, hacen difícil, según ellos, que estos estudios se puedan "replicar" y contrastar con otros.

En relación a cuándo se termina la terapia de grupo, algunos autores no parecen ponerse de acuerdo. Generalmente aceptamos que hablamos de terminación cuando un paciente ha logrado superar o cuando menos mejorar en forma significativa la problemática por la que consultó con nosotros. Esto ya determina que cuando no se ha logrado alcanzar dicho punto y no hay un consenso entre el terapeuta, el paciente y el grupo, se podría hablar entonces de una interrupción anticipada, "aborto terapéutico" o abandono. Yalom (1975), por ejemplo, señala nueve elementos deseables que de estar presentes nos hablarían de la posibilidad de una buena terminación. Dichos puntos se describen a continuación:

- El paciente adquiere conciencia de la dinámica emocional, siente que fue ayudado a adquirir conocimientos acerca de él mismo, de sus puntos fuertes y débiles, del patrón de sus relaciones interpersonales así como a conocer más sus motivaciones.
- El paciente puede reconocer que tiene similitudes con "otros".
- El paciente puede sentir interés positivo, aceptación y simpatía por el "otro".
- El paciente puede verse como es visto por los demás.
- El paciente es capaz de expresarse claramente y en forma congruente en el grupo.
- El paciente debe ser atestiguado de poseer sinceridad, valentía y franqueza ante los "otros".
- El paciente debe ser capaz de percibir que los "otros" le responden.
- El paciente debe sentir afecto y lealtad por el grupo.
- El paciente debe ser capaz de desahogar sus emociones.

Un elemento que debe destacarse en el trabajo con niños y adolescentes en cuanto a la terminación, sería que no sólo se busca la remisión sintomatológica sino la reintegración

libidinal que permita la continuación evolutiva del desarrollo. Pasaremos ahora a presentar la experiencia clínica con niños preedípicos y edípicos, latentes y adolescentes.⁵

Niños preedípicos y edípicos

Al grupo acuden tres niños: Beatriz, de cuatro años y ocho meses, asiste por tener problemas de relación con otros niños, manifiesta una regresión en su expresión oral, ya que habla como bebé, es agresiva, opositorista y presenta además succión del pulgar. Dicho cuadro clínico tiene una agudización desde hace año y medio, al producirse el nacimiento de su único hermano varón. Fernando tiene cinco años y dos meses y fue reportado en el Jardín de niños por aislamiento, opositorismo, agresión, "exceso de fantasía" y "mitomanía". Es el segundo hijo, su hermano mayor tiene 28 años. En su casa conviven este hermano con su esposa y una hija de cuatro años y siete meses de edad, que pasa a ser sobrina de Fernando.

Los padres tienen 44 años la madre-abuela y 46 años de edad el padre-abuelo. En su historia familiar son refugiados de un país socialista y estuvieron separados por 20 años, al cabo de los cuales el padre fugitivo pudo exiliar a su esposa e hijo; desde hace seis años radican en México. El chico se entretiene viendo documentales de animales, sin supervisión materna. Cuando se indagó con la madre acerca de esto, ella admite que en esos programas se observan escenas que pueden ser violentas para el niño. En alguna ocasión el pequeño presentó resistencia para dormirse debido a la angustia del material visto esa tarde.

Joseito tiene cuatro años y nueve meses y es el mayor de dos hijos, su hermana tiene dos años de edad. La madre refirió que este niño tiene un problema de identificación psicosexual. El chico se disfraza de mujer, se pone faldas, turbantes, collares, desea pintarse y usar maquillaje; en ocasiones se ha puesto zapatos de la madre así como sus alhajas. Está obsesionado por la "sirenita" y juega con la hermana a que él es la "sirenita". Desprecia los juegos con varones y prefiere jugar con niñas a las muñecas. Los primos y amigos del niño han hecho patente esta situación. En la escuela parece que los otros niños recién se están dando cuenta de dicha conducta, aunque al parecer los adultos ya lo saben y la madre piensa que los otros padres les han dicho a sus hijos que dejen de jugar con "ese niño", aislándolo.

⁵ Las siguientes viñetas clínicas, de niños edípicos y preedípicos, latentes, púberes y adolescentes, son del Dr. M. A. Corona.

En las sesiones se observa el carácter dominante e imperativo de Beatriz: ésta reta al terapeuta, no obedece y alienta a que los otros niños se unan a su deseo. Fernando se entretiene, mientras tanto, con un zoológico en miniatura de madera y sorprende al terapeuta por el uso de su lenguaje, ya que éste tiene las siguientes características: elevado, refinado y abstracto, pero muy inapropiado para su edad; así, por ejemplo, dice: "diga doctor, mi amigo, ¿es cierto que el gorila habita en zonas selváticas pero de tipo boscoso?" Es evidente que trata de llamar la atención del terapeuta con expresiones como las anteriores y además demanda atención cuando el terapeuta está atendiendo a otro chico, lo que muestra una clara rivalidad y el deseo narcisista de ser atendido y tal vez de ser el único.

Joseito, al que me dirijo como Pepe y no Pepito como lo nombra la madre, viene a la sesión disfrazado de Bat-man (le fue comprado traje a sugerencia mía, en vez del de Hércules, que era un traje que atraía a Pepe por la falda que usaba). Pepe se para en medio del consultorio, sin moverse, deseando ser admirado por todos; de repente hace expresiones como de enojo, como si tratara de asustarnos, parece que dice "volteen a verme"... "volteen a ver mi traje nuevo"... "miren qué poderoso soy". Yo verbalizo lo que creo que desea Pepe y éste sonrío agradecido, pero ni Beatriz ni Fernando se dan por enterados.

Beatriz se levanta de la esquina en donde se refugió y se había quedado sola succionándose el pulgar. Sin dejar de hacerlo, viene y pateo las figuras del zoológico que Fernando ha repartido en el piso. Éste reacciona con enojo y en un abrir y cerrar de ojos la avienta tirándola al piso. Ella, sorprendida por dicha acción, voltea en busca de mi apoyo. Sin embargo, cuando trato de hacerlo, olímpicamente me ignora, empieza a llorar y trata de abrir la puerta para salir en busca de la madre; trato de evitarlo y la detengo, incrementando con esto su desazón. Ella entonces voltea y con las manos y pies trata de pegarme, situación que impido. Poco a poco va decreciendo su furia, hasta que deshaciéndose de mis manos, se dirige al otro extremo del consultorio y con el dedo nuevamente en la boca se sienta en la esquina.

Pepe se va quitando partes del disfraz que le impiden moverse con libertad. Una vez hecho esto dice: "quiero dibujar", dándome más una orden que haciéndome una petición. Saco una hoja y le doy crayolas, plumines y lápices de colores; esta acción es imitada por Fernando. Beatriz, no deseando quedarse atrás, dice: "yo también". De tal modo todos se sientan en círculo. Beatriz me pide que le dibuje algo para que ella lo coloree; al escuchar esto los otros chicos también desean ser atendidos. Así le dibujo un venado a Beatriz, un elefante a Fernando y un superman a Pepe. Mientras ellos colorean, me doy cuenta de mi respuesta contratransferencial. Resulta que en los dibujos he

plasmado mi proyección-deseo de darle a mis pequeños pacientes el elemento central de su carencia.

Terminan y Fernando dice: "oye ¿y por qué ésta se chupa el dedo, eso es de niño chiquito" y el otro, refiriéndose a Pepe: "¿por qué habla como vieja y le gustan las muñecas?". Intento poner esa expresión como tema de trabajo. Así, les digo: "¿qué será lo **que** hace que Beatriz se chupe el dedo, será que lo hace cuando no le gustan las cosas **que** pasan o bien cuando no consigue lo que quiere? Yo creo que ella quiere ser chiquita para siempre, así como su hermano". Para mi sorpresa Beatriz dice: "no, él no chupa dedo... el chupa chichi..." y se ríe, logrando que el grupo, incluyendo al terapeuta, riamos al unísono. Esto genera un cambio en el grupo y como si Pepe se sintiera acusado pone en evidencia su musculatura y reta a Fernando a jugar "luchitas", el cual de inmediato acepta y es el terapeuta el que tiene que controlar dicha demostración de fuerza.

Termina el tiempo y el grupo sale corriendo. Sin embargo, los niños son enviados de regreso por las mamás, reforzando mi petición de que tienen que guardar los juguetes utilizados durante la terapia ingresan nuevamente al consultorio para guardarlos. Tratan de aventar los juguetes a las gabetas, acción que es controlada nuevamente por el terapeuta. Una vez que han guardado el material, se despiden formalmente y avisan de verse la próxima semana.

Niflos latentes

Se trata de un grupo de niños en edades de nueve a diez años. Son las cuatro de la tarde. Manuel es el primero en llegar, lo hace en compañía de su madre quien me saluda desde la puerta. Él se aproxima y picándome las costillas y en baja voz me dice "Hola, Corona", sonrío y lo saludo mientras su madre pretende regañarlo. Manuel asiste por los problemas derivados de una enfermedad congénita del corazón, mide 102 c y tiene diez años; se queja de ser agredido por su estatura y ser llamado "enano zotaco", "chaparro" y en el mejor de los casos "chiquito", tiene una escasa participación deportiva a pesar de su gusto por todos los deportes. Su socialización es también pobre, siendo esto parte de las demandas que ha verbalizado.

Aparece otro niño en la puerta, una llamada telefónica interrumpe su llegada. Con testo el teléfono y resulta ser la madre del chico que está llegando (la madre-disculpa).⁶

⁶ Este apodo de la "madre-disculpa" se le impuso en la escuela, ya que cada vez que la madre se presentaba allá para comentar algo acerca de su hijo (lo cual era generalmente visto por el personal escolar como una interferencia relacionada a que ella no dejaba que su hijo se explicase por sí mismo), ella decía por él: "disculpa a Aaron por esto o por lo otro", etcétera.

Dice ella: "disculpa, "es el Dr. Corona?". Sigue ella diciendo: "disculpa a Aarón por no haber ido a la última clase, disculpa a Aarón por no llevar el cheque... disculpa..." Yo interrumpo y digo: "disculpe... pero aquí está llegando su hijo". Ella me pide se lo pase y por espacio de dos minutos aproximadamente éste recibe instrucciones o finge que las oye. Se acaban de separar, ya que la madre le llama del teléfono del auto, justo enfrente del consultorio y al parecer ella no tolera dicha separación.

Aparece en la puerta Hans, quien llega en compañía de su abuelo. Éste me saluda con la formalidad que le caracteriza, pregunta por mi salud y la de mi familia (a la que por cierto no conoce). Tiene un fuerte acento alemán, sus ojos son azules y se encuentran rodeados por un halo senil, su cabello parece blanco-azul. El abuelo parece doblado por la espalda, lo que reduce su alta estatura. Su traje viejo y cosido en muchos sitios... me provoca recuerdos y gran simpatía. Hans contesta en español lo que su abuelo le dicta en alemán y así éste me saluda. Hans es el último chico que se incorporó al grupo, hace cinco meses. La madre, a quien solo vi en esa ocasión, decidió a sus 40 años que era apropiado tener un hijo y buscó entonces al compañero teutónico ideal. A éste lo liberó de cualquier compromiso solicitándole lo que le urgía completar. Al nacer Hans, olvidó lo prometido y lo demandó ante el gobierno alemán, el cual a su vez lo obligó a dar una indemnización. Éste lo hizo y Hans, *ipso facto*, perdió la oportunidad de tener un padre.

La solicitud de tratamiento para Hans fue hecha por la madre con una verborrea maníaca; dijo ella: "la psicóloga del colegio (que está chiflada), lo recomendó a Ud., porque Hans no tiene amigos (que de nada valen la pena). No cumple en el colegio, en la casa, como loquito; me desnudo y me ve con... morbo, lo cacheteo y me evita, el otro día hasta me detuvo las manos el muy maldito... ¿valdrá la pena que venga?... lo traería mi padre ... Yo estoy muy ocupada... y él para que sirva de algo... claro... hace una colusión con él ... ya que él fuma, ofendiendo a mamá y roba también comida. Le da dulces a Hans a pesar de la prohibición del dentista, sí, y mi padre parece un niño, porque es un irresponsable a pesar de tener casi 90 años".

Aarón termina su conferencia telefónica, no saluda, no da las gracias por el uso del teléfono... mira a su alrededor... trae tenis nuevos desabrochados, pone el pie encima de la silla para abrocharlos... Manuel le dice: "qué 'padres' tenis, ¿cuánto te costaron?", a lo que Aarón contesta en un tono violento .. ."en tu maldita vida podrás comprar unos como éstos". La sorpresiva respuesta nos dejó mudos. Yo le digo: "por qué no abrochas los tenis en el piso", él contesta: "ya... dime cuánto es ... cóbrame... que te los pague mi papá"... Yo digo: "buenas tardes, Aarón, bienvenido de regreso al grupo", silencio.... silencio doloroso que es interrumpido por ruedas de patines. ... una cara se asoma por la

puerta. Oculto el cuerpo; "una gran sonrisa y manchas de barro y de otros materiales se mezclan entre la boca, nariz y pecas; una gorra de los *Bulls* volteada hacia atrás corona y cubre el pelo, en las manos una patineta que mueve nerviosamente___Dice: "Hola..." Yo respondo el saludo y lo nombro: "hola, Elias..." Éste reacciona fingiendo enojo y me confronta exigiendo su identificación. Yo pretendo apenarme y le digo "perdón Michael... hola Michael" (por supuesto "Jordan"), él sonrío y vuelve a decir: "hola".

Detrás de él, casi oculto en su totalidad se encuentra Salo. Entra Elias y Salo queda solo, como desamparado... Elias dice: "me encontré a éste allá arriba... estaba en el coche con su mamá y me lo traje... no quería bajar solo..." y agrega, cambiando el tono de voz y burlándose: "Ay sí, mi mami.... mamita, me da miedo, uy". Salo, entrando responde: "ya Elias.. ya..." Los chicos voltean a ver que Salo trae patines y éstos son nuevos, le hacen comentarios y preguntas... "qué 'padres' están, ¿cuánto te costaron, son marca X?, ¿en dónde los compraste? Salo sonrío... y pareciera que contestara: "me los compraron en Liverpool mis abuelos, me costaron..." Me doy cuenta que eso es lo que me gustaría que Salo dijera... pero sólo es mi fantasía la que responde. Sé que mucho se ha ganado porque ahora ya no grita... y ya no avienta cosas, se exaspera o se ríe en accesos. Aaron ha quedado relegado de la interacción anterior, sentado con cara de aburrimiento y para exasperarme a mí mantiene un pie encima de la silla... Elias le dice: "híjole, qué 'padres', tenis, ¿y se inflan?"

Aarón permanece en su estela celestial... no le contesta y Eli le dice: "ay, mira, eres un mamón". Aarón no contesta y saca un *pin-ball* en el que juega en forma solitaria y nadie le menciona nada, incluyéndome a mí. Eli pregunta: "¿qué hacemos?, ¿a qué jugamos?", se sienta en el piso y como si invitara al resto del grupo, nos sentamos al mismo tiempo. Salo se sienta en mis piernas y será la costumbre, pero a nadie sorprende ni dicen nada. El grupo no expresa, voltean a verse y continúan meditando. Hans comenta intempestivamente: "a lo mejor voy a ir a Disneylandia ... con el abuelo.. bueno ... él dice que está muy cansado... y mamá tiene que trabajar ...". Eli dice: "yo iba a ir ... pero, bueno, (con un tono triste) otra vez se enfermó mamá ... ¿te habló, Corona?" Le contesto: "No .. ¿tenía que hacerlo?". "Es que nos peleamos. Ella siempre está de malas ... y triste... y se la pasa llorando ... papá... en la tienda ... o con sus amigos".

Le propongo que nos cuente y dice: "mi madre tiene que ser nuevamente radiada... se la pasa en casa de los abuelos; en mi casa no hay nada, ni comida... hoy me traje el chofer de mi abuela... se me olvidó el *short* de deportes y me reportaron... mis papás se pelearon y no se hablan, en casa de la abuela hablan mal de él ... dicen que es muy egoísta.. ¿y sabes?, sí es cierto...". Manuel dice: "híjole, por eso no veniste la otra vez ¿verdad?". Hans: "ni la otra...". Eli: "híjole no ... no me acuerdes ... creo que la mamá

de Salo dijo que iba a pasar...". Un ruido detrás nuestro interrumpe, volteamos y vemos cómo Aarón avienta el juego al no poder acertar en el mismo... mientras dice: "esto es una porquería... una cochinateda ... Corona, puros juegos chatas tienes ... y éstos ... carajo, mejor me quedo en la casa..."

Eli (riéndose): "oye, Aarón... Aarón (dicho esto con mucha picardía), Aaroncito ¿te cortaron el huevito?"; y se ríe ... después se ríen los otros (Salo creo que se ríe por imitación). Aarón tornándose rojo dice: "babosos... me hicieron la cripto... cripto... no sé qué mamada ...cripto qué, Corona?". Manuel: "nada... te cortaron los tenates y te volvieron joto". Todos se ríen. Aarón se dirige a Manuel le "mienta la madre" y éste le contesta y le dice: "yo sí te la parto, buey ...". Viendo que no lo apoyan Aarón opta por quedarse callado... silencio... Aprovecho y explico el descenso testicular del cual fue objeto Aarón. Parece que a nadie le importa. Sin embargo, Hans lo relaciona con la circuncisión (*tur, briz*, dicen los otros). Yo vuelvo a explicar pero me doy cuenta de la ansiedad de castración que genera. Manuel pregunta: "¿los testículos pueden subirse por jalársela?", y se ríe más por ansiedad ... lo acompañan las risas, risas ansiosas... esperan mi respuesta. Ahora la atención se ha vuelto extrema, hasta la de Aarón. Aprovecho para integrar la sesión y dar un cierre.

Digo: "Hay ocasiones en que sentimos que pensamos algo malo o hemos hecho cosas que no son permitidas y sentimos que debemos tener un castigo por ello". Manuel interrumpe: "... sí, en el colegio dicen que si tenemos malos pensamientos es pecado, yo ya me confieso y comulgo, y si te la jalas no puedes hacerlo ... o si has visto a alguna... que esta encuerada y así ... que se le vean, eso es pecado..." Hans, como excitado, habla de sus logros en el catecismo y dice la penitencia que corresponde a los pecados. Los chicos judíos no entienden, no interfieren y al final la conclusión es: "Se pueden tener malos pensamientos y masturbarse ... si prometes no hacerlo, vas, te confiesas, te dejan rezar y zas ... y ya no pasa nada... Aarón pregunta: "¿y si te vuelven a dar ganas?". Manuel le contesta: "ay. qué buey eres, pues te vuelves a confesar".

Aarón, con cierta humildad, preguntó: "¿y esto del huevo... de lo que me hicieron... es cierto que uno puede tener hijos?". Le explico que la angustia que provocó su cirugía no tan sólo fue en él sino en todos sus compañeros, y por eso es mejor hacer chistes para expresar el miedo de que los cortaran (mutilaran, circuncidaran, cirugía, etcétera). Todos lo aceptan y lo avalan con su silencio; yo agregó que ese día se dijeron cosas muy importantes. Aarón con su actitud trata de tapar lo débil y vulnerable que se siente, así como lo solo que está, callado, no dice nada. Las miradas se dirigen a Salo, que pareciera adivinar y nos dice en su forma de expresarse el porqué de su enfermedad: "hoy (ayer) vino mamá de dar terapias..." ("¿por? ..." preguntan), "ella es como Corona,

doctora (psicóloga) y estábamos comiendo (cuando) papá dijo: 'miren a su mamá qué rápido se cambió, véanla en la tele (nombra a un personaje de telenovela) y ya está aquí...' (el padre es un esquizofrénico, está medicado y tiene varias hospitalizaciones). Explico lo confuso que debe ser para Salo lo que su padre dice, si lo es para nosotros, y que esto debe generar la forma de ser de Salo, de no poder estar solo y que siempre quiere a alguien que le explique, le tienda la mano. Por toda respuesta, Salo sonrío conmigo.

Eli (como si dijera "sí" o "presente") levanta el cuello y se yergue. Le contestó: "provocas en el grupo alegría y gran simpatía, pero siento que la tristeza por la enfermedad de tu mamá (quien fue amputada de ambos senos por dos cánceres diferentes y luego castrada por la influencia hormonal sobre el cáncer, da la impresión de una madre-niña), te genera llanto, tristeza, al igual que en ella y por eso se pelean... y papá a lo mejor reacciona yéndose...". Manuel se agacha y trata de pasar desapercibido, como es su costumbre, se adelanta y dice: "sí, yo estoy mal del corazón y por eso no juego fut, tenis ni nada, pero además me dicen zotaco...". Los chicos se ríen por lo espontáneo de su decir pero rápidamente les hace señas (caracolitos, violines. etc.). Me dirijo a Hans y le digo: "creo, Hans, que en ti el vivir en un ambiente de adultos, donde parece que están siempre enojados, las mujeres son las fuertes ... creo que tu compañero de juegos y cómplice es un poco mayor que tú y efectivamente se cansa, a lo mejor sería conveniente que tuvieras amigos de tu edad...".

"Bueno, cierro la sesión, tenemos que interrumpir, son las 17:30 y hoy ha sido muy importante lo que revisamos". Hans sale sin despedirse y es obligado a hacerlo por su abuelo. Salo va a abrazar a su madre pero da la impresión de que casi se fusiona con ella, quien se despide e invita a Salo, mientras él sólo dice algo ininteligible. Manuel aprovecha un descuido mío y desconecta los aparatos de mi consultorio, apaga las lámparas de la sala de espera y la luz del pasillo y es reprendido por su madre, quien dice: "Ay, doctor, qué haré con este niño"... y en voz baja me da las gracias; para tomar aire y gritarle "¡espérame, Manuel!" Éste entra al elevador junto con Aarón... Eli brinca a su patineta y lo repite de la alfombra al piso de parqué del pasillo y de éste al elevador; en el último momento en que se cierra la puerta, alcanzo a escuchar un "adiós. Corona...". Suena el teléfono y una voz me dice: "disculpe, doctor ¿ya subió Aarón?".

Púberes

Hay gran similitud en su composición, características y funcionalidad, si los comparamos con el grupo de latentes. Sin embargo, algo específico de este grupo es su sexualización, erotización o para llamarlo en palabras sencillas, su gran interés por los

temas de contenido sexual. La masturbación es un tópico generador de ansiedad, pero que casi nunca está ausente, en cada sesión, como una mención. El terapeuta es en muchas ocasiones solicitado como mentor u orientador, función que debe aprovecharse porque en el aspecto de transferencia positiva permitirá el trabajo de otros tópicos de gran importancia para el grupo.

A manera de ilustración, en una ocasión estando jugando un juego de mesa en el piso los cinco púberes y el terapeuta, cuando uno de ellos se incorpora para alcanzar una libreta y un lápiz para apuntar, al incorporarse voltea hacia la ventana (mi consultorio se encuentra en una zona de edificios para oficinas y justo frente a mi ventana hay uno de oficinas telefónicas) y dice: "Se están desnudando, se están desnudando". Todos nos levantamos sorprendidos, y al voltear a ver lo que Joel nos mostraba, nos dimos cuenta que una secretaria quizás con un poco de calor se despojaba de su suéter.

Una experiencia interesante la representa el grupo de mujeres puberales a las que es importante auxiliarles en el paso que media entre la pubertad y la adolescencia, ya que este periodo transicional generalmente cursa con una serie de temores en los que plasman la fantasía de ser ya incluidas en el rango adolescente valorando y magnificando sus logros físicos en el desarrollo. Los temas de noviazgo, embarazo, relaciones sexuales, etcétera, son con mucho el elemento con el que colorean el contenido de sus sesiones.

Las dificultades con la madre pareciera ser la norma, también el sentirse no entendidas y la búsqueda de una identidad que se aproxima. Observar a su par y desen asemejarse a ella ocurre frecuentemente. La conducta imitativa es un factor dominante en el grupo. La comunicación es fragmentada, se usan estereotipos que para el adulto resultan un enigma indescifrable, pero ellas lo entienden perfectamente y les da una identidad grupal. Además del empleo del lenguaje simbólico, sus interacciones ruidosas, la coprolalia y búsqueda de objetos parecen ser los rasgos propios de estos grupos.

Adolescentes

En la sala de espera se encuentran dos de los cinco integrantes del grupo, conversan entre sí y ríen sin inhibiciones, los saludo y me corresponden, Daniel se incorpora y me da un fuerte apretón de manos; en su expresión corporal noto un "qué bueno que regresé", y yo lo valido al decirle: "bienvenido"; sonrío y, como apenado, sonrojándose, me agradece. José, testigo mudo (como es su estilo), sonrío satisfecho y al pasar entre reclamo y broma me dice: "hola, Corona", como si con ello quisiera decir: "¿qué, a mí no me saludas?". Una vez sentados, ingresan conjuntamente las mujeres del grupo, Elizabeth, la coterapeuta, y las dos pacientes, Vivian y Raquel. Sorprendidas de ver a

Daniel, le sonrían, lo saludan efusivamente y éste se toma muy apenado, volviéndose a sonrojar, elemento que hace que las chicas se burlen de él. Darío abre la puerta sin tocar y saluda sentándose presuroso y disculpándose por los minutos de tardanza, se fija en todos y le tiende la mano a Daniel mientras le dice: "¿tú eres el nuevo?", bueno, no, quiero decir, yo soy el nuevo, porque ya me habían hablado de ti". Daniel le dice: "mucho gusto" y Darío, adelantándose dice: "Yo quiero hablar... es que me pasaron cosas muy gruesas...."

La efervescencia creada por la presencia de Darío capitaliza la atención del grupo, y yo (el terapeuta) tengo que usar un recurso técnico y así, en un tono de voz alto digo: "parece que Darío nos quiere hablar, sí Darío, decías...". Darío, como ensimismado retorna al grupo con mis palabras y dice: "ah... sí., bueno... pues... sé que porque soy joven, creo que el mas chico de aquí..."; le interrumpen para preguntarle cuántos años tiene, a lo que contesta que 19. Como si fuera invitación a manifestarse todos y cada uno van dando su edad, José 22, Daniel 22, Vivian 20 y Raquel 21... "Bueno —continúa Darío—, pues resulta que ya ven, que no tengo amigos y que a pesar de estar ya en esta universidad desde hace año y medio, pues casi no me llevo con nadie; total, vinieron mis amigos de Morelia y tuvimos un reventón...", y así va narrando cómo en un ambiente festivo fueron a un bar y la chica de sus sueños se le lanzó. Él estaba muy contento pero muy asustado, "no me lo creía", decía. "Bueno —siguió—, pues nos corrieron [del bar], ya iban a cerrar, y todos sugirieron ir a mi departamento. Yo me opuse...". El grupo censura. "No, no... de veras...", asegura Darío.

"Bueno, creo que debemos permitir que Darío termine", agrego yo y éste continúa: "lo malo... lo malo, no estuvo ahí... bueno, ya la había regado y es que de seguro iban a chupar, ya 'empedarse', y a sacar sus churros de mota, a tener sexo y zácateñas... que les aviento un *speech*... grueso... les hablé de los valores morales, de la lejanía de Dios... para qué les cuento... todos se fueron a dormir a un hotel... yo me sentía mal, pero ni modo. Al otro día los ví, fuimos a un bar y la chica, como si nada... tomamos y de repente a la mitad de la conversación y dejándome con la palabra en la boca, se levantó y se fue con otro a bailar sin decirme nada... yo me aguanté un rato y después me salí y_ creo que a nadie le interesó mi ausencia, así como tampoco que me hubiese quedado más tiempo, fui a la casa y escribí una carta muy gruesa... muy gruesa... diciéndole a ella que era una p... y pues después la rompí... y otra vez salí y me he sentido muy deprimido... me acordé de cuando era niño y tenía la fantasía de ser sacerdote e incluso jugaba con mis sirvientas a 'oficiar misa'... sí, no se rían... (refiriéndose al grupo)... es que yo era muy fresa, en mi casa hasta la 'sirena' de las barajas de lotería tenía brassière...". Reímos todos para tomar otra vez el tono reflexivo y de escucha. Darío termina su relato y espera que se le diga algo. El grupo en silencio.

Hay reflexión del terapeuta y del coterapeuta. Así, la co-terapeuta dice: "pareciera que cuando te sientes con deseos... cuando quieres materializar un algo... te sucede que en tu interior surge una oposición y es cuando te sale un tono de voz enérgico, en el que censuras a todo y a todos...". Silencio... él acepta...: "Sí... yo creo que yo hubiera deseado estar con Mariana... pero... no me entiendo, primero como solo con ella... luego... no... por qué, que tal si pasa... y luego sí quería que pasara". Daniel dice: "creo que te entiendo porque es lo mismo que a mí me pasa; quiero algo y después ya no... pero terminante, radical, déjame te cuento lo que a mí me pasó... que también fue algo grueso, creo que tiene que ver conmigo desde niño... o sea que... pues siempre me ha pasado... yo... yo... vine aquí con el doctor desde que era un niño... siete u ocho años creo que tenía y me fui como a los doce... y luego volví hace dos, e interrumpí hace dos meses...". El grupo se ríe al mencionar la interrupción, y él dice: "...bueno, eso después lo comento...". En el silencio que guardan todos se perturba y dice: "no... es que... me dio miedo... quizá... de saber algo que a lo mejor... bueno, qué sé yo... y bueno, creo que tendré que trabajarlo, ¿OK?"

"Como decía, vine desde niño después de que mis papás se divorciaron y de que mi mamá tuvo que trabajar/u// *time*. Yo pues me quedé solo y me hice... soy... muy inseguro; bueno, después de que me fui... pues más o menos la hice... pero volví hace dos años porque empecé con un dolor en el epigastrio de tipo ulceroso...". Raquel pregunta dónde era el dolor, y Daniel: "aquí, pues en la boca del estómago... bueno, se debió a que estudiaba medicina y me sentía tan angustiado que todo el día estaba así, hasta ni podía dormir... bueno la hago corta, dejé la carrera a pesar que tenía un buen promedio, pero me di cuenta, nos dimos cuenta, ¿verdad, Corona?" Yo le digo: "sí, Daniel. Daniel continúa: "bueno... que no era para mí ni estaba convencido... e iba a llegar como cadáver si seguía así...". Interrumpe Raquel: "eso si llegabas", le dice. "Sí, bueno, ahora, ¿por qué regresé?, o más bien ¿qué pasó?. Pues conocí a una chava...". Las chicas dicen: "bien, muy bien Daniel". José dice: "ya era hora". Darío, sorprendido, voltea a ver a cada uno como buscando explicación. Daniel lo capta y le dice: "mira, tuve una novia tres años y medio, la corté y no volví a salir con nadie en cuatro meses... y ahora... bueno... pues esta chava buena onda, súper... súper cuero (la describe como una belleza), y bueno algo rara... medio *hippie*... nos íbamos a la Marquesa a meditar... de la onda muy ecológica. Total, me invitó a una fiesta rarísima, en una bodega, con pura música industrial, gente muy rara... y de repente que me aparece con "éxtasis"... yo me saqué de onda (se siente en el grupo una tensión y Daniel la capta), no espérense... primero no quise y total lo partió y se tomó la mitad y yo dije, bueno, pues qué puede pasar y que le entro, me sentí muy padre, muy deshinchado, contento, como *hapizón*

pero sin estar borracho y la pasé bien; en la semana no la pude ver, porque siempre tenía un pretexto... o me decía que no podía; total, me citó para otra fiesta y me dijo que llevara a unos cuates; la fiesta, igual: música industrial, todos de negro, chavas cuerísimas pero bien pasadas, ahí la encontré y me dijo: ¿quieres otro (éxtasis)?, sí... bueno, pues te cuesta 100 varos..."; yo pensé que era broma, pero no... me dijo: 'ahora que si éstos se enrolan... pues tu *free*... es decir, mi chavo, gratis, de a grapa'. Los gemelos, mis amigos, sacaron su lana y así los tres le entramos... al rato empecé a beber y cuando quise ir y estar con ella, que me doy cuenta que andaba con otro chavo que era su novio, me sentí muy mal... y seguí bebiendo hasta que después de un rato me salí, me fui a mi casa y me sentí bien *down*... lloré... y como cuando era chavo (niño) así me sentí, de solo y de mal... he intentado hablarle y se niega... y bueno... dije, pues voy con el grupo., y pues... aquí estoy... (silencio en el grupo)... ¿estoy en broncas?... sí?... ¿la chava es una *pusher*?

Con cierta inhibición inicial, uno a uno de los integrantes del grupo le confirman su percepción y lo alientan a que continúe con el grupo. La coterapeuta le dice: "qué bueno que estás aquí con nosotros". Interrumpe su participación al ver que Raquel llora intensamente, tomando uno y otro pañuelo, para depositarlo casi de inmediato en el cesto de papeles empapados. La observamos y trata de sonreír... y negar que algo está sintiendo, por toda expresión dice: "ay, qué tonta, ¿verdad?... lloro por nada...", y su llanto pareciera que contradice lo que ella quiere expresar. El terapeuta le dice: "creo, Raquel, que en tu interior están pasando cosas que quieren salir, y tú te empeñas en cerrarles la puerta. Interrumpiéndome, me dice: "no... no quiero hablar... no ahora... déjenme un rato y después... después..." dicho esto ultimo con tal energía que lejos de ser una súplica parece una orden... silencio...

José, tímidamente en su inicio pero firme a medida de que va surgiendo su discurso, dice: "yo quiero contarles lo que ha pasado en mi vida... bueno, pues resulta que fui con mi papá...". Raquel pregunta: "¿cuál papá?"; él con un tono de indiferencia contesta: "mi papá papá". José continúa: "bueno y entonces me dijo: mira José, yo creo que tus hermanos y yo queremos ir a esquiar, así que te invitamos... yo le dije que sí, pero no sé, porque en mi otra casa, es decir, mi papá ya me había invitado, entonces mi papá se enojó y dijo: 'te estamos invitando y queremos estar toda la familia junta... y pasar tus últimas vacaciones en México con nosotros'; yo le dije: 'déjame preguntarle a mi mamá...". Interrumpe nuevamente Raquel y le dice: "oye, José, yo no entiendo ni madres... me hiciste bolas... y ahora ya no sé qué onda, mira... es que...". Vivian dice: "sí, yo tampoco entiendo, tu papá papá es Pepe... tu mamá... es tu mamá..."; todos se ríen. "Quiero decir, a la esposa de tu papá, a ella no le dices mamá ¿o sí?" "No, le digo por su nombre, Tere". ¿Y al esposo de tu madre?... "No, a él sí le digo papá". Vivian dice: "me cae que sí es un desmadre".

Terapeuta: "Puedo intentar auxiliarte". Tímidamente me contesta que sí. Miren: José y Carolina tuvieron a José (nuestro amigo) y nunca se casaron, ambos formaron sus familias, José con Tere y tienen tres hijos que son..." (pidiéndole ayuda con un gesto, lo invito a que los cite por su nombre). Entonces José dice: "Mi papá está muy contento con su nombre y por ello yo me llamo como él... mi hermano se llama Joseph, mi hermana (una de las gemelas), Josefina y la otra, Joaquina, pero le decimos Quina ... y por el otro lado están mis papás —dice nuevamente— Carolina y Andrés, mis hermanos Marta, Pedro y Mario". Terapeuta: "Pero tu confusión ha sido...". Interrumpiéndome, dice José: "que estoy en una casa y de repente en la otra y me hago bolas, y creo que los confundo, ¿no es así?"

Vivian (enrojeciéndose) dice: "sí, eso es una proyección de la confusión de tu identidad...". Los muchachos preguntan: "¿qué?... ¿te aplaudimos o qué?", y el terapeuta comenta: "Avalo lo que dice Vivian, es totalmente correcto". Vivian, sintiéndose apoyada, dice a José que continúe con su relato y así José comenta que los problemas con su madre y padrastro han continuado, que siente una preocupación porque discuten todo el día y han amenazado con divorciarse: "todavía mi papá no perdona lo que pasó hace dos meses". Daniel, interrumpiendo, pregunta qué paso. "Pues, nada, que mi madre se internó en un hospital para hacerse cirugía plástica reconstructiva de todo". Daniel: "¿de todo?..." José: "sí (con cierta pena que se transforma en coraje): cara, parpados, cuello, aquí (señalándose el tórax) Raquel interrumpe y dice: "tetas y nachas"; el grupo en silencio como apenado y Raquel pregunta: "¿Qué, dije algo malo?" José: "Bueno, después de hacerlo y estar recién operada se complicó y le avisaron a mi papá... y a mi otro papá... y luego llegó Tere... y todos en el hospital y se armó una bronca".

Daniel: "oye, perdona pero tu mamá ya ni la..." Vivian, "ya ni la friega". José: "sí... fue algo muy malo... bueno, yo creo que por eso estoy enojado yo también, y luego mi papá... mi papá Pepe... viéndose a escondidas con mi mamá... y... pues no es que hagan nada malo... pero ¿se imaginan si lo saben sus respectivos?..." Darío: "y por eso te quieres ir a estudiar fuera...¿o no?... yo te lo digo porque eso fue lo que me pasó cuando mi padre murió... mis ocho hermanos se fueron de casa y yo, el más chico... no... para qué te cuento... cargar con una madre histérica y deprimida... no... yo paso". Coterapeuta: "que bien, Darío... qué bueno que te estés percatando de ti mismo viendo en otros lo que te está pasando a ti...". Por toda respuesta éste sonríe satisfecho. Terapeuta: "Yo estoy de acuerdo con lo que se te ha dicho, José, yo creo que tu confusión de tener dos papás, dos mamás, seis hermanos, dos casas tan opuestas (una de ricos y la otra de pobres) te ha hecho que seas un observador callado, callado, pero muy enojado". José: "Sí... pero eso ya se acabó, y por eso me le enfrenté a mi papá... y después de que éste se sonrojó y

empezó a tartamudear me dijo: 'hijo, ¡te está sirviendo tu terapia!...', pero qué pena que vayas a tener que interrumpirla".

Daniel: "Me fui dos meses y mira qué cambiado estás... y sí... qué pena que te vayas a ir". Raquel ha permanecido callada y nuevamente llora en silencio, captura nuestra atención cuando nuevamente toma con mucha ansiedad el pañuelo. Terapeuta: "Bien, Raquel.... te escuchamos...", le digo como una invitación, pero una invitación energética... que espero sea empática. Raquel: "No... mejor no hablo... mejor la próxima sesión... al cabo no hay tiempo... y ni es importante..." (empieza a llorar)... llora fuertemente... de repente se calla y dice: "ya bueno... ya es suficiente..." como si hablara consigo misma y sonrío al grupo. El grupo silente... no responden a sus sonrisas. Vivian: "Por qué no nos permites que te ayudemos y te ayudes...". Raquel interrumpiendo y como es su costumbre en voz alta y fuera de tono afectivo, inicia su relato por el final y dice: "Pues ¡aborté!... ¿ya?...". El grupo queda en silencio y el terapeuta le pide que les cuente.

Raquel: "Pues aborté... qué, ¿quieren los detalles?... no, mi hijito, a divertirse al teatro. Bueno, está bien...", y así narra cómo ante las vacaciones de mitad de curso, en las que ya había programado salir al extranjero, advierte que está embarazada, se alia con la madre y planea su aborto en una ciudad del extranjero...ahora es su madre la que se sorprende por su respuesta indiferente posterior al aborto: en sus palabras, "me di cuenta que estaba en estado... me hice la prueba... luego fui con un mono... perdón... un doc y me confirmó con un estudio de la panza, ¿como se llama?"; el grupo, al unísono contesta: "ultrasonido". "Bueno, y dije: 'chin si mi cacha mi papá me va a madrear... y a mí y a mi mamá no nos va a bajar de putas...' porque ustedes ya saben, él es un macho cabrón y se emborracha y nos golpea... él dice: 'si algo le pasa a la niña (o sea yo) tu te mueres' (dirigiéndose a la madre y a mi hermano); bueno, pues en Estados Unidos me hize el chunche ese...". Terapeuta: "legrado...". Raquel: "no... no es legrado... te lo chupan como aspiradora... bueno, que me lo sacan... y le dije al monito, a ver tú, enséñame... así, *"let me see that shit..."* el doc se enojó... y a mí... pues me valió... buey... pues si yo pago... bueno... de ahí salí de buenas y le dije a mi mamá: 'tengo hambre, vamos' a desayunar... mi mamá como 'loca' que me regaña... '¿a poco tienes hambre?... ¿y tú qué crees, pendeja?...' dije... bueno, dije dentro de mí... y desayunamos, en menos de una hora ya estaba yo de *shopping...* y así pasó..."

Terapeuta: "¿Y por qué será que ahora estabas llorando?". Interrumpiéndome, dice ella: "Ay Corona... por eso me cae gordo venir aquí, tú me deprimes, siempre sales con tus "jaladas". El grupo está en silencio. Coterapeuta: "y lo que el doctor Corona te dice, es exactamente lo que no deseas oír pues te hace llorar. ¿En que pensaste?". Raquel:

"No sé... bueno es... 'muy pinche'... me dan ganas de llorar y luego se me quita... sí, estoy muy loca..." Vivian: "Qué bueno que lo has podido contar, y si esa es tu decisión tienes que elaborarlo, porque yo creo que no lo tienes resuelto". Daniel: "Creo que fue lo mejor que podías hacer... a mí... a mí... me pasó con Jéssica... bueno... finalmente ella no estaba embarazada pero... qué susto". José: "sí... yo creo que es correcta tu decisión, ¿qué hubiera pasado si te hubieras tenido que casar y... bueno o haber tenido un hijo fuera de casarte... como..". Vivian: "Como tú... como en tu caso". José (con pena): "Sí... como si fuera mi historia". Darío: con un tono irritante que enfatiza al empezar a hablar y se va tornando dogmático, la acusa, la amenaza y comenta su oposición: "mira... miren... yo estoy... muy enojado... indignado, esto... esto es un pecado... una inmoralidad... es una injusticia... sí, es... es... 'no tener madre'... es una desfachatez, y pareciera que lo dices como orgullosa... como si te lucieras..."

Raquel, enojada, se enrojece y dice: "Mira... esas son tus broncas, tus 'pendejadas'... por eso no tienes amigos... vete a decir misa a otro lado... a mí... a mí no me friegues, además en mi religión, no en la tuya... no es pecado, si se hace antes de doce semanas... lo dice la Biblia". Darío quiere retomar. La coterapeuta dice: "Bueno, yo quiero considerar que en efecto es muy importante y doloroso lo que te ha sucedido y que tiendes a tratar de negarlo, por ello... intentas una y otra vez expresarte... y estoy de acuerdo con Vivian en que necesitas hablarlo y elaborarlo aquí en tu lugar, en tu espacio". Vivian voltea nerviosamente a ver el reloj y dice: "¿puedo?, ¿aún hay tiempo?", dirigiendo su pregunta al terapeuta. Terapeuta: "Sí, Vivian, cuéntanos".

Vivian: "bueno, brevemente quiero decir que estoy muy emocionada por lo que ha pasado aquí... quisiera decir más, saben de antemano que estoy con ustedes... con todos ustedes... bueno pero... en mi vida resulta que le puse un alto a Yosi, mi novio, y creo que voy a terminar mi relación con él. Me fui pensando en lo que me dijeron la semana pasada y si yo permito que los hombres me dominen, me maltraten... y... ya que eso tiene que ver con mi historia, siento que se revive el maltrato de mi padre respecto a mi madre y de mí misma... pero... ya no... no lo voy a permitir... es más (diciendo esto con orgullo), le hable a papá y le dije: 'si quieres verme... ven... pero a solas, sin tu esposa...', me vino a ver a mi recital de guitarra que entre paréntesis me salió muy bien... el sábado pasado... bueno, eso es todo".

Terapeuta: "lamentablemente tenemos que interrumpir esta sesión, creo que es una de las sesiones más productivas de grupo, terminamos con una integración del pasado que se repetía en el presente en el caso de Vivian, recordando para no actuar, Raquel nos conmovió, sí... Raquel la otra... y esta Raquel también... la que 'abortó'... y la que intenta negar que así fue, aborto que por fortuna no se consuma en el caso de Daniel,

que parecía amenaza de aborto pero que finalmente no fue... José se va... pero con un crecimiento muy importante... ojalá y acepte nuestra recomendación de continuar su proceso con un colega allá... donde va. Darío, re-editando su conflictiva entre 'el ser y el deber ser', pierde amigos... novia... y hasta el grupo siente su agresión dirigida al otro, pero finalmente como 'blanco' a él mismo... bueno... los esperamos la próxima sesión".

Resumen

- La psicoterapia de grupo parece tener un inicio en aquellas actividades grupales realizadas con jóvenes "normales", a través de las cuales y con actividades de teatro, discusiones y actividades al aire libre, se buscaba promover un mejor desarrollo de la personalidad del niño y del adolescente. Gradualmente estas técnicas serán incorporadas, junto a la teoría psicoanalítica, a poblaciones de niños delincuentes y luego a poblaciones de niños y jóvenes con problemas de psicopatología de índole diversa, para transformarse poco a poco en lo que hoy conocemos como psicoterapia de grupo.
- Si bien la técnica de este tipo de psicoterapia puede ser muy diferente, dependiendo de la teoría y del terapeuta, ésta debe adaptarse al nivel de desarrollo de los pacientes que conforman el grupo. De tal modo que, por ejemplo, en la psicoterapia con niños en edad pregenital o edípica, los juguetes y el juego tienen un papel muy importante. Del mismo modo, los juegos organizados son más propios de la edad de la latencia y ya en la adolescencia, la verbalización es el instrumento más importante para la comunicación.

Atendiendo también al nivel de desarrollo, se dividirán en grupos heterosexuales a los niños pre-genitales y edípicos, en grupos del mismo sexo a los niños latentes y en homo o heterosexuales a los adolescentes.

- La presencia de coterapeuta o de observadores no participantes será útil en ciertos grupos. Por ejemplo la presencia de coterapeutas es muy útil en grupos pregenitales y edípicos, debido a la gran movilidad propia de esta edad, así como a la intensidad de sus sentimientos y, por lo tanto, a la necesidad de control y contención de que son objeto. En terapia de grupo es posible hacer muchas combinaciones, dependiendo del grupo en cuestión, así como de las metas que se han propuesto. La función de los coterapeutas es muy útil en ciertos grupos para apoyar al terapeuta, a veces para rescatarlo.
- Observamos también que existen indicaciones bastante precisas para la formación de grupos en "psicoterapia breve", así como para la formación de grupos, ya

sea para la investigación o para iniciar grupos terapéuticos. Existen indicaciones menos precisas cuando se trata de saber el momento en que un miembro del grupo debe terminar su participación grupal; éstas, sin embargo, han sido sugeridas por algunos autores.

- Apreciamos también que el mecanismo de acción en la terapia de grupo se basa primordialmente en los siguientes elementos: *a)* el grupo representa simbólicamente a la familia original, de tal modo que se proyecta en el terapeuta parte de la transferencia paterna de autoridad, y en los miembros del grupo parte de la transferencia materna y de los hermanos. Esto promueve grandemente la externalización de los conflictos, así como su interpretación y elaboración posterior, *b)* en dicho proceso el paciente encuentra que su problema también lo tienen "otros" miembros del grupo, lo que facilita *c)* la formación de la "cultura grupal", que es cuando el grupo se cohesionan y desarrolla metas propias, dicha "cultura grupal" actúa como un mecanismo de apoyo y de contención para los miembros del grupo, *d)* el terapeuta interpreta ya sea individualmente o en grupo, lo que promueve la "elaboración". Otros miembros del grupo pueden también interpretar. Estas interpretaciones laterales ocasionan "asociaciones laterales", las que promuevan aún más el proceso de "elaboración", enriqueciendo al trabajo del grupo.
- La experiencia nos ha mostrado que en grupos pregenitales y edípicos es posible ayudar a los pequeños a ponerle nombre a sus sentimientos intensos, propios de esa época del desarrollo, tales como: celos, envidias, así como sentimientos fraticidas y parricidas. También a sentimientos muy erotizados. Lo anterior, al nombrarlos y externarlos, promueve el trabajo de "elaboración". Los grupos de latentes, funcionan de un modo más organizado. Los de púberes empiezan a estar muy inquietos con material de índole sexual, y los de adolescentes, con grupos muy cohesionados, verbalizan más sus inquietudes, dejando con frecuencia fuera al terapeuta al no incluirlo en sus discusiones. El terapeuta interviene a veces como un moderador, pero no deja de interpretar tanto lo individual como lo grupal.
- Desgraciadamente son pocos los terapeutas que practican esta modalidad de psicoterapia; básicamente por desconocimiento de ella y su pobre inclusión en muchos programas de adiestramiento.
- Se ha optado por presentar algunas viñetas clínicas para clarificar el modo como opera la psicoterapia de grupo. Se pensó en presentarlas en forma de un *verbatim*, las que a pesar de su forma "cruda" y del lenguaje empleado por los pacientes en cuestión, transmiten al lector la "vivencia" de lo que representa el estar en un grupo de pacientes de esta edad. Se aprecia también en forma bastante clara el

modo de operar del terapeuta, del coterapeuta y el de los pacientes. Además se aprecia la formación de la "cultura grupal", la contención y apoyo que proporcionan, así como las modalidades de interpretación individual y grupal. Los autores pensamos que esta experiencia sería positiva al transmitirla como se hizo, sobre todo para el lector neófito en el campo y sin experiencia en materia grupal. Los que ya tienen experiencia, por otro lado, podrán corroborar lo expresado.

- En este trabajo se ha presentado una síntesis de los conceptos históricos de la psicoterapia de grupo, así como de su evolución posterior. Se presenta también cuál es el panorama teórico y la praxis de esta modalidad de psicoterapia, sobre todo tratándose de niños y de adolescentes.

Bibliografía

- Ackerman, N. W. (1955), "Group Psychotherapy with a Mixed Group of Adolescents", *Int. J. Group.Psychother.*, 5: 249-260.
- Avron, O. (1998), "La actitud interpretativa", *Clin. y anal. Grupal*, 79(20): 341-350.
- Beeferman, D. Orvasschel (1994), "Group Therapy for Depressed Adolescents: A Critical Review", *Int. J. Group. Psychother.*, 44(4): 463-475.
- Berfeld, G. L., L. Clark, W. Parker (1984), "The Process of Adolescent Group Psychotherapy", *Int. J. Group. Psychother.*, 34(1): 111-126.
- Bion, W. R. (1980), *Experiencias en grupos*, Edit. Paidós.
- Campuzano, M. (1987), "Revisión histórica de algunas de las corrientes teóricas en la psicoterapia de grupo", *Rev. Anal. Grupal*, 4(4): 3-23
- Davis, L., G. Geikie, G. Schamess (1988), "The Use of Genograms in a Group for Latency Age Children", *Int. J. Group. Psychother.*, 38(1): 189-209.
- Dupont, M. A. Jinich (1993), *Psicoterapia grupal para niños*, Univ. Guadalajara, 1era. ed.
- Freud, S. (1921), "Group Psychology and the Analysis of the Ego", *The St. Edit. Hog. P. Lond.*, 18.
- González, Ch, J. L. (1983), "Historia del análisis de grupo en México", *Rev. Anál. Grupal*, 1(1): 8-14.
- Kadis, A. (1963), *Manual de psicoterapia de grupo*, FCE, México.
- Lockwood, L. J. (1981), "Treatment in Disturbed Children in Verbal and Experiential Group Psychotherapy", *Int. J. Group. Psychother.*, 31(3): 355-366.

- Nava, G. A., C. T. Mendoza, M. M. Salles (1989), "Psicoterapia de juego en preescolares, grupo de edad fálico-edípica", *Monografías de la Asociación Mex. de Psiq. Inf.* VII. p.p. 100-105.
- Nieto, M. del C, *et al.* (1983), "Psicoterapia breve de grupo en preescolares", *Neurol. Neuroc. Psiquiat.*, 24(1-4): 157-161.
- Ormont, R. L. (1989), "The Role of the Leader in Managing the Preedipal Patient in the Group Setting", *Int. J. Group. Psychother.*, 39 (2): 147-171
- Palacios, A. (1975), *Técnica de grupo en psicoanálisis*, La Prensa Médica, México.
- Parmenter, G., C. J. Smith, A. N. Ceci, (1987), "Parallel and Conjoint Short-Term Group Therapy for School-Age Children and Their Parents: A Model", *Int. J. Group. Psychother.*, 37(2): 239-254.
- Pfeifer, G., D. Spinner (1985), "Combined Individual and Group Psychotherapy with Children: An Ego Development Perspective", *Int. J. Group.Psychother.*, 35(1): 11-35.
- Pines, M. (1981), "The Frame of Reference of Group Psychotherapy", *Int. J. Group. Psychother.*, 31(3): 275-285.
- Poey, K. (1985), "Guidelines for the Practice of Brief Dynamic Group Therapy", *Int. J. Group.Psychother.*, 35(3): 331-354.
- Rabadán, M. F. (1987), "Psicoterapia de grupo por medio del juego dentro de una institución hospitalaria: dos años tres meses de trabajo", *Neurol. Neurocir. Psiquiat*, 27(1-4): 7-13.
- Rachman, W. A. (1971), "Encounter Techniques in Analytic Group Psychotherapy with Adolescents", *J. Group Psychoter*, 21: 319-329.
- Rachman, W. A., R. R. Roubolt (1984), "The Pioneers of Adolescent Group Psychotherapy", *Int. J. Group. Psychother.*, 34(3): 387-413.
- Resnik, S. (1961), "Fantasías tempranas en un grupo de niños", *Rev. Psicol. y Psicoter. Grupo*, 1(2): 30-36.
- Roberts, J., M. Pines (1992), "Group Analytic Psychotherapy", *Int. J. Group Psychother.*, 42(4): 469-494.
- Schamess, G., F. Streider, K. M. Connors (1997), "Supervision and Staff Training for Children's Group Psychotherapy. General Principles and Application With Cumulative Traumatized, Inner-City Children", *Int. J. Group Psychother.*, 47(4): 399-425.
- Slavson, R. (1976), *Tratado de psicoterapia grupal analítica*, Edit. Paidós.
- Smith, J. D., T. R. Walsh, M. A. Richardson (1985), "The Clown Club: A Structured Fantasy Approach to Group Therapy with The Latency Aged Child", *Int. J. Group. Psychother.*, 35(1): 49-64.

- SOO, E. S. (1985), "Applications of Object Relations Concepts to Children's Group Psychotherapy", *Int. J. Group. Psychother.*, 35(1): 37-47.
- Speier, A. (1970), *Psicoterapia de grupo en la infancia*, 2da. ed. Proteo SCA, Buenos Aires.
- Spinner, D., G. Pfeifer (1986), "Group Psychotherapy with Ego Impaired Children: The Significance of Peer Group Culture in the Evolution of a Holding Environment", *Int. J. Group. Psychother.*, 36(3): 427-446.
- Tijhuis, L. (1998), "Peers as the 'Guardian Angels' of Individuation in the Therapy Group: Ego Sportive Group Therapy for Children and Adolescents", *Group Anal.*, 31: 547-563.
- Vives, R. J. (1988), "El Mecanismo de la acción terapéutica en psicoterapia analítica de grupo", Trabajo leído, durante el III Congreso Nacional de AMPAG. Llevado a cabo en Querétaro, Quer., el 28 de octubre de 1988. (1999).
- , "Fundamentos teóricos de la praxis grupal", trabajo leído durante el VIII Congreso Nacional de la Asoc. Mex. de Psicoterap., Anal, de Grupo, Jalapa, Ver., llevado a cabo el 29 de mayo de 1999.
- Wasongarz, J, A. (1984), "La evolución de la psicoterapia de grupo", *Rev. Anal. Grup.* 2(4): 8-17.
- Yalom, I. (1975), *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*, FCE, México.

Glosario

Abrcacción: descarga intensa de afectos que conlleva una respuesta motora y un alivio de la tensión interna.

Abstinencia: en el contexto psicoanalítico significa que el paciente debe trabajar verbalizando sus estados psicológicos internos y abstenerse de actuarlos; debe asociar todo lo que se le ocurra en esos momentos e informarlo. El analista, por su parte, debe abstenerse no sólo de actuar, sino también de expresar sus reacciones emocionales y reducir sus intervenciones a las que están técnicamente indicadas. El paciente se limita a asociar libremente sin seleccionar lo que quiere o lo que no quiere decir.

Abstracción: función mental (intelectual) por la cual entendemos las cualidades o atributos de los seres o de las sustancias, independientemente de éstos.

Acting-out. en el uso coloquial se refiere a la reproducción en la conducta (actuación), de una memoria reprimida o de una fantasía inconsciente. Este fenómeno **está** considerado como un mecanismo defensivo primitivo que se pone al servicio de la expresión del impulso, cuando el sujeto está en una terapia analítica.

Actividad masturbatoria: fenómenos psíquicos y biológicos dirigidos a la búsqueda de gratificación erótica. El proceso de fantasía erótica es una forma **de actividad** masturbatoria.

Afecto: término utilizado por Freud para denominar el complejo emocional asociado a un estado mental. Resonancia emocional de un fenómeno psicológico (mental).

Alianza de trabajo: vínculo establecido con el paciente en el cual, mediante el proceso terapéutico, el paciente va progresando a raíz de las interpretaciones y de la con-

ducta total del terapeuta. Se establece un ciclo: el paciente aporta material, el terapeuta interpreta, el paciente elabora, aporta más material, el terapeuta interpreta. Relación positiva que se establece entre el terapeuta y el paciente desde las primeras sesiones en el desarrollo del proceso terapéutico.

Al servicio del Yo: relativo a funciones o instancias que se encuentran al alcance del aparato psicológico para manejar la economía entre el Yo, el Superyó, los impulsos y el medio externo.

Altruistic surrender: mecanismo defensivo descrito por Anna Freud (*The Ego and the Mechanisms of Defense*, 1936). Por medio de este mecanismo el individuo obtiene gratificación ayudando o alentando a otra persona a realizar algo que no puede o no se atreve a efectuar personalmente. La envidia se transforma en altruismo.

Ambivalencia: coexistencia de afectos opuestos que puede ser manifiesta o latente, consciente o inconsciente.

Anaclítico: relativo a dependencia libidinal. Relativo a indiferenciación. Relativo a lo fusional.

Anal: Relativo a la etapa anal del desarrollo psicosexual (*ver Etapa anal*).

Angustia de castración: *ver Ansiedad de castración*.

Ansiedad: afecto que presenta características distintivas de disgusto y desasosiego. Sentimiento de impotencia para hacer algo en una situación de importancia personal. Presentimiento de un peligro inminente e inevitable. En sentido psicoanalítico se presenta ante la presencia de un conflicto intrapsíquico.

Ansiedad de castración: fenómeno componente del complejo de Edipo. El miedo que siente el niño de tres a cinco años en relación con sus fantasías eróticas en torno a su madre, y en su debilidad frente a la agresión proyectada en la figura del padre (percibe su propia agresión como proveniente del padre). El peligro es en términos de sufrir daño en sus órganos genitales o la pérdida de ellos.

Ansiedad de fusión: ansiedad asociada a la pérdida de los límites *yoicos*. El individuo tiene la sensación de que pierde el sentido de realidad y se confunde con el otro. Es la contrapartida de la ansiedad de separación y se presenta en situaciones patológicas severas.

Ansiedad de separación: prototipo de ansiedad en la orientación psicoanalítica de la escuela del Yo (Anna Freud). De acuerdo con Margaret Mahler (*On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, 1968), el infante vive en armonía simbiótica con la madre hasta los cinco o seis meses de edad, cuando el desarrollo de la simbiosis se interrumpe por la primera noción de que la madre y él no son el mismo objeto y, por lo tanto, la gratificación no es automática a sus deseos.

Esta primera noción desencadena la ansiedad de separación. En psicopatología es un trastorno emocional; el paciente que lo sufre se encuentra incapaz de alejarse de la persona, del lugar que representan seguridad; sean los padres, el hogar, el acompañante, etcétera.

Antisocial: *ver Conducta antisocial.*

Anulación: mecanismo de defensa cuya meta es bloquear, específicamente, una parte de los impulsos.

Aparato defensivo: conjunto de mecanismos de defensa disponibles.

Aparato psicológico: el conjunto de funciones psicológicas en general.

Aparato yoico: El conjunto de funciones del Yo, tanto defensivas como de la esfera libre de conflicto. En sentido amplio: sinónimo de Yo.

Apego: fenómeno mediante el cual dos individuos desarrollan vínculos que los hacen únicos, el uno para el otro, implicando interrelación emocional y gratificación instintiva.

Apoyo yoico: apoyo que recibe el individuo por parte de personas significativas (los padres o el terapeuta, por ejemplo) para el logro del dominio sobre los impulsos o sobre situaciones nuevas.

Ascetismo: mecanismo de defensa en contra del impulso (A. Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense*, 1936).

Asociaciones libres: pensamientos que brotan espontáneamente en relación con otros pensamientos. Como parte de la técnica del tratamiento psicoanalítico se instruye al paciente a asociar libremente; por ejemplo, se le pide que hable, sin censura alguna, de todas las ideas que le surgen en relación con determinada idea.

Atención flotante: estado de conciencia del terapeuta durante la situación psicoanalítica que le permite captar la relación entre los contenidos latentes de las producciones verbales o conductuales del paciente.

Autismo: en la teoría de Mahler (*On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, 1968), se refiere a un estado mental propio del recién nacido, anterior a que comience el desarrollo de la simbiosis. En este estado no existe todavía un registro que represente a su madre (una parte de ella). Corresponde al narcisismo primario (Freud: *On Narcissism*, 1914). En psicopatología psicosis autista primaria es aquella en la que el niño, en su desarrollo normal, no va más allá **de esta** etapa. Secundaria es en la que el niño sí progresa en su desarrollo mas allá de dicha etapa; pero, por razones de enfermedad, sufre una regresión a la etapa **autista**.

Autoimagen: imagen de sí mismo que puede ser recreada.

Autonomía: *ver Funciones autónomas.*

Autorrepresentación: imagen de sí mismo que el individuo tiene en su aparato mental. Es usado a veces como sinónimo de *self*, pero el término autorrepresentación connota función.

Borderline (patología): psicopatología determinada por mecanismos defensivos primitivos (tempranos) que no están al servicio de la represión sino de la escisión, por lo que el impulso es expresado, por ejemplo, por disociación, negación, identificación primaria, impulsividad, dando como resultado un sí mismo poco integrado. (Equivalente a fronterizo y a limítrofe).

Capacidad empática: ver **Empatía**.

Carácter: en sentido psicoanalítico se refiere al aspecto de la personalidad que refleja la forma habitual que tiene un individuo para armonizar sus necesidades internas y las demandas del mundo externo. Es una constelación de formas relativamente estables y constantes de reconciliar los conflictos que surgen entre las diferentes partes del aparato mental para alcanzar ajuste en relación con el ambiente (Moore y Fine, *A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts*, 1968).

Carencias pregenitales: privaciones sufridas por el sujeto durante los tres primeros años de vida. Privación anterior a la fase edípica.

Castración: ver **Ansiedad de castración**.

Catarsis: toda acción o reacción capaz de provocar la liberación de un antiguo residuo afectivo o la liquidación de una situación conflictiva reprimida que impide el normal desarrollo de la vida psíquica.

Cognoscitivo (aparato): conjunto de funciones (estructura) del Yo que permiten al individuo conocer y saber.

Comorbilidad: presencia de dos o más trastornos en una sola persona.

Conflicto intraestructural: cuando las operaciones mentales en conflicto provienen de la misma estructura, por ejemplo, dos impulsos opuestos (del Ello).

Conflicto intrapsíquico: estado de lucha mental producido por operaciones opuestas simultáneas: impulsos (Ello), demandas internas (Superyó), demandas externas (ambiente), etcétera.

Conflicto preedípico: el producido por los elementos opuestos provenientes de las etapas anteriores a la fase fálica (antes de los tres años de edad), por ejemplo: separación vs fusión.

Confrontación: intervención verbal que hace el terapeuta con el objeto de hacer notar al paciente alguna situación o circunstancia que está negando (escondiendo de sí mismo).

Consciente: la parte de la vida mental que el individuo conoce y que está regida por la lógica y la experiencia (ver **Procesos secundarios**).

- Constancia de identidad:** posición irreversible y continua de la identidad, a pesar de los cambios intrapsíquicos o del medio externo.
- Constancia objetal:** capacidad que tiene el aparato psicológico para la existencia de un objeto (persona) sin necesidad de su presencia. Cuando el infante ya ha desarrollado esta capacidad (entre los 25 y 35 meses de edad), puede evocar (en su mente) la imagen de la madre cuando ella no está a la vista (implica el desarrollo de la función de memoria).
- Constitucional (trastorno):** patología que depende más de factores genéticos que de factores aprendidos socialmente.
- Continuidad de identidad:** estado del desarrollo en el que la identidad ha alcanzado solidez y por lo tanto se mantiene independientemente de las circunstancias externas.
- Contracatexis:** fuerza represiva dirigida por el Yo contra fantasías y objetos que habían adquirido una gran importancia afectiva por su significado en términos de gratificación (habían sido altamente libidinizados).
- Contratransferéncia:** en general, respuesta afectiva del terapeuta a las manifestaciones afectivas del paciente. Para algunos autores es la respuesta emocional que el terapeuta experimenta específicamente frente a la transferencia del paciente.
- Contratransferencial:** relativo a la contratransferencia.
- Conversión:** manifestación en un síntoma corporal, como parálisis o anestesia, de un conflicto intrapsíquico.
- Crecimiento yoico:** desarrollo de las funciones del Yo que hace posible la fortaleza que sostiene al aparato psicológico a pesar de las presiones que surgen entre las fuerzas instintivas y las demandas del Superyó.
- Criterio de inclusión o de exclusión:** normas o modelos adoptados en la investigación para la selección de sujetos en un experimento, sea para aceptarlos o rechazarlos. Se utiliza también en la clínica, por ejemplo para la selección o rechazo de pacientes en la formación de los grupos (para psicoterapia de grupo).
- Culpa:** conciencia de que se han violado códigos morales, éticos o estéticos, conjuntamente con el sentimiento de arrepentimiento o disminución de la autoestima. Tipo de ansiedad producida por el Superyó.
- Cultura grupal:** en la psicoterapia de grupo es el "momento" en que se forma la cohesión grupal, cuando se unen los miembros del grupo y adquieren una fuerza psicológica especial, a través de la cual se solidarizan unos con otros, se apoyan, se entienden entre ellos, se ayudan. Dicha fuerza es capaz, en ocasiones, de servir como contención a los miembros del grupo. La formación de la "cultura grupal" es muy relevante en la psicoterapia de grupo.

Debilitamiento yoico: condición en la que el aparato defensivo (los mecanismos de defensa) resulta insuficiente para contener la fuerza de los impulsos y el Yo se encuentra amenazado por la afloración de los mismos.

Defensa: *ver* **Mecanismos de defensa.**

Defensa obsesiva: mecanismo de defensa en el cual se despoja a la idea de su parte afectiva, la que es reprimida. Las ideas pueden aparecer repetitivamente y sin control volitivo. Dichas ideas pueden encaminar a una acción repetitiva, como de ritual.

Desagresivización: modalidad de neutralización por la que una relación es desprovista de los elementos agresivos.

Desarrollo cognoscitivo: evolución normal en la cual las funciones intelectuales (pensamiento, juicio, orientación, etc.) van apareciendo.

Desarrollo psicosexual: desde el punto de vista psicoanalítico es el desarrollo de la movilización libidina (la cual determina la modalidad de gratificación erótica buscada: oral, anal, fálica, etc).

Deserotización: modalidad de neutralización en la que una gratificación erótica pierde su significado sexual.

Desexualización: *ver* **Deserotización.**

Deslibidinización: movilización de libido que estaba investida en un objeto (persona, fantasía, etc.). El objeto queda desprovisto de esa atención afectiva (motivación).

Despersonalización: síndrome que consiste en la sensación de que se ha perdido la identidad, de que se es diferente, extraño o irreal. Sensaciones de irrealidad.

Desplazamiento: mecanismo defensivo consistente en movilizar un afecto sentido como proveniente de un objeto a otro objeto menos conflictivo; por ejemplo, la agresividad sentida como proveniente del padre (que ha sido proyectada en el padre) es menos conflictiva si es desplazada y, así, sentida como proveniente de un objeto fóbico.

Desvinculación: proceso por medio del cual el niño se separa psicológicamente de la figura de sus padres o el adolescente rompe los lazos establecidos con los padres desde la infancia, que lo infantilizan.

Detención del desarrollo: desde el punto de vista psicoanalítico, cuando se considera que en los trastornos emocionales el desarrollo normal de la salud mental deja de progresar y se determinan discrepancias entre la edad cronológica y la edad emocional.

Devaluación: considerar al objeto subrayando aspectos negativos o deficientes.

Diagnóstico presunto: en el contexto psicoanalítico son los diagnósticos que se hacen en el periodo de evaluación de la problemática del paciente, no son finales y están abiertos a nuevos datos que surgen según las defensas del paciente van dejando

de ser necesarias y desaparecen, mostrándose los contenidos que se encontraban defendidos.

Diferenciarse del ambiente: en la teoría psicoanalítica se considera que en los primeros meses de la vida el niño no se siente como un ser aparte y diferente de la madre o del mundo, y que gradualmente descubre que puede actuar, moverse, desplazarse, mover objetos, etc. De esa forma adquiere conciencia de que es un ser diferenciado y separado del mundo y de la madre. Los niños autistas no se diferencian.

Diseños y series de tiempo: son formas de investigación experimental que combinan la manipulación sistemática de las variables con la focalización del cambio conductual. Estas formas son utilizadas primordialmente en las áreas aplicadas, como la psicología clínica y la escolar.

Disociación: mecanismo defensivo de orden primitivo mediante el cual un objeto es dividido (escindido) de acuerdo con características afectivas. Por ejemplo: el individuo sólo ve las atribuciones positivas o negativas de un objeto. Este mecanismo conjuga la idealización y la negación.

Disponibilidad afectiva: aptitud emocional para establecer una relación significativa. En el caso de la madre del recién nacido, aptitud para ser libidinizada por éste. En el caso del terapeuta se refiere a la aptitud para responder emocionalmente a las necesidades afectivas del paciente,

Distonía: característica de un fenómeno intrapsíquico de ser percibido como ajeno, como proveniente de afuera.

Distónico: *ver* **Distonía**.

Distribución libidinal: estado de distribución de la libido en diferentes objetos o representaciones mentales. Se refiere a la economía libidinal. Importancia emocional que tienen, para el individuo, distintas personas (objetos).

Dual: relación preedípica del niño con su padre o con su madre, es decir, relación anterior al establecimiento de la relación triangular (niño-padre-madre).

Efectividad: utilidad de un tratamiento trasladado del laboratorio a la práctica clínica con resultados iguales de acuerdo con las diferentes variables.

Eficacia: conclusión de que los beneficios de un tratamiento son resultado de éste, y no de la suerte o de otros factores, como efectos de la valoración psicológica, el paso del tiempo o la presencia de diversos tipos de clientes en varias condiciones del tratamiento.

Egocentricidad: relativo a una conducta o actividad en la que el sujeto centra su interés en sí mismo. Actitud normal y dominante al principio del desarrollo, que varía con el conocimiento y reconocimiento de las necesidades del otro.

Ejercicio masturbatorio: función del fantasear provocada por la pulsión instintiva y dirigida a la obtención de gratificación erótica. Una vez alcanzada dicha gratificación se produce la represión del complejo masturbatorio.

Elección del objeto: suceso psicológico a través del que se hace importante un objeto desde el punto de vista emocional; hacerlo fuente de gratificación instintiva a través de la libidinización.

Elección de objeto infantil: elección de objeto de la infancia en relación con las necesidades de gratificación que se tienen durante la misma.

Ello: parte del aparato psicológico que contiene la representación mental de los impulsos.

Empatía: aptitud para percibir sensitivamente el estado de la estructura y balance emocionales de otra persona, con base en la conciencia de la propia experiencia (Gitelson, *Character Synthesis: the Psychotherapeutic Problem of Adolescence*, 1958).

Empática: relativo a empatía.

Energía psíquica: ver **Libido**.

Epistemología: estudio crítico sistemático de las ciencias.

Escisión: mecanismo de defensa que divide los impulsos y los hace ajenos unos de otros, o divide territorios importantes de la estructura mental (del sí mismo o del Yo). Esta defensa, normal en el principio del desarrollo, debe sucumbir a la represión. La escisión predomina, como función defensiva, en las llamadas organizaciones *borderline* de la personalidad y en las psicosis.

Esfera libre de conflicto: conjunto de funciones que se desarrollan en forma relativamente independientes de los conflictos y de los instintos, o que ganan, a través del desarrollo, autonomía secundaria. Por ejemplo: pensamiento, conciencia, movimiento, percepción, sublimación, neutralización, síntesis, etc. Conjunto de funciones del Yo.

Estandarización: establecimiento de un grupo de datos en relación con un estándar, patrón o norma determinados.

Estructura motivacional: supuesta dotación biológicamente determinada con que nace el individuo y que lleva a desarrollar el apego emocional que garantiza su supervivencia en el periodo neonatal. Posteriormente, esta estructura original incorpora motivaciones que determinan la elección de otros objetos de gratificación instintiva.

Estructuras mentales: elementos que forman los cimientos de la personalidad. De ellos emanan las funciones. Se generan a raíz de los depósitos en forma de registros mentales cuya fuente es la relación madre-hijo. Las más importantes son el Yo, el Superyó, el objeto y el sí mismo.

- Etapa anal: etapa del desarrollo psicosexual en la cual la libido es movilizada al esfínter anal y al movimiento voluntario. Durante esa etapa el niño se satisface y tiene fantasías en torno a todo lo relacionado con la expulsión y retención de sus excrementos. En ella las relaciones adoptan características anales. Ocurre durante el segundo y el tercer de años vida.
- Etapa autista: *ver* Autismo.
- Etapa de latencia: periodo del desarrollo psicosexual en el cual el niño parece desinteresarse de lo erótico y dirige su atención a otros tipos de gratificación (de los cinco años a la pubertad).
- Etapa fálica: periodo del desarrollo psicosexual en el que la libido es movilizada a los genitales. El pene adquiere un significado simbólico (falo). En esta etapa tienen lugar las modalidades de relación edípica, es decir, el complejo de Edipo (tres a cinco años).
- Etapa genital: etapa de la vida en la que el individuo alcanza la genitalidad: la satisfacción sexual primordial es obtenida por la descarga genital de la libido. Las zonas erógenas secundarias se supeditan a los genitales. Implica la resolución de la adolescencia.
- Etapa intermedia del análisis: en el tratamiento psicoanalítico es la etapa que sigue después de la inicial (evaluación y prueba). Es la etapa en la que se desarrolla la transferencia.
- Etapa oral: periodo del desarrollo psicosexual en el que la libido se encuentra investida en la boca (*ver* Etapas). Las relaciones son de dependencia (anaclíticas) y el objeto (parcial) de gratificación es el pecho de la madre. Corresponde al primer año de la vida, aproximadamente.
- Etapa pregenital: periodo anterior a la etapa fálica que comprende las etapas oral y la anal (pregenitales) del desarrollo psicosexual, desde el nacimiento a los tres años.
- Etapas: en psicoanálisis, periodos del desarrollo psicosexual en los que la libido está investida en diferentes partes del cuerpo que son utilizadas para la obtención de gratificación instintiva.
- Etapa oral: la libido está investida en la boca, aplicando las modalidades de relación oral, en las que el pecho materno es catectizado como objeto parcial fusionado a representaciones parciales (fragmentarias) del sí mismo.
- Etapa simbiótica: *ver* Fase simbiótica.
- Eyeculación: expulsión de semen a través del pene, más frecuente en coincidencia con el orgasmo.
- Fálico: relativo al falo o la etapa fálica.

Fálico-edípico: *ver Etapa fálica.*

Falo: el pene, tomado como símbolo desde el punto de vista psicológico o cultural.

Fantasía inconsciente: para la escuela de Melanie Klein, unidad permanente del funcionamiento mental que subyace a todo fenómeno psíquico. Es el contenido primario de los procesos inconscientes y expresión mental de los impulsos instintivos. Se presenta en la clínica como una escena o escenario en los que, en algún modo, el sujeto está implicado.

Fantasía masturbatoria: conjunto de deseos eróticos insatisfechos. También, actividad de fantasía (del Yo) que recrea la satisfacción no obtenida y permite posponer la gratificación.

Fantasía masturbatoria central: conjunto de deseos insatisfechos y de elecciones infantiles de objeto, peculiar a cada persona, que determina su actividad masturbatoria tanto como la adaptación sexual que finalmente alcanza (Laufer, *The Central Masturbation Fantasy, The Final Sexual Organization, and Adolescence*, Psychoanal. Study of Child, 19:196-221, Nueva York, IUP, 1976).

Fantasma (del francés *fantome*): según Nicolas Abraham, formación del inconsciente que tiene como particularidad no haber sido jamás consciente porque resulta del pasaje del inconsciente de un padre al inconsciente de un hijo.

Fase anal: *ver Etapa anal.*

Fase autista: *ver Autismo.*

Fase de separación-individuación: fase del desarrollo de las relaciones objetales que comienza con la aparición de la ansiedad de separación y se extiende hasta que la constancia objetal se ha desarrollado. En esta fase el infante logra la diferenciación de su autorrepresentación y de las representaciones de objeto (Mahler, *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, 1974). Esta fase es concomitante con la mitad posterior de la etapa oral y con la etapa anal del desarrollo psicosexual (cinco o seis meses hasta el final del tercer año de vida).

Fase de latencia: *ver Etapa de latencia.*

Fase edípica: fase del desarrollo de las relaciones objetales durante la cual se establece la relación familiar triangular (edípica) que, junto a los afectos que desencadena y la movilización de la libido al falo, caracteriza al complejo de Edipo (*ver etapa fálica*).

Fase fálica: *ver Etapa fálica y Fase edípica.*

Fase genital: fase del desarrollo psicosexual en la que las zonas erógenas se han supeditado a los órganos genitales, y la elección de objeto se ha orientado a la heterosexualidad.

Fase simbiótica: fase de las relaciones objetales en la que el infante se relaciona con representaciones parciales fusionadas de sí mismo y del objeto gratificante (madre). Se extiende durante los primeros cinco o seis meses de vida.

Fenómeno restitutivo: fenómeno por el cual el adolescente reinvierte su interés emocional (libido) en la figura de los padres debido a que el alejamiento de ellos, que había logrado en la individuación paulatina, produce ansiedad por pérdida del apoyo yoico que estas figuras ofrecen.

Fenómeno transferencia!: evento o eventos generalmente afectivos, del pasado, que son transportados al presente y sobrepuestos a personas o situaciones del presente. A todo el conjunto (conflicto) afectivo de la situación infantil superimpuesto a la situación terapéutica psicoanalítica se le llama neurosis de transferencia.

Figura parental: representación mental de alguno de los padres.

Fijación: detención de una parte de la libido en cualquiera de las etapas del desarrollo psicológico.

Filicidio: referente a actitudes, fantasías, tendencias, etc., destructivas hacia los hijos.

Formación reactiva: mecanismo de defensa característico de la etapa anal del desarrollo de la libido, en el que se maneja al impulso reprimiéndolo y fomentando el desarrollo de su contraparte.

Fronteras del Yo: ver **Límites yoicos**.

Fronteriza (patología): ver *Borderline*.

Fronterizo: ver *Borderline*.

Funcionamiento operacional abstracto: ver **Pensamiento operacional formal**.

Función de fantasear: actividad del Yo que recrea inconsciente o conscientemente, en forma disfrazada, la gratificación a un deseo insatisfecho.

Función de la motilidad: función del Yo relacionada con la acción.

Función de la percepción: función del Yo relacionada con el registro de la estimulación a través de los sentidos.

Función de la realidad: ver **Sentido de realidad**.

Función de las relaciones objetales: función del Yo encargada del vínculo del sujeto con otras personas y de su correspondiente registro mental.

Funciones autónomas: son las funciones del Yo que se desarrollan independientemente de la presencia de patología: la motilidad, el lenguaje, la percepción, la síntesis, la inteligencia, etcétera.

Funciones defensivas: ver **Funciones del Yo y Mecanismos de defensa**.

Funciones del Yo: son los mecanismos psicológicos que ejerce el Yo para desempeñar su papel en la orquestación del aparato psicológico. Pueden ser perceptivas.

integrativas, regulativas, ejecutivas, defensivas, autónomas y relacionadas al objeto.

Funciones intelectuales: funciones del Yo relacionadas con el desarrollo del pensamiento, de la inteligencia, de la memoria, del juicio, etcétera.

Función sintética: función de la esfera libre de conflicto del Yo que sinergiza varias acciones para crear y consolidar.

Fusión: mecanismo patológico mediante el cual se pierden los límites del Yo, fundiéndose o confundiendo la autorrepresentación con las representaciones de objeto. Implica la pérdida de la identidad y del sentido de realidad. En la etapa normal de simbiosis las representaciones del sí mismo y del objeto se encuentran fusionadas.

Fusión): relativo al mecanismo de fusión.

Genital: ver **Etapa genital**.

Gratificación: ver **Gratificación instintiva**.

Gratificación erótica: ver **Gratificación instintiva**.

Gratificación instintiva: satisfacción parcial o total de una motivación instintiva (de un impulso).

Gregario: relativo a la relación o compañía con otros. Relativo al grupo.

Grupo abierto: en la psicoterapia de grupo, es aquél en el cual es posible que se integren o se retiren (altas, deserciones) otros pacientes. El grupo tiene un comienzo y por lo tanto una historia, la cual será transmitida por el miembro más viejo del grupo (el que tiene más tiempo ahí). El grupo no termina a pesar de que algunos se van, ya que llegan nuevos miembros.

Grupo cerrado: en la psicoterapia de grupo, es aquél en el cual de antemano está definida su temporalidad. El grupo se termina y todos se retiran.

Grupo control: sujetos utilizados en un experimento para contrastar los resultados obtenidos en el grupo de experimentación. El grupo control y el de experimentación están en igualdad de circunstancias, excepto por la variable que se pretende estudiar.

Grupo heterogéneo: en la psicoterapia de grupo, aquél que se forma con pacientes con diagnósticos diferentes. Otras variables utilizadas pueden ser: la edad, el sexo, etcétera.

Grupo homogéneo: en la psicoterapia de grupo, aquél en el cual todos los pacientes tienen el mismo diagnóstico. Otras variables utilizadas pueden ser: la edad, el sexo, etcétera.

Grupo terapéutico: en la psicoterapia de grupo, aquél en el que ésta se practica.

Hipercatexia: inversión masiva de libido en un objeto o en el *self*. Exagerada atención emocional (motivación afectiva) en un objeto (persona) o en sí mismo.

- Histeria:** tipo de neurosis caracterizada por represión de un impulso prohibido que, a través de la conversión, reaparece en forma de síntoma en el aparato locomotor o en los aparatos de la comunicación; falsa parálisis, por ejemplo.
- Iatrogénico:** situación patológica (enfermedad) causada por la terapia o por cualquier tratamiento.
- Ideal del Yo:** subestructura que conlleva la representación mental de lo que el individuo quisiera o debiera ser. Con la resolución del complejo de Edipo, pasa a formar parte del Superyó. Subestructura del Superyó.
- Idealización:** mecanismo defensivo primitivo mediante el cual se disocian los aspectos negativos de un objeto (de una persona, de sí mismo) negándolos. También, investimento a una figura del presente con elementos idealizados de las figuras tempranas.
- Identidad:** la experiencia del *self* como entidad única. Capacidad de experimentar al *self* (a sí mismo).
- Identidad genérica:** capacidad que desarrolla el niño o niña desde muy temprano (entre los 12 y los 18 meses de edad) para captarse y experimentarse como niño o niña (género).
- Identidad sexual:** capacidad para experimentar la propia calidad sexual habiendo incorporado a la representación de sí mismo (*self*) lo referente a la función y anatomía sexual (*ver* **Identidad genérica**).
- Identificación:** proceso que experimenta el infante al observar a los padres, el cual lo lleva a reconocerlos y amarlos, luego a imitarlos, y después a emularlos. Decimos, entonces, que el niño internalizó sus imágenes y poco a poco adoptó parte de sus respuestas conductuales porque quería ser como ellos. En psicopatología: mecanismo de defensa a través del cual el sujeto adquiere masivamente las características de otra persona.
- Identificación proyectiva:** noción kleiniana que designa una forma especial de identificación relacionada con una combinación particular de procesos defensivos (clivaje y proyección). Se trata de un mecanismo arcaico (primitivo) propio de la posición esquizoparanoide que "intenta controlar, poseer el cuerpo de la madre y, así hacer de él una extensión de su propia persona". En su forma patológica es el prototipo de una relación de objeto agresiva e indiferenciada; y en su forma normal, la base de la empatía y la comunicación entre las personas.
- Imago:** prototipo inconsciente de personajes que se elabora a partir de las primeras relaciones reales y fantaseadas con las figuras del grupo familiar, especialmente los padres.

Importancia afectiva: investidura libidinal de un objeto de gratificación.

Impulso (en el sentido aquí utilizado): urgencia que impele a la obtención de la gratificación del deseo (de la motivación o fuente del instinto). Representación mental de la motivación. Urgencia productora de la actuación hacia la obtención de gratificación.

Inconsciente: parte de la mente o del funcionamiento mental que no está al alcance de la atención pero que desempeña un papel en el determinismo de la conducta humana. Parte de la actividad mental que incluye los deseos primitivos o reprimidos.

Indiferenciación: falta de diferenciación (desarrollo completo) de una estructura mental o de una función.

Individuación: proceso que el infante lleva a cabo por medio de la progresiva desvinculación afectiva, en lo intrapsíquico, de las representaciones mentales de sus padres. En la adolescencia se lleva a cabo un segundo proceso de individuación a través de la desvinculación de las mismas representaciones de los objetos primarios, los cuales fueron internalizadas en la infancia.

Individuación adolescente: *ver* **Individuación**.

Individuación infantil: *ver* **Individuación y Fase de separación-individuación**.

Inerte: que carece de actividad y movimiento propio; que no tiene actividad moral o intelectual.

Inmadurez: función (o funciones) que no ha alcanzado la plenitud de desarrollo esperado en una etapa determinada.

Insight: conocimiento que tiene el individuo sobre sus motivaciones psicológicas y sobre su propio funcionamiento psicológico. Conocimiento de sí mismo.

Instintivo: comportamiento innato con el que el individuo se enfrenta al mundo cuando nace, y sirve para sobrevivir. Relativo a lo determinado por la programación biológica.

Instinto: estructura biológicamente establecida que determina ciertas formas de conducta.

Instinto de muerte: *ver* **Instinto de vida**.

Instinto de vida: en 1920, en *Más allá del principio del placer*, Freud describió dos instintos fundamentales con los que el ser humano estaba dotado: el instinto de vida que promueve la sobrevivencia, la progresión, el crecimiento, etcétera, y el instinto de muerte que impele, en el individuo, la involución, la regresión, la destrucción, etcétera.

Intelectualización: mecanismo de defensa en el que se da gran relevancia y primacía al desarrollo de las funciones intelectuales.

Internalización: proceso progresivo mediante el cual interacciones con el exterior desarrollan representaciones mentales de esas interacciones y de sus resultados.

Internalizar: *ver* **Internalización**.

Interpretación: forma de intervención terapéutica que usa el analista con el objetivo de alcanzar resultados terapéuticos al enriquecer el conocimiento que el paciente tiene de sí mismo. Esto permite que el paciente advierta un contenido psíquico inconsciente y el conflicto causado por dicho contenido.

Intrapsíquico: que se origina, se sitúa o tiene lugar en el aparato psicológico.

Introyección: proceso de asimilación por el cual se desarrolla la representación mental de un objeto; por ejemplo, de una persona significativa, de la resonancia emocional que evoca, o ambas. De modo primitivo obra como mecanismo defensivo que implica fusión.

Introyectos infantiles: imágenes de identificación con personas en acción que se internalizaron en la infancia.

Inversión libidinal: inmovilización de la libido libre que es colocada (invertida) en un objeto que así se hace emocionalmente significativo.

Juicio de realidad: *ver* **Sentido de realidad**.

Latencia: periodo posterior a la etapa fálica y anterior a la adolescencia (se extiende desde los cinco años a la pubertad), en el que el erotismo está reprimido y la agresividad está dirigida a desarrollar defensas, logrando dominio en la esfera social.

Latente: relativo a (parte de) un fenómeno psicológico que no se hace consciente.

Libidinal: relativo a la libido.

Libido: en sentido psicoanalítico denomina una supuesta fuerza (energía) con la que el aparato instintivo está dotado biológicamente desde el nacimiento. Cuando el individuo, por ejemplo el infante, invierte (deposita) libido en un objeto, por ejemplo en la persona de la madre), éste adquiere importancia significativa en términos de convertirse para él en fuente de gratificación instintiva. La libido tiene un desarrollo en etapas: oral, anal, fálico-edípica y genital.

Libido libre: energía psíquica que ha sido movilizada del objeto o de los objetos donde había sido invertida. Mientras es nuevamente invertida en los mismos o en nuevos objetos, permanece libre.

Libido narcisista: libido antes de ser invertida en los objetos y que permanece en el *self*, o libido que ha sido movilizada de los objetos y que retorna al *self*.

Límites yoicos: función del Yo que permite la distinción nítida entre el *self* (o la autorrepresentación) y la(s) representación(es) de objeto. Esto permite distinguir

si un afecto proviene de sí mismo o del objeto, o si las características del objeto son reales o han sido movilizadas de objetos tempranos. En otro sentido, capacidad del Yo para mantener, a través de contracatexis, lo que ha de ser mantenido fuera del campo de lo consciente.

Limítrofe: *ver Borderline.*

Líneas de desarrollo: trayectos que siguen, en el curso de la vida, los distintos niveles del desarrollo. Por ejemplo, la línea de desarrollo psicosexual y la línea de desarrollo de las relaciones objetales.

Madreambiente: medio que rodea al infante y que está constituido primordialmente por la presencia de la madre y sus acciones dirigidas al niño.

Madre suficientemente buena: término introducido por D. Winnicott que se refiere a las cualidades indispensables en una madre para satisfacer las necesidades del niño. (D. W. Winnicott, *Mind and its Relation to the Psyche-Soma*, Coll. Papers, p. 245, London, Tavist. Public, 1958.)

Maternidad: funciones que realiza la mamá con su hijo: alimentación, cuidado, seguridad, compañía, estimulación corporal, etcétera.

Mecanismos de defensa: funciones del Yo que se desarrollan ante el peligro (ansiedad) que proviene de un conflicto, y que protegen al Yo de dicho peligro de mantener el conflicto fuera del alcance del consciente.

Mecanismos de defensa neuróticos: aquellos que se ponen al servicio de la represión tanto del conflicto como del impulso. Proceden de etapas posteriores a la pregenital.

Mecanismos de defensa primitivos: los que se originan en las etapas pregenitales y que no están al servicio de la represión, sino de la actuación del impulso; por ejemplo, disociación, negación, etcétera.

Mecanismos defensivos: *ver Mecanismos de defensa.*

Mecanismos defensivos psicóticos: *ver Mecanismos defensivos primitivos.*

Mecanismos disociativos: *ver Disociación.*

Mecanismos represivos: mecanismos de defensa que se ponen al servicio de la represión. *Ver Mecanismos de defensa neuróticos.*

Mecanismos restitutivos: *ver Fenómeno restitutivo.*

Metateoría: panorama teórico que contempla varias teorías en sus relaciones mutuas.

Métodos multidimensionales: instrumentos o procedimientos que permiten medir varios parámetros o dimensiones en la investigación.

Moratoria psicosocial: *moratorium* psicosocial. Periodo de espera que el individuo tiene al finalizar la adolescencia para alcanzar la posición adulta y que está determinado por las demandas sociales (Erikson: *The Psychology of Adolescence*, 1956).

Corresponde al periodo de postadolescencia (Blos, "When and How does Adolescence End?", *Psychoanal. Study Child*, 1976).

Moratorium: ver Moratoria psicosocial.

Motivación: en el sentido aquí utilizado, estructura de deseo instintivo programada biológicamente (etológicamente). Estructura de deseo instintivo original, a la que se agregan modificaciones motivacionales (realineaciones) constituyendo la fuente de donde parte el impulso.

Motivación instintiva: ver Motivación.

Movimiento progresivo: en el sentido aquí utilizado, se refiere al interés emocional que el adolescente transporta de los objetos del pasado hacia los objetos del presente.

Movimiento real alternativo: continua movilización de intereses emocionales que el adolescente presenta en constante progresión y regresión (regresión progresiva sustituyendo unos objetos por otros, para luego sustituir éstos por los anteriores [Blos, "The Second Individuation Process of Adolescence", *Psychoanal. Study Child*, 1967]). La resultante de este movimiento es el desarrollo hacia la situación adulta.

Movimiento regresivo: en el sentido aquí utilizado, interés emocional que el adolescente transporta de los objetos del presente a los del pasado.

Mundo interno: estructura fundamental del psiquismo para la escuela kleiniana, de carácter móvil y fantasmagórico, donde habitan e interactúan los objetos internos. En él se organizan las principales funciones de la personalidad.

Narcisismo: estado del aparato psicológico pregenital, en el que el niño estima sus capacidades a un nivel de omnipotencia. Cuando se aplica al adolescente o al adulto, implica una hipercatexia del *self*.

Narcisismo primario: término utilizado por Freud en *On Narcisium, 1914*, para referirse al estado original en que no ha habido inversión de libido. Corresponde (teóricamente) al punto de partida del desarrollo de las relaciones objetales. Es el supuesto estado de autismo, del que ha de partir el desarrollo de la relación simbiótica (Mahler, *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, 1968).

Narcisismo secundario: narcisismo producto de la deslibidinización de objetos, quedando la libido libre nuevamente (no investida a objetos). Se produce en la psicosis y como estado transitorio en la adolescencia, cuando el individuo se desvincula de la figura de sus padres tempranos. Esta forma de narcisismo también se produce en el proceso de duelo normal.

Necesidad: urgencias naturales del infante: el hambre, respirar, mantener una temperatura y humedad adecuadas, una posición cómoda, etcétera.

- Negación:** mecanismo de defensa consistente en omitir hechos trascendentes de la realidad o de la vida interna en forma por demás extensa.
- Neurosis:** como se utiliza en la actualidad significa lo mismo que psiconeurosis. Se refiere a un trastorno mental en el que se ponen en juego alguno o algunos mecanismos de defensa con el objeto de reprimir un conflicto que causaría ansiedad. Implica una alteración parcial del sentido de realidad.
- Neurosis de transferencia:** conjunto afectivo-conflictivo de la situación infantil superimpuesto y repetido en la situación terapéutica psicoanalítica y en torno a la figura del terapeuta. Su resolución terapéutica encamina a la terminación del análisis. Rara vez se presenta en el tratamiento de menores.
- Neurosis infantil:** conjunto de elementos-conflictos que forman el llamado complejo de Edipo.
- Neurótico:** que padece de neurosis. Relativo a neurosis.
- Neutralización:** implica los mecanismos de desexualización y desagresivización. Función del Yo que lleva a cabo la síntesis de los instintos agresivo y libidinal.
- Nivel cortical:** funcionamiento mental superior (funcionamiento propio del ser humano y de los animales más evolucionados) que se entiende como determinado en la corteza cerebral.
- Objeto:** en el sentido aquí utilizado, objeto de un instinto, es decir, el objeto del cual se obtendrá la gratificación instintiva. Se refiere a la carga intensa de libido que hacemos de una persona o cosa. La persona más intensamente cargada con libido es la madre, así como también es ésta el objeto que primero se carga. Por esa razón, casi siempre que hablamos del objeto nos referimos a la imagen interna de la madre.
- Objeto de gratificación:** *ver Objeto.*
- Objeto de transición:** personas que el adolescente escoge para establecer relaciones provisionales, a veces muy intensas, que están investidas de afectos que el sujeto ha transportado de los objetos primarios. Estos objetos adquieren la función de modificar la motivación instintiva de manera que se descontamine de los efectos ligados a las figuras tempranas. De esta manera el sujeto se habilita para establecer relaciones maduras (reales).
- Objeto interno:** es el habitante del mundo interno, representación de un personaje que se adquiere por introyección e identificación y que interactúa con los otros objetos internos de acuerdo con un guión de fantasías inconscientes. Proviene de la reunión y evolución de los conceptos freudianos de imago y de objeto de la pulsión dentro de la teoría kleiniana.

Objeto nuevo: en el contexto psicoanalítico, especialmente en referencia al tratamiento de niños, se aplica al analista cuando el paciente no sólo lo considera un objeto de relación transferencial sino también como una persona recién conocida en el aquí y ahora sin distorsiones y sin investirla con idealizaciones o devaluaciones subjetivas que la ligarían a los objetos tempranos.

Objeto parcial: *ver Representación parcial.*

Objeto primario: se refiere a la primera relación, es decir, a la madre.

Objetos primarios: los padres de la infancia temprana (edípica y preedípica), cuyas imágenes y afectos ligados a ella persisten vigentes hasta que el individuo logra desvincularse de ellos.

Objetos tempranos: *ver Objetos primarios.*

Oral: *ver Etapa oral.*

Padre pregenital: la figura del padre temprano (anterior a los tres años de edad) que ha sido introyectada. Es la parte de la relación dual, en contraposición del padre edípico con el que se mantiene una relación triangular.

Padres tempranos: *ver Objetos tempranos.*

Pareja real: en el sentido aquí utilizado, relación que el individuo establece con base en elementos verdaderos emanados de la persona real y no en afectos y características transferidos del pasado.

Pensamiento abstracto: *ver Pensamiento operacional formal.*

Pensamiento concreto: *ver Pensamiento operacional concreto.*

Pensamiento formal: *ver Pensamiento operacional formal.*

Pensamiento operacional: *ver Pensamiento operacional formal.*

Pensamiento operacional concreto: Según Piaget, tipo de pensamiento característico de los dos a los ocho años. Realiza operaciones lógicas, pero no abstractas (formales) (Piaget e Inhelder, *Mental Imagery in the Child*, 1971).

Pensamiento operacional formal: Según Piaget, modalidad de pensamiento que alcanza el individuo cuando desarrolla la función cognoscitiva de abstracción y está en posibilidad de realizar operaciones lógicas abstractas (Piaget e Inhelder, *Mental Imagery in the Child*, 1971).

Pensamiento operacional prelógico: pensamiento que no tiene base en la lógica, sino en falsos silogismos.

Pensamiento operacional preoperacional: Según Piaget, funcionamiento mental de los dos a los ocho años. Anterior al desarrollo del pensamiento operacional concreto del infante (Piaget e Inhelder, *Mental Imagery in the Child*, 1971).

Pensamiento primario: *ver Latencia y Etapa de latencia.*

Pensamiento secundario: *ver* **Procesos secundarios.**

Pensamiento senso-motor: Según Piaget, funcionamiento mental anterior a la adquisición de lenguaje (Piaget e Inhelder, *Mental Imagery in the Child*, 1971).

Periodo de latencia: *ver* **Latencia y Etapa de latencia.**

Periodo de individuación: *ver* **Individuación.**

Periodo de separación-individuación: *ver* **Fase de separación-individuación.**

Periodo edípico: *ver* **Fase edípica y Complejo de Edipo.**

Periodo preedípico: periodo anterior a los tres años de edad (etapas oral y anal).

Personalidad: la imagen de la persona y sus formas de reaccionar percibidas por otros.

Perspectiva dinámica: conjunto de conceptos en tomo al aparato psicológico, que incluye la existencia de un inconsciente, el cual tiene un papel en la determinación de la conducta y además interactúa con las otras instancias psíquicas.

Perspectiva genética: estudio del aparato psicológico desde el punto de vista de su origen o de sus primeras estructuras.

Perspectiva yoica: *ver* **Psicología del Yo.**

Placebo: pildora de azúcar sin valor terapéutico objetivo que se administra a los pacientes para producir un efecto psicológico.

Poder estadístico: en investigación se refiere al grado en que ésta puede detectar diferencias entre los grupos cuando estas diferencias existen en la población.

Posición: para Melanie Klein designa una ubicación determinada del sujeto dentro de una situación objetal compleja, la cual se instala como respuesta a un tipo específico de angustia. A partir del material de la sesión analítica Klein describe dos posiciones fundamentales de funcionamiento del aparato psíquico, la esquizoparanoide y la depresiva, conceptos que luego aplica al desarrollo normal del niño.

Potencial contra transferencial: disposición o aptitud que tiene el terapeuta para responder contratransferencialmente.

Preedípico: relativo a las etapas anteriores a la edípica.

Pregenital: relativo a las etapas anteriores a la etapa fálica (etapas oral y anal).

Proceso analítico: *ver* **Proceso terapéutico.**

Proceso de elaboración: trabajo mental efectuado por el paciente durante el tratamiento analítico que lo hace progresar al descubrir determinantes inconscientes. Este proceso es producto del trabajo interpretativo y de confrontación que hace el terapeuta, sustituyendo defensas que lo consumen por otras más operativas.

Proceso masturbatorio: el desarrollo que sufre la fantasía y la actividad masturbatoria en el curso de la vida que culmina con la integración de los genitales y de la

función sexual a la autorrepresentación mental, permitiendo la solidificación de la genitalidad y de la identidad total.

Procesos primarios: actividad mental desorganizada que caracteriza la vida mental inconsciente. Son descargas de energía psíquica que no cumplen las demandas del ambiente, de la realidad o de la lógica. Se caracterizan por la condensación, el desplazamiento y la gran movilidad de las catexias.

Procesos secundarios: actividad mental organizada de acuerdo con la lógica que caracteriza al pensamiento consciente.

Proceso terapéutico: se refiere a un *continuum* que existe en todo tratamiento analítico; incluye una fase inicial, una intermedia y una final. Cada una de las fases tiene características especiales, y su manejo, por lo tanto, también es diferente.

Progresión-regresión: *ver* **Regresión progresiva.**

Pronóstico: Juicio anticipado que se refiere al desenlace, positivo o negativo, que tendrá una enfermedad, con el tratamiento o sin él.

Proyección: es una de las primeras defensas del Yo en la que el sujeto deposita su sentimiento en otra persona para controlar su angustia. Funcionamiento propio del aparato psicológico temprano, resultante de que el Sí mismo no se distingue del objeto.

Psicoanálisis: método descubierto por Freud para el tratamiento y la investigación de las neurosis. El paciente asiste a sesiones en las que se acuesta en un diván, no ve al analista, y asocia libremente. Las sesiones tienen una frecuencia de cuatro veces a la semana. En niños y adolescentes (éstos no se acuestan), se puede hacer uso de juego, dibujos, ensoñaciones y verbalizaciones.

Psicología del Yo: en la teoría psicoanalítica, todo lo relacionado con el estudio del Yo. Escuela del Yo es la orientación de Anna Freud y de sus seguidores en Inglaterra y Estados Unidos, la cual considera a las funciones del Yo como el centro del aparato psíquico y de su funcionamiento.

Psiconeurosis: neurosis atribuidas a la existencia de un conflicto que opera inconscientemente desde la situación edípica, evocando la utilización de mecanismos defensivos de orden neurótico.

Psicopático: trastorno de la personalidad en el que existe una carencia de integración afectiva y se actúa el impulso en forma antisocial. La modalidad de actuación antisocial pasa a formar parte del carácter. Implica mecanismos disociativos.

Psicosis: enfermedad mental en la que se produce un rompimiento con la realidad y aparecen los mecanismos defensivos psicóticos (*ver* **Mecanismos defensivos primitivos**).

Psicoterapia: procedimiento terapéutico consistente en sesiones en las que el paciente se sienta de cara al terapeuta. Si es un infante, se utilizan juguetes. Esta modalidad terapéutica puede ser de apoyo, en la que no se interpretan las defensas ni la transferencia; o expresiva, en la que sí se interpretan las defensas y la transferencia.

Psicosexual: relativo a fenómenos eróticos. Relativo al desarrollo que sufre la búsqueda de gratificación erótica durante las etapas oral, anal, fálica, etc., hasta el establecimiento de la genitalidad.

Psicoterapia de grupo: proceso en el que las fuerzas terapéuticas son desarrolladas cuando se reúnen dos o más pacientes con uno o más terapeutas. El líder del grupo interpreta, ya sea en forma individual o grupal, lo que promueve la elaboración de todos. El paciente ve que sus problemas no son únicos, ya que los demás también los comparten, lo que lo hace sentir mejor. Se forma la "cultura grupal".

Psicoterapia dinámica: psicoterapia orientada con base en la existencia de un inconsciente dinámico. Psicoterapia basada en los descubrimientos psicoanalíticos.

Pubertad: etapa que se extiende desde el final del puerilismo. Comienza con el período adolescente con la adquisición de características sexuales secundarias, y continúa por dos o tres años.

Pulsión: ver **Pulsión instintiva**.

Pulsión instintiva: fuerza vehemente, anhelo que parte de una motivación instintiva (Ello) y pugna por gratificación. Representación mental de la urgencia.

Racionalización: mecanismo de defensa en el que se recurre a razonamientos que exculpan al individuo.

Rapport: se refiere a la facilidad, empatía y reciprocidad con las que el sujeto se relaciona con el otro.

Rapprochement: tercera subfase de la fase de separación-individuación posterior a la subfase de práctica y anterior a la de constancia objetal. (Mahler, *On Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, 1968) En la subfase de *rapprochement*, el infante retoma a la madre y se relaciona con ella utilizando las ganancias psicológicas que ha desarrollado en la fase anterior.

Reabastecimiento emocional: término acuñado por Manuel Furer para denominar el retorno intermitente que los infantes hacen hacia la madre. Aparentemente necesitan reabastecerse emocionalmente para poder continuar con el desarrollo de la individuación.

Reacciones transferenciales: ver **Fenómeno transferencial**.

Reacomodos conductuales: transacciones en la conducta que el individuo hace en un esfuerzo por la adaptación.

- Redistribución libidinal:** movilización de intereses emocionales (libido) de uno(s) a otro(s) objeto(s), adquiriendo una nueva distribución de éstos.
- Regla fundamental del psicoanálisis:** que el paciente diga todo lo que está pasando por su mente (asocie libremente).
- Regresión:** retorno psicológico a un nivel anterior de adaptación; adopción de una conducta apropiada a una edad anterior del desarrollo que no concuerda ni con la edad ni con el estado social del individuo.
- Regresión adaptativa:** función del Yo. Regresión que está al servicio del desarrollo y que es propia, normal y necesaria en determinadas etapas del desarrollo. También: regresión que permite ciertos estados normales de la conciencia por ejemplo, dormir o el orgasmo.
- Regresión a etapas preedípicas:** es un retroceso a etapas previas a los tres años de edad (*ver* **Regresión**).
- Regresión al servicio del Yo:** función del Yo al servicio de la realización de ciertas actividades del aparato psicológico, por ejemplo, en la introspección (*ver* **Regresión adaptativa**).
- Regresión defensiva:** tipo de regresión que se considera patológica porque lleva, durante la adolescencia, a la interrupción del proceso de desarrollo. Al contrario, la regresión progresiva es necesaria para el desarrollo adolescente.
- Regresión obligatoria:** relativa a la regresión necesaria para el desarrollo (*ver* **Regresión adaptativa**).
- Regresión progresiva:** propia del periodo de la adolescencia mediante la cual el individuo adquiere el ímpetu para lograr una progresión en su desarrollo (Blos, "The Second Individuation Process of Adolescence", *Psychoanal. Study Child*, 1967). Movimiento de libido de objetos presentes a los tempranos y viceversa.
- Relación de objeto edípico:** la que intenta reproducir, en el adulto, la relación edípica que tuvo el paciente, de niño, con sus padres. En la fantasía eliminaba a sus rivales para quedarse con el padre del sexo opuesto.
- Relaciones de objeto:** *ver* **Relaciones objetales**.
- Relaciones objetales:** las que se establecen con base en la internalización (desarrollo de representaciones mentales) de objetos. En términos generales se refiere a las relaciones emocionales significativas que el sujeto tiene en el curso de su vida.
- Relación real:** aquélla en la que la representación mental (objeto) se encuentra nítidamente diferenciada y corresponde a la realidad del objeto externo. En relación con el tratamiento psicoanalítico, se refiere a la relación del paciente con el tera-

peuta con base en la interacción presente, en contraste con la relación transferencial, basada en elementos transportados por el pasado infantil del paciente.

Relación simbiótica: la modalidad de relación en la fusión que se establece en la fase simbiótica (*ver Fase simbiótica*).

Relación total: relación de dos personas del sexo opuesto que se vinculan con base en representaciones reales (que cada una tiene de la otra) y en la cual cada una adquiere la investidura de la elección de objeto (objeto de gratificación instintiva) para la otra, lográndose, en ambas, la internalización de la relación de pareja.

Remisión espontánea: disminución o atenuación de un proceso patológico por sí mismo, sin una razón aparente que la explique.

Repleción sensorial: disminución en la que el sensorio se encuentra repleto de estimulación sensorial, más allá de la capacidad que tiene el individuo para procesar la información (M. I. López, *La encrucijada de la adolescencia*, 1988).

Representación del *self*: forma en que la persona se percibe a sí misma consciente e inconscientemente. Incluye representaciones de los estados del cuerpo, de los impulsos y afectos que el individuo percibe del sí mismo en diferentes tiempos, en reacción a sí mismo y al mundo de fuera.

Representación del sí mismo: *ver Autorrepresentación*.

Representación emocional: representación mental de los contenidos afectivos investidos en un objeto.

Representaciones de objeto: *ver Representación mental*.

Representación mental: estructura que se desarrolla en el aparato psicológico, conteniendo los significados afectivos (en términos de gratificación instintiva) y que corresponde a un objeto, una fantasía, un impulso o la gratificación (fantaseada) de éste.

Representación objetal: *ver Representación mental*.

Representación parcial: representación mental de la parte gratificadora de un objeto, Por ejemplo, la representación del pecho.

Represión: mecanismo defensivo contra la ansiedad y la culpa. Mediante este mecanismo los afectos, fantasías, deseos, etc., que son inadmisibles, son puestos fuera del alcance del consciente, los cuales continúan su operación dentro del sistema inconsciente.

Reprimir: efectuar la represión de algo inaceptable por el consciente.

Resistencia: fuerza represora que obra contra hacer consciente lo inconsciente. Fuerza opositora del esfuerzo terapéutico.

Resolución de la adolescencia: terminación exitosa del proceso adolescente con el consecuente logro del estado adulto.

Rompimiento psicótico: forma coloquial que se refiere a la afloración de mecanismos defensivos psicóticos (deslibidinización, disociación, proyección, etc.), cuando el Yo ya no tiene otros recursos para manejar la ansiedad que produce una eventualidad psicológica. Corresponde al derrumbamiento del aparato psicológico.

Satisfacción: estado que logra el infante al satisfacer sus necesidades.

Seguimiento: proceso de mantener contacto con el paciente después de la terminación de un tratamiento, para seguir valorando reacciones y resultados.

Segunda individuación: *ver* **Individuación y Segundo periodo de individuación.**

Segundo periodo de individuación: término que utiliza Peter Blos ("The Second individuation Process of Adolescence", *Psychoanal. Study Child*, 1967) para referirse a la adolescencia, por las similitudes que tiene esta etapa con el periodo de separación-individuación (5 a 35 meses de edad).

Self: sí mismo.

Sensación de extrañamiento: sensación de no reconocimiento de sí mismo, de partes de sí mismo o de objetos externos que en la realidad son familiares. Fenómeno relacionado con la despersonalización.

Sensación de irrealidad: sensación de estar viviendo situaciones que no son reales, que se experimentan como un sueño. Fenómeno relacionado con la despersonalización.

Sensibilidad propioceptiva: sensibilidad que capta los estímulos que provienen del propio organismo; por ejemplo, permite percibir los movimientos o posición de los miembros o de las articulaciones.

Sensorio: relativo a los órganos sensoriales y a sus funciones.

Sentido de realidad: habilidad *yoica* desarrollada para diferenciar lo real de lo no real.

Señal: en el sentido aquí utilizado se refiere a una función que adquieren los afectos, por la cual anticipan al sujeto otros contenidos afectivos por venir. Este concepto se superpone al de señal de ansiedad, el cual tiene la función de disparar mecanismos de defensa antes que la ansiedad misma sea experimentada. La función de señal obra a nivel inconsciente o preconscious.

Separación: en la imposibilidad de lograr la individuación, que es un proceso intrapsíquico; el individuo se separa físicamente de los padres. Equivale a la actuación (*acting out*) de la individuación. En la infancia sí se ha de llevar a cabo un proceso de separación paralelo a la individuación, es decir, el infante sí ha de lograr una separación de las figuras de sus padres presentes, y no sólo de los padres internalizados.

Separación-individuación: *ver* **Fase de separación-individuación.**

- Simbiosis:** estructura mental que contiene sin diferenciación las representaciones del Sí mismo y las de la madre.
- Simbolización:** capacidad del Yo para recrear imágenes que representan objetos. Capacidad de establecer la relación entre dos objetos, logrando que uno represente al otro.
- Sí mismo:** estructura mental que contiene todo lo relacionado con uno mismo, deslindado de lo que corresponde a la madre y a otros objetos.
- Sí mismo-objeto:** tipo de representación mental que existe en la simbiosis.
- Síndrome:** grupo de síntomas que concurren juntos en distintas enfermedades o en diferentes situaciones.
- Síntesis:** función de la esfera libre de conflicto del Yo que implica un conjunto de funciones del mismo, entre ellas, la abstracción, el juicio de realidad, la neutralización y la integración.
- Sintonía:** condición de ciertos mecanismos defensivos (y actitudes resultantes) que no producen incomodidad (síntomas) a la persona por haber sido incorporado al carácter, percibiéndose, por tanto, como parte ella misma. También se refiere a partes del organismo y de sus funciones que son percibidas como partes integrales del Sí mismo (*self*).
- Sintónico:** ver **Sintonía**.
- Sistema:** fenómenos psicológicos que obran en conjunto. Por ejemplo en la teoría topográfica: sistema inconsciente, sistema consciente. En la teoría de sistemas, la familia se refiere al conjunto de individuos que interaccionan como tal.
- Situación edípica:** la que vive el infante de los tres a los cinco o seis años (fase edípica).
- Sobresaturación sensorial:** ver **Repleción sensorial**.
- Subíase de práctica:** segunda subíase del período de separación-individuación (Mahler, *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, 1968). En esta sub fase (11 a 18 meses de edad) el infante empieza a explorar el ambiente y a utilizar las recientemente adquiridas funciones musculares.
- Sublimación:** modificación de las acciones y actitudes que les quita el carácter instintivo, la cual trae como consecuencia una liberación de la libido atrapada en las defensas, para encausarla hacia creaciones con cualidades superiores.
- Superyó:** estructura psíquica, conjunto de demandas e idealizaciones introyectadas. Impulsos agresivos componentes del complejo de Edipo que, movilizados e investidos en una parte del *self*, componen el Superyó haciéndolo su heredero (Freud, *The Dissolution of the Oedipus Complex*, 1924).
- Tendencias regresivas:** existen individuos que prefieren añiñarse para no crecer, lo cual promete satisfacciones inmediatas y gratuitas; crecer es renunciar a ellas.

Otros tienen intenciones de cobrar lo que ellos creen que los padres todavía les deben. No han desarrollado la capacidad de preguntarse si merecen esos pagos.

Teoría psicoanalítica: cuerpo teórico del psicoanálisis y de las otras terapias psicoanalíticas.

Terapia centrada en el cliente: terapia no directiva asociada con el nombre de Carl Rogers, cuyo supuesto es que el paciente posee potencialidades inherentes para crecer, las cuales sólo necesitan ser liberadas por el terapeuta. La piedra angular de esta forma de terapia es la expresión de afectos. Virginia Axline es la principal promotora de la utilización de esta orientación en el tratamiento de menores.

Terapia centrada en el paciente: *ver* **Terapia centrada en el cliente.**

Terapia medio ambiental: ambiente terapéutico social en el que las actividades y la conducta del personal de la institución que ofrece el tratamiento están determinadas de acuerdo a las necesidades emocionales e interpersonales que se supone que el paciente tiene.

Terapia no directiva: *ver* **Terapia centrada en el cliente.**

Terapias psicológicas empíricamente apoyadas: tratamientos psicológicos que han sido expuestos a una evaluación mediante métodos aceptados por la ciencia psicológica.

Tipo regresivo: atracción que el individuo (adolescente) siente hacia la situación infantil. Esta fuerza puede ser evocada por determinadas situaciones presentes, por ejemplo, ciertas actitudes de los padres.

Transferencia: desarrollo de una actitud afectiva por parte del paciente hacia el terapeuta en forma de reacción cariñosa (positiva) y hostil (negativa), la cual procede en ambos casos, de relaciones anteriores del paciente con uno o ambos de sus progenitores y no de la situación terapéutica actual (*ver* **Fenómeno transferencial y Neurosis de transferencia**).

Transferencial: relativo a la transferencia.

Trastorno emocional: presencia de una disfunción mental que puede formar parte de un fenómeno patológico (un fenómeno normal de ajuste) o no.

Trastornos de la personalidad: en psicoanálisis y en psiquiatría se utiliza como un término diagnóstico. Se llaman también trastornos del carácter. Las partes en conflicto en vez de producir una neurosis se integran al carácter. Desde el punto de vista del grado de desarrollo alcanzado se encuentran entre la neurosis y la psicosis.

Trauma residual; término utilizado por Blos ("When and How does Adolescent End?", *Psychoanal. Study Child*, 1976) para referirse a los residuos de los traumas infan-

tiles que quedan sin resolver una vez realizado el proceso de resolución de la adolescencia.

Tutelaje: educación especializada para niños con problemas de aprendizaje.

Vinculaciones afectivas: lazos emocionales que el sujeto establece haciendo del objeto una fuente de gratificación, libidinización.

Vínculo: relación que desarrollan dos individuos mediante la cual cada uno es distinto y específicamente significativo para el otro.

Yo: una de las tres estructuras psíquicas (o instancias intrapsíquicas: Yo, Ello y Superyó) formada por las funciones que median (logran transacciones) con las otras dos instancias y con la realidad externa.

Yo autónomo: conjunto de funciones del Yo cuyo desarrollo es relativamente independiente de las situaciones conflictivas que se presentan durante el desarrollo.

Yoico: relativo al Yo.

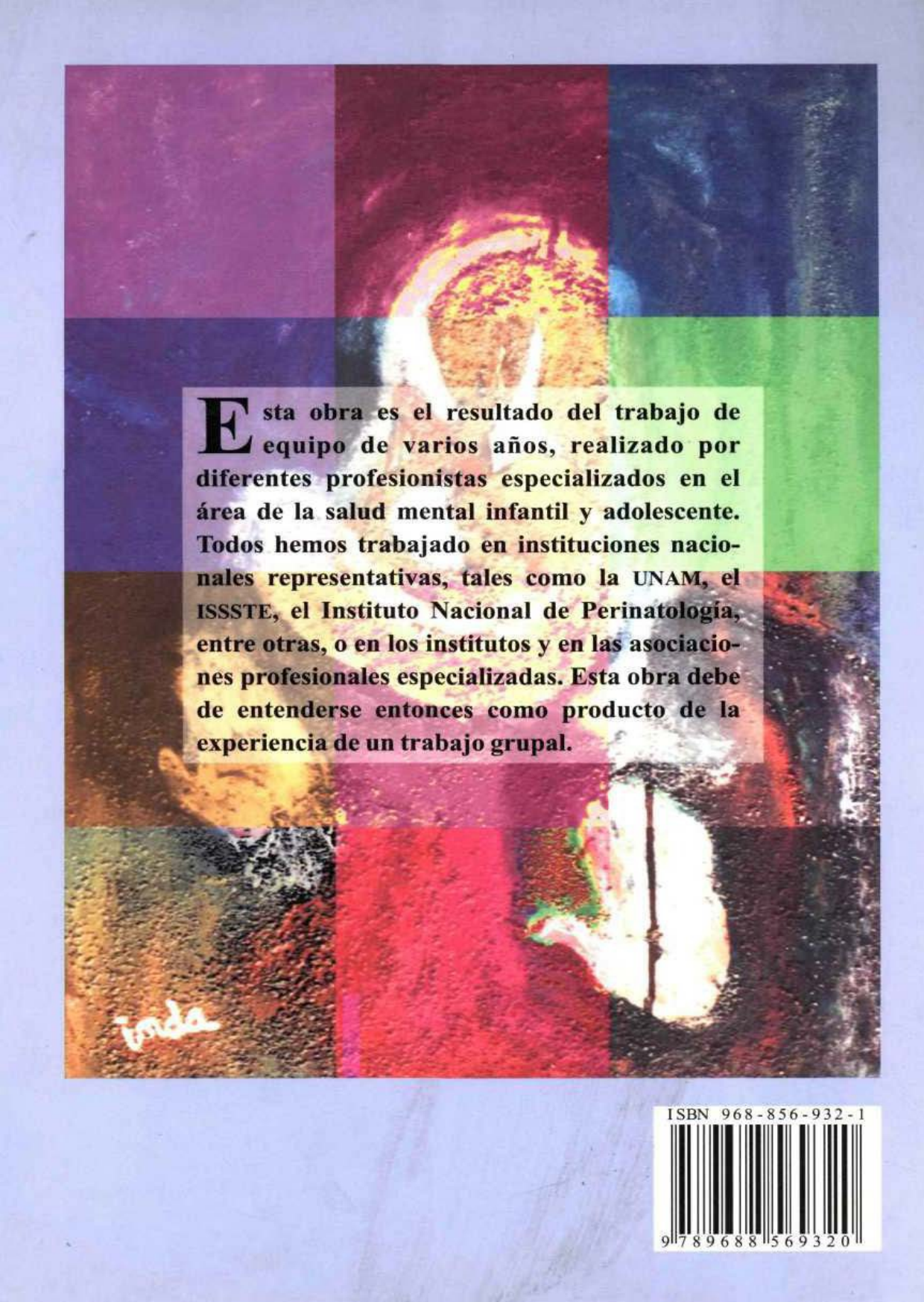
Yo ideal: estructura primitiva, anterior al desarrollo del sentido de realidad, en la cual el *self se* encuentra confundido en la omnipotencia fantaseada (el niño se experimenta a sí mismo como omnipotente, todopoderoso, etcétera).

Zonas erógenas: áreas especiales del cuerpo que, en las vicisitudes del desarrollo psicosexual, expresan el impulso erótico, es decir, se hacen eróticamente sensibles a la estimulación; por ejemplo, los genitales, el ano, la boca, la uretra, etcétera.

Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes

Se terminó de imprimir en octubre de 2003.

Tiraje: mil ejemplares.

The background is a complex abstract composition of various colors and textures. It features large blocks of purple, red, blue, green, and brown. There are also smaller, more intricate patterns, including what looks like a glowing circular shape in the upper center and a dark, textured shape in the lower right. The overall effect is vibrant and layered.

Esta obra es el resultado del trabajo de equipo de varios años, realizado por diferentes profesionistas especializados en el área de la salud mental infantil y adolescente. Todos hemos trabajado en instituciones nacionales representativas, tales como la UNAM, el ISSSTE, el Instituto Nacional de Perinatología, entre otras, o en los institutos y en las asociaciones profesionales especializadas. Esta obra debe de entenderse entonces como producto de la experiencia de un trabajo grupal.

inda

ISBN 968-856-932-1



9 789688 156932 0