

Algunas consideraciones en torno a las psicoterapias infantiles

J. L. Pedreira Massa

*Psiquiatría infantil. Coordinador de Salud mental del Área Sanitaria de Avilés
Con la colaboración de Lda. González, Psicóloga Infantil
de la Unidad de Salud Mental Infantil del Centro de Salud Mental de Mieres*

INTRODUCCIÓN

El debate establecido en el momento actual sería dilucidar cuál y cuáles son las indicaciones de una psicoterapia en la infancia, así como delimitar los límites conceptuales de ella. Un segundo nivel, del citado debate, se establece en qué tipo de trabajo psicoterapéutico puede llevarse a cabo en los servicios públicos. En el presente capítulo vamos a intentar exponer someramente algunos planteamientos prácticos y teóricos sobre el lugar de las psicoterapias en la infancia y adolescencia en el contexto de los servicios públicos; muchos de los contenidos pueden y deben ser objeto de debate, incluso en el seno de las diversas tendencias teóricas, y en modo alguno son un discurso cerrado, sino que, por el contrario, representan la apertura del discurso.

En muchas ocasiones se usa/abusa del término de Psicoterapias, pero en muy pocas ocasiones se delimita el qué se hace y cómo se aborda esa demanda. En una gran mayoría de las ocasiones se simplifica y reduce el campo al de los «consejos» o al exclusivo objetivo de hacer desaparecer (?) el síntoma o a la búsqueda de «adaptación» según determinados parámetros preconcebidos de antemano por el técnico, respetables pero muy subjetivos. Nosotros pensamos que estos y

otros son peligros de trivializar muy peligrosos y, sobre todo, muy poco rigurosos teórica y técnicamente. No se debería confundir la realización de un tipo determinado de intervención, por muy eficaz que sea, con la realización de una psicoterapia.

La formación de psicoterapeutas es una laboriosa tarea que precisa de constancia y claridad en los fundamentos teóricos y prácticos, así como de una adecuada supervisión que delimite las competencias. En el campo de la infancia y de la adolescencia aún es más difícil la tarea de la formación de los psicoterapeutas, lo cuál hace que se decante también la demanda de formación en este campo de profesionales y técnicos. No todo el que trabaja con niños y adolescentes es psicoterapeuta, ni todo trabajo que se realiza con ellos es psicoterapia, por mucho que los profesionales se ubiquen en centros que presumiblemente llevan el marchamo «psi».

FUNDAMENTACIÓN HISTÓRICA

En capítulos anteriores hemos resaltado las fases históricas de la infancia expuestas por Lloyd de Mause; simplemente resaltar que es desde el siglo XIX, con la fase de sociabiliza-

ción, que las intervenciones sobre la infancia han tenido su importancia, empezando en esa época la oportuna cimentación teórica y metodológica. Sobre todo ha sido en la segunda mitad de nuestro siglo, fase de ayuda, cuando realmente han surgido las publicaciones más serias y rigurosas sobre el trabajo que se desarrollaba sobre la infancia y adolescencia.

¿Cuáles son las principales tendencias psicoterapéuticas?

Como bien es sabido fue Freud quien primero teorizó sobre la infancia, pero daba poca credibilidad al análisis infantil y además decía que tenía muchas dificultades para llevarlo a cabo. No obstante fue el descubridor del inconsciente infantil y describió las fases del desarrollo libidinal y pulsional ya en 1895, y que se completa con algunas matizaciones en la Interpretación de los sueños de 1900 y en los Tres ensayos sobre la sexualidad de 1909. El caso Juanito (1909) marca un hito importante, pero Freud no realiza el análisis directamente sino que lo hace a través de su padre que era alumno suyo. En dos trabajos posteriores: Análisis profano (1926) y Continuación de introducción al psicoanálisis (1932), realiza dos sugerencias un tanto contradictorias; podría ser interesante el análisis profiláctico en la infancia pero es difícil llevarlo a cabo por la escasez de analistas formados; la segunda es que para el análisis infantil sería preferible que fueran analistas femeninas y que este campo del análisis infantil era un campo adecuado para las analistas.

Desde esas primeras formulaciones de Freud mucho ha cambiado la tendencia psicoanalítica y sus escuelas:

1. Los pioneros fueron poco sistematizados pero sentaron algunos principios importantes: Pfister ideó el «método del paso» para abordar a los jóvenes; Zullinger puede ser considerado como el pedagogo por excelencia, y Hag-Hellmuth fue el primero en trabajar con el juego y la ludoterapia.
2. La gran pionera fue M. Klein (analizada por Ferenczi), que preconiza e interpreta precozmente toda la sexualidad in-

fantil, reglamentando parte de la cuestión del cajón de juegos y de los juguetes necesarios. Derivados de sus planteamientos surgen Winnicott con el diseño de la consulta terapéutica y de otros instrumentos como el «garabato» y la teorización del objeto y espacio transicionales y A. Aberastury hace una diferencia precisa entre juego diagnóstico y juego terapéutico.

3. A. Freud destaca el papel de la pedagogía, llevando los principios analíticos hacia una pedagogización, asumiendo el papel de ideal del yo el propio psicoterapeuta. Greenacre, H. Nájera y E. Plank (con sus técnicas para la psicoprofilaxis quirúrgica a través del juego), son representantes de esta línea de actuación.
4. A caballo de ambas tendencias podrían situarse: Spitz con su tendencia de psicoanálisis genético, sobre todo teorizando sobre las relaciones de objeto y la constitución del Yo en la infancia; Bo Iby trabaja sobre la vinculación, las relaciones de apego y la creación de las figuras de apego, siendo la tendencia etológica.
5. Actualmente son reconocidas algunas tendencias importantes:
 - 5.1. Los clásicos:
 - Lebovici, Soulé y Anxieu trabajan con la dramatización en la infancia.
 - Diatkine trabaja con la reconstrucción de las relaciones objetales y establece claramente la diferencia entre psicoterapia y psicoanálisis en la infancia.
 - Kreisler aborda las relaciones de objeto a través de la clínica psicósomática infantil.
 En general las técnicas empleadas son las terapias diádicas y el psicoanálisis precoz.
 - 5.2. Los institucionales:
 - Tosquelles trabaja sobre todo el maternaje terapéutico y con los deficientes profundos.

— Aubin plantea el trabajo institucional con niños psicóticos.

5.3. Los renovadores:

— G. Raimbault utiliza otras vías para intervenir: El hospital pediátrico, los pediatras, etc.

— F. Dolto sería la nueva pedagogía analítica.

— M. Mannoni resalta el papel de la primera entrevista y la función de una nueva institución.

— R. y R. Lefort abordan las intervenciones en las psicosis infantiles y la función de la simbolización.

Posteriormente surge la tendencia conductista, que fija su atención en lo manifiesto de la conducta infantil y su modificación dependería de los «refuerzos» positivos o negativos que se establezcan frente a una conducta determinada. Watson estaría en una postura más ecléctica, mientras Skinner y Pribram podrían representar una línea menos dialogante y más dogmática en los planteamientos.

Las teorías cognitivas, derivadas de las tendencias teóricas de Piaget y Luria, buscan la integración de los procesos intelectuales y cognitivos en el desarrollo del crío, obteniendo operaciones intelectuales precisas: tiempo, espacio, movimiento, etc. Unidos a los aspectos neurológicos y algunos dinámicos surgen las terapias psicomotrices, con las reeducaciones, la logopedia, etc.

El abordaje comunicacional y familiar: desgajadas de la escuela psicoanalítica, como Minuchin, Wachlawitz, Sluzky, Masson, etc., con gran fundamentación del concepto psicoanalítico de familia pero con el baño pragmático, un tanto concretista, de la psicología del yo americana o conductista de Palo Alto. Las tendencias europeas, derivadas también del psicoanálisis, están más influenciadas de contenidos sociologizantes, como la escuela italiana de Selvini, Pratta, Cancrini, Coletti, etc., y lo aplican a los servicios públicos, como Semboloni, etc.

La última tendencia está en las coberturas sociales. Surgen del paternalismo inicial de

Louisse Bowen y sus seguidores del movimiento pro-salvación del niño, trabajando con la infancia inadaptada en USA y dan origen a Protección de Menores y a los Tribunales Tutelares de Menores, comenzando una nueva fase más sutil en la represión infantil, con un gran mimetismo hacia la ideología de las clases dominantes; hacen cierta la alegoría de A. Platt: los protectores del niño o la invención de la delincuencia infanto-juvenil.

CONCEPTO DE PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

El concepto de psicoterapia, sobre todo en la infancia y adolescencia, es algo muy debatido y que, al derivar de una concepción teórica, presenta los defectos que le son propios. No obstante asumimos el concepto de Schneider, en términos generales: «la psicoterapia es un método sanitario de tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos debidos a los conflictos intrapsíquicos conscientes e inconscientes sin resolver, que exige por parte del paciente un compromiso voluntario, una colaboración, el deseo y la posibilidad de entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal subjetiva muy particular a la que se llama relación psicoterapéutica, que permite que se establezca un proceso psicoterapéutico en el cual el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación. El fin ideal de la psicoterapia es permitir al paciente resolver por sí mismo los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su ideología y en absoluto la del psicoterapeuta.»

¿Es aplicable este concepto tal cual a la infancia? Hay que considerar que en la infancia se emplean algunos métodos específicos (juego, dramatización, actividad, etc.), no obstante existe y se posibilita un tipo de transmisión lingüística, si ello es así y, por lo tanto, se accede a una función de simbolización, entonces es cuando se establece una relación psicoterapéutica.

En plano amplio el concepto enunciado sirve tanto para el nivel individual como el de

pareja, como para una familia, un grupo o una comunidad, pero existen unas excepciones que hay que considerar:

— Hay técnicas de grupo que tienen otros ejes de referencia y, por tanto, no son en sentido estricto una psicoterapia.

— La terapia familiar basada en la teoría de la comunicación no es una psicoterapia como tal, puesto que no existe la exigencia de una estructuración del psiquismo del sujeto.

— Determinadas técnicas de intervención comunitaria, aunque pueden tener efectos psicoterapéuticos o convertirse en psicoterapias, en sí mismas no son, ni tienen por qué ser psicoterapias.

TESIS EN LA CONCEPCIÓN DE PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Estas tesis que fundamentan el concepto anteriormente expresado de psicoterapia han sido formuladas por Schneider (1) para la psicoterapia general, nosotros las hemos reformulado para la infancia y adolescencia e intentado articular para su utilización en un servicio público:

1.ª tesis: «La psicoterapia es un método de tratamiento de los trastornos psíquicos y psicósomáticos que alteran la salud infanto-juvenil o que se producen a lo largo de su normal evolución. Se dirige a sujetos enfermos o que sufren, por lo que pertenece al campo del sistema sanitario y de la medicina».

Esta delimitación psicológica sólo puede hacerse en función de la totalidad del sujeto infantil, con sus propios procesos de evolución y maduración, reconociendo que todo trastorno psíquico ocurre y se desarrolla en un sujeto con un cuerpo y que éste tampoco permanece indiferente a ese sufrimiento.

De esta suerte trabajar en exclusividad sobre lo psíquico no es más que trabajar sobre un fantasma idealizado. Precisamente por esta

situación es por lo que debe encuadrarse en las actividades propias del sistema médico-sanitario; toda intervención fuera de él no es estrictamente una psicoterapia, por lo que debiera ser definida con otros ejes que excluyan la relación que caracteriza al paciente y a su tratamiento.

2.ª tesis: «La estructura fundamental del psiquismo es conflictiva y la psicoterapia trata al sujeto infantil o al adolescente enfermo o que sufre, intentando descubrir los conflictos intrapsíquicos no resueltos o ayudando a comprender la organización de ellos en esa etapa evolutiva en la cual se encuentra el sujeto».

La situación conflictiva intrapsíquica es un dato antropológico universal del ser humano, consecuencia de las vicisitudes a lo largo de su desarrollo y de la integración, por un proceso de maduración, de los conflictos interpersonales que se viven a lo largo de la infancia. Esta noción de conflicto es muy amplia y en la infancia y adolescencia tiene la característica de estar «presentificada» en este momento, por lo tanto hay que enmarcar la acción psicoterapéutica como algo que ayude a organizarlos y a superarlos.

3.ª tesis: «Para entender por qué los conflictos intrapsíquicos no encuentran solución, es indispensable recurrir a la noción de un inconsciente que sostiene la estructura del psiquismo según el sistema consciente/inconsciente».

Precisamente en la infancia se está organizando estructuralmente el psiquismo infantil, de aquí los grandes gastos de energía y de economía psíquicas que se realizan en esta etapa de la vida. En esta etapa de la vida se debe pasar de ser objeto de deseo a ser sujeto deseante, lo cual comporta: la formación de un yo, pero también los investimentos y contrainvestimientos objetales. De aquí que, en muchas ocasiones, sea en un après-coup como cobra significación la situación conflictiva.

4.ª tesis: «El abordaje psicológico de los

conflictos intrapsíquicos no resueltos y a menudo inconscientes, solo puede realizarse si el paciente siente, en función de su sufrimiento, el deseo de hacerse ayudar o tratar por medio de ese abordaje psicológico de los conflictos».

Es muy difícil que en la infancia y adolescencia aparezca esta situación en la forma y manera en que se presenta la introspección o insight en la persona adulta. El insight en la infancia y adolescencia pasa por otras coordenadas que el terapeuta precisa desenmarañar y ayudar a presentar y comprender esos problemas internos.

5.ª tesis: «La relación psicoterapéutica es una relación interpersonal subjetiva, comparable, bajo muchos aspectos y puntos de vista, a las relaciones que establecemos con el reducido número de personas más allegadas a nosotros. Pero la relación psicoterapéutica presenta varias características diferentes a la relación interpersonal subjetiva habitual».

En la infancia hay una serie de peligros o de «artimañas» que no son psicoterapia, pero que pueden presentarse como tales: la empatía, la seducción, la convicción, etc. que no son técnicas psicoterapéuticas. Las funciones del psicoterapeuta en esa relación con la infancia se cifran en una función de filtro del material traído por el niño o adolescente, y devolver al sujeto infantil un material más elaborado y comprensible, con el fin de dirigir la evolución de esa relación hacia la dirección de la cura. Hay que saber ser receptorario de los amores y odios de la infancia y adolescencia a través de intercambios libres e independientes y saber devolverlo al niño o adolescente de forma comprensible.

6.ª tesis: «La comunicación entre el psicoterapeuta y el sujeto/paciente se hace a través del lenguaje que debe convertirse en el modo exclusivo de relación».

Pero en la infancia el lenguaje tiene varias expresiones y el conocimiento de esas formas de expresión establece el límite de la concepción de lenguaje. Lenguaje en tanto favorecen los procesos de simbolización del ser infantil: juego, dibujo, los garabatos de Winnicott, las pequeñas dramatizaciones, la utilización de cierto material proyectivo, etc. son formas de comunicación y lenguaje infantiles que establecen la forma de relación entre el psicoterapeuta y el sujeto infantil, posibilitando una toma de sentido de esa relación.

7.ª tesis: «Para que un proceso psicoterapéutico, que debe llevar consigo tales efectos terapéuticos, pueda establecerse, es indispensable que el psicoterapeuta y el sujeto deseen colaborar y trabajar en común para el establecimiento de dicho proceso, el cual tiene en cuenta las modalidades de la relación psicoterapéutica».

Es importante ver los handicaps y dificultades e interferencias que ocurren en este proceso en la infancia:

— Escasez de centros y profesionales formados, con lo que las distancias físicas suelen ser importantes.

— Necesidad de que el niño sea acompañado por alguna persona adulta en esos desplazamientos y que esa persona adulta se encuentre en disponibilidad para hacerlo.

— Los trayectos tienen su dificultad para la infancia.

— La posible rivalidad vivenciada de las figuras parentales hacia el psicoterapeuta.

— El respeto del «secreto» e intimidación hacia los contenidos ofertados por el pequeño paciente.

8.ª tesis: «Los fines de la psicoterapia son múltiples y tienden, idealmente, a permitir al sujeto resolver, por sí mismo, los conflictos intrapsíquicos y conseguir así un grado de liberación que le permita elegir. El psicoterapeuta debe esforzarse por no imponer sus propias opciones».

ideológicas al sujeto, lo cual exige que las reconozca y las analice».

Hay determinadas escuelas denominadas psicoterapéuticas que exigen una adhesión a la ideología de dicha escuela; este elemento enturbia la relación que podría establecerse y las resistencias y las defensas tienen o acaban teniendo otra significación, pero ya dejan de ser psicoterapéuticas.

El control de la ideología del psicoterapeuta pasa por analizar los elementos constitutivos de la contratransferencia. Precisamente por ésta situación es tan difícil ser psicoterapeuta infantil si no se han comprendido y elaborado los propios conflictos de la infancia del psicoterapeuta.

Si lo que domina es la ideología del psicoterapeuta, se manipula o seduce a la infancia por proyección de los propios conflictos no elaborados y no resueltos y el resultado podría ser, a medio y largo plazo, el contrario al supuestamente deseable.

LA DEMANDA PSICOTERAPEUTICA Y EL INICIO DE UNA PSICOTERAPIA

Algunas reflexiones en torno a la demanda psicoterapéutica en la infancia y adolescencia

A. *Algunas delimitaciones conceptuales:*

1. Demanda social: la denominamos así cuando parte de alguna de las instituciones (educativas, sociales, sanitarias, etc.) que están en contacto con la vida y el desarrollo del niño y/o adolescentes.
2. Demanda de psicoterapia por el individuo concernido: es una posibilidad que en la infancia es más bien rara, aunque en el momento actual en la adolescencia suelen aparecer casos en que el sufrimiento hace que se canalice una petición de ayuda.

3. Demanda en el sentido psicoanalítico del término: exige una larga lista de requisitos para que pueda explicitarse y es tarea del psicoterapeuta el descifrar esa demanda. Esta tarea se ubica en intentar descifrar desde la demanda explícita la demanda latente, lo que hay en la trastienda de esa demanda, o aquello que subyace y sostiene la demanda explicitada.

B. *Algunas aproximaciones a la demanda:*

1. Cambio en la situación social mediante la cual las dificultades «psi» se manifiestan. Es elocuente el cambio espectacular que se opera en los niños con dificultades escolares que se opera cuando existe un cambio de actitud en los maestros hacia ellos, cambiando la actitud hacia el rendimiento, etc.
2. Cambio del niño en sí. En ocasiones corresponde a una situación evolutiva y madurativa, o simplemente reactiva, o bien se liga al momento pulsional y libidinal; en todas estas situaciones existe como una reorientación de las catecixias y ello puede hacer que origine un cambio.
3. Cambio del niño y de su contexto social. En ocasiones por intervenciones desde varias instancias o agencias sociales, en otras ocasiones espontáneamente (por propia evolución, por respuestas eficaces puntuales, etc.) se origina un cambio simultáneo tanto de la situación social como en el propio niño. La complejidad de este tipo de cambios hace que simplemente lo enunciemos.

C. *Dificultades en torno a la demanda:*

1. Existen interpretaciones diversas de la noción de demanda, las cuales dependen del lugar en que se ubiquen aquellos que lo interpretan, sea un lugar teórico o un lugar en la cadena de la demanda con relación al ser infantil.

2. La existencia de una demanda, en el sentido dinámico del término, en el ser infantil como requisito para el inicio de una psicoterapia y que puede ser leído como pre-transferencia.
3. La demanda de psicoterapia, incluso la ya enunciada, no basta para que se instale la psicoterapia.
4. La demanda de psicoterapia supone el concepto de transferencia, de ello surge una nueva pregunta: ¿La transferencia en el niño tiene el mismo estatuto que en el adulto? Controversia entre las escuelas psicoanalíticas a lo largo de su historia y que se inició con los planteamientos de A. Freud y M. Klein, pero que continúa hoy en día respecto a la neurosis de transferencia y al final de la cura con niños.

D. *Salidas posibles:*

La escucha de la demanda en la consulta debe permitir desenmarañar la demanda del sujeto en cuestión, de aquella otra derivada de los que hablan en su nombre. Esa escucha de la demanda debiera responder a preguntas tales como: ¿quién pide? ¿qué pide? ¿por qué pide? ¿quién sufre?

E. *Objeto de la demanda:*

El objeto fundamental es posibilitar la emergencia del deseo, es decir facilitar el paso de la demanda del deseo. Lo cuál habría que enmarcarlo con los conceptos freudianos de necesidad y pulsión.

Para Freud el deseo se refiere a la experiencia de satisfacción, en la relectura que Lacan hace de Freud, el deseo sucede en el psiquismo a la falta esencial vivida por el niño separado de su madre, viene en el lugar de la necesidad orgánica y de la pulsión porque el deseo es en lo que se convierte la pulsión cuando está alienada en un significante. El deseo es una llamada al otro en tanto que polo de significación.

La demanda sería aquello mediante lo cuál el deseo se desvía, gracias a los desplazamientos y condensaciones, o metonimias y metá-

foras. Lo que el análisis va a «construir» será una articulación del deseo y la demanda con el objeto y el fantasma.

Algunas consideraciones en torno al psicoanálisis de niños

Para Lacan el problema que un niño aborda en un psicoanálisis se plantea, de cierta manera, en la relación del niño con la palabra de los padres. Según él «el inconsciente no es una realidad individual sino una dialéctica transindividual de las relaciones de los padres», lo cual incluye también el sentido transferencial.

La cuestión que se plantea, entonces, es la relación del sujeto con el lenguaje. El lenguaje pre-existe a la aparición del sujeto y, en cierto modo, lo engendraré. En las perturbaciones del niño, la naturaleza y los accidentes del discurso, el baño de palabras que rodean al niño, son tanto o más la causa de las dificultades que la carencia de cuidados, tan a menudo citados en primer lugar como la causa de las dificultades presentadas.

En este contexto el medio humano ya no es ni biológico ni social, sino lingüístico. Según Eric Laurent (2), es necesario aclarar que la operación que efectúa el analista con la palabra es radicalmente diferente a la del lingüista. El lingüista cifra, establece sus reglas y su gramática; el psicoanalista apunta al goce, restituye a la lingüística lo real. Es lo que ocurre con el sueño que restituye la realización de un deseo, o lo que ocurre con el juego infantil.

Esta aportación de Lacan tiene el interés de tener en cuenta la dinámica de una situación tal como puede aparecer en el discurso del paciente y más allá de éste. Estudia el lenguaje en su relación con el significante, destaca el papel que juega la alternancia de presencia/ausencia en el mundo infantil. El objeto que el niño tendría que descubrir es un objeto que falta, un objeto ausente. El discurso puede articularse, precisamente, porque hay faltas-agujeros. Lo que interesa en la cura de niños, desde esta perspectiva, no son las cri-

sis sucesivas que suceden en la infancia a lo largo del proceso de desarrollo, sino el niño en sufrimiento cara al deseo y al significante.

Iniciar una psicoterapia

Hasta el momento actual hemos ido considerando los distintos aspectos que conforman un abordaje psicoterapéutico y la función de la demanda en el establecimiento de una psicoterapia; es llegado el momento de abordar aspectos más específicos del cómo hacerlo, pero con la seguridad que son orientaciones y puntos para una reflexión, ya que el presente capítulo pretende abrir ese campo.

El primer elemento a tener en cuenta es que el niño no se suele demandar directamente una intervención y que su conciencia de enfermedad no pasa por los mismo cánones de introspección e insight que en el adulto. Pero no obstante el niño sufre y percibe su sufrimiento, desde ese lugar hay que abordar el inicio y la demanda. Es más, en muchas ocasiones el origen de la demanda se encuentra en los padres o los profesores u otras agencias sociales, hay que desbridar lo que les pertenece al deseo de ellos y que son sus propios conflictos y que se depositan en el niño, de aquellos otros elementos que sí que pertenecen al mundo infantil.

Un segundo elemento a la hora de establecer el encuadre psicoterapéutico se cifra en la dificultad de autonomía del ser infantil, que suele precisar una persona adulta que lo acompañe al lugar donde se realiza el trabajo psicoterapéutico. En nuestra experiencia en servicios públicos suele ser la figura materna. Esto ocasiona problemas de tipo transferencial y contratransferencial importantes que es preciso tener en cuenta: también la figura materna está inmersa en el encuadre, aunque no se encuentre en presencia física en el seno de la sesión. Morandé realizó un sugerente capítulo sobre la reconstrucción del rol madre a través de estas circunstancias y representa, por su rigor, una referencia obligada.

Otro elemento a tener en cuenta es que el

lenguaje no está totalmente adquirido, al menos con la fluidez que en el adulto, y que a los servicios públicos suelen acudir las capas más desfavorecidas socio-culturalmente. A este nuevo handicap hay que unir la dificultad para iniciar las asociaciones de manera espontánea, por lo que se deben utilizar medios de expresión, con valor lingüístico para la infancia, que faciliten los procesos asociativos y de simbolización: el juego, los dibujos, las pequeñas dramatizaciones, etc.; a través de estos elementos se favorece lo proyectivo y que emerge material para ser analizado.

Existe una cuestión metodológica de primera magnitud que se debe de cumplir en todas las ocasiones: la realización de las entrevistas previas de evaluación de las que debe extraerse la indicación, así como los pasos a cubrir en la psicoterapia, en tanto que se desarrolla la actividad en un servicio público. De igual forma se evaluará la conveniencia de la intervención complementaria en otras agencias de vida del niño, con el fin de diseñar el conjunto de las acciones siguiendo el planteamiento de Bleger (4): individual (sobre el sufrimiento del sujeto, dándole al ser infantil las posibilidades de reorganización en el sentido de Laurent), familiar (como forma de contención de los procesos históricos y de los mecanismos relacionales), institucional (para redefinir los problemas y ofrecer la contención adecuada a ellos) y comunitaria (con el fin de intervenir sobre las actitudes). Todo ello debe extraerse de la fase de evaluación y de las entrevistas previas.

Siguiendo a Diatkine (5) se pueden sentar unas bases que sirvan como criterio para sentar unas indicaciones para iniciar la psicoterapia:

1. Cuando se encuentre presente un gran sufrimiento infantil o una angustia con tendencias depresivas detectables.
2. Cuando se presente una restricción importante de la actividad correspondiente para esa etapa madurativa en la cuál se encuentre el sujeto infantil.
3. Cuando exista una restricción de nuevos

invertimientos o éstos se realizan de una forma inadecuada.

4. Cuando no exista la aparición de operaciones nuevas.
5. Cuando se instauren organizaciones o situaciones irreversibles.

(Los apartados 2, 3, 4 serían equivalentes a lo que Misés, A. Freud y Lang catalogan como disarmonías evolutivas, o cuadros similares).

Antes de continuar, es preciso señalar la importancia de evaluar correctamente alguno de los elementos propios del sujeto infantil, con el fin de tenerlos en cuenta a la hora del inicio psicoterapéutico. Estos elementos son propios a los fundamentos del yo infantil y se expresan, fundamentalmente, por medio de la conducta:

- a) La imitación, no en el sentido de Bandura sino, en el sentido dinámico de situarse en la posición de algo admirado para, posteriormente, poder identificarse con ese alguien.
- b) La identificación, en tanto favorece la obtención del ideal del yo.
- c) La introyección, en tanto nos remite a la obtención del super-yo, primero externo y luego interno.

Estos elementos, planteados con una perspectiva evolutiva, deben enmarcarse en un contexto evolutivo más amplio, pues a su vez la conducta es considerada como el eslabón intermedio entre el valor del lenguaje corporal (valor de la psicósomática como encrucijada: Keisler) o como resomatización (para Spurling). La tercera etapa, posterior a la fase conductual, sería la fase de mentalización, en la cual tanto el deseo como el sentido del discurso puede manifestarse a través de procesos mentalizados y de la organización de sus defensas. En sentido estricto podría decirse que, cuanto más mentalizadas sean las respuestas más maduras son, y cuanto más somatizadas se presenten serían más inmaduras, pero no todo es tan lineal y, en ocasiones, los aspectos regresivos pueden posibilitar una progresión, en un segundo tiempo, más satisfactoria.

Para el inicio de la psicoterapia hay que tener muy presente la situación de los procesos de transferencia y contratransferencia: si en sentido riguroso no debiera hablarse de ellos hasta el establecimiento de una psicoterapia con un encuadre preciso, no es menos cierto que hay elementos previos que pueden condicionar, en uno u otro sentido, la marcha del proceso. Estos elementos previos ha sido teorizados como pretransfer positivos o negativos por varios autores (Manzano y Palacio (6); de Vicente (7); Mira (8), etc.). Esos elementos pretransferenciales son aquellos inherentes a la pertenencia pública del servicio y a la definición que la comunidad tiene de él, al hecho según el cual uno u otro miembro del equipo asume a priori uno u otro caso o demanda, la opinión que se posee del derivante, las características personales iniciales del niño y la familia, etc.

La transferencia se establece respetando el «agujero» permanente que se sitúa en la consideración del sujeto infantil en la encrucijada de las instituciones que operan en la infancia y adolescencia: familia-escuela-historia-instituciones sociales (sanidad incluida), los bordes de ese «agujero» deben permanecer para poder intervenir psicoterapéuticamente (de Vicente (7) y Mira (8)), ese agujero es el que delimita la demanda y la necesidad: la primera en el sentido institucional/individual y la segunda en el sentido individual.

No se puede entender el concepto de transferencia sin asumir el de contratransferencia, conociendo a ésta como las parcelas no elaboradas del terapeuta y que éste proyecta en la situación psicoterapéutica. Entre ambas situaciones existe una relación dialéctica, sirviendo de puente dialéctico la comprensión de lo que Winnicott denominó como situación transicional.

LOS MEDIOS PARA LA PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

No se pretende hacer una exhaustiva pormenorización de ellos, sino simplemente enume-

rar aquellos que se deben considerar como mínimos.

1. El local:

Debe reunir tres características: *comodidad, amplitud y luminosidad*.

Dichas características son de gran utilidad tanto para el terapeuta como para el sujeto infantil. Hay que tener en cuenta que se debe facilitar la emergencia de los procesos de simbolización y en la infancia, tal y como se ha expresado con anterioridad, en muchas ocasiones la actividad física puede facilitararlo.

2. Los instrumentos:

Quizás hayan sido M. Klein y A. Aberastury quienes más hayan planteado trabajos sobre los instrumentos precisos para posibilitar una apertura de las asociaciones infantiles y facilitar los procesos de simbolización. En términos generales se podría decir que lo necesario serían aquellos elementos mediante los cuales se comunica más fácilmente el ser infantil: los juguetes. Ahora bien, no todos los juguetes serán necesarios para esta labor.

2.1. El cajón de los juguetes: basta con que existan pocos pero adecuados y dependiendo de la etapa madurativa de los niños. En términos generales se puede decir que no debería faltar: un juego de construcciones, una muñeca, pelota, un oso de peluche o similar, coches y cacharritos de cocina o similares.

2.2. «Lo propio del niño»: en ocasiones, por las especiales características de una demanda concreta, es preciso tener algo específico para uno o determinados niños. Ese juguete específico y propio de ese niño hay que separarlo de los demás, ya que tiene sus «cargas» para ese determinado niño.

2.3. Para facilitar las asociaciones se puede utilizar un cierto material proyectivo, además de los juguetes, y que tiene especial importancia este uso psicoterapéutico más allá de

lo simplemente evaluador:

2.3.1. El dibujo y la modelación: no solo es importante catalogar los aspectos formales, sino que la importancia real se encuentra en el análisis de los contenidos y las asociaciones surgidas, de ahí la importancia de la «historia» sobre lo hecho por el niño.

2.3.2. Test proyectivos como forma de facilitar las asociaciones y posterior trabajo psicoterapéutico de los contenidos emitidos. En este sentido es muy útil la utilización de determinadas láminas, nunca el test entero, del Pata Negra de Corman cuando se trate de problemas en los investimentos objetales, o láminas del CAT en versión H ó A, en la preadolescencia y adolescencia láminas del TAT, etc.

2.3.3. Material específico: el sceno-test resulta muy útil por los personajes de roles y por toda su constitución. En la etapa de la preadolescencia y adolescencia el MAPS puede resultar útil, pues es el propio sujeto el que elige su decorado, sus personajes y su historia.

3. El terapeuta:

De cada apartado se podría escribir un capítulo específico por lo menos, pero, sobre todo, del psicoterapeuta el peligro de reducir es real. No obstante se intentará realizar un bosquejo:

3.1. El psicoterapeuta infantil precisa tener una receptibilidad importante, no señalar, asumir y contener cantidad de aspectos. Ello no significa que se «infantilice», es más,

éste sería uno de los factores de rechazo en el sujeto infantil y de la propia contratransferencia del psicoterapeuta.

- 3.2. Un dato importante a tener en cuenta es que se debe valorar mucho las características propias de su personalidad, lo cuál comporta que debiera conocer sus propios funcionamiento, ya que existe, de hecho, una importante dificultad de ser psicoterapeuta infantil sin que previamente se hayan asumido los conflictos y la evolución propios, sin riesgo de proyectar y/o rechazar con demasiada frecuencia. (1, 4, 5 y 6)
- 3.3. La formación del psicoterapeuta de niños debe ser muy escrupulosa y controlada teórica, práctica y técnicamente. De aquí la importancia de la supervisión como forma de controlar los efectos contratransferenciales.

consultas terapéuticas, sobre todo en los casos más reactivos. En este sentido la institución sería una suma de profesionales que no dicotomizan o parcializan, sino que globalizan, en contradicción con psicologizaciones, psiquiatrizaciones, medicalizaciones, socializaciones, etc. del síntoma del niño o adolescente.

De todo lo dicho con anterioridad es de donde se desprende la importancia de los Servicios públicos para el tratamiento de los problemas de la infancia y de la adolescencia, baste para ello algunos elementos: el pago, el lugar de las resistencias y su canalización, la sala de espera y su función, etc.

La formación de los psicoterapeutas infantiles es algo muy costoso, económica y personalmente, como para reducir o trivializar la complejidad de este campo.

Algo para recordar

Es importante no psicologizar el síntoma, lo que implica no identificar al niño con su síntoma, sino trabajar qué sentido tiene para el sujeto infantil y qué sentido tiene para la dinámica familiar, insistiendo en la relación posible entre ausencia de sufrimiento y beneficios secundarios.

Precisamente por ello es importante situar, en su justa medida, la cantidad de goce que se encuentra en juego. De ello se va a desprender la importancia del manejo institucional o de cuándo la institución se pone a funcionar de formar perversa y entonces afianza el síntoma. Dicho de otra manera: todos los implicados «gozan por...» «sufren por...», cuestión mucho más patente en aquellos casos en los que la problemática social es dominante.

Es importante rescatar el abordaje multi-profesional con fines terapéuticos en sí mismos, cuyo ejemplo evidente podrían ser las

Bibliografía

- SCHNEIDER, P. B.: *Propedéutica de una psicoterapia*. Ed. Nau Llibres. Valencia, 26-43, 1979.
- LAURENT, E.: *Concepciones de la cura en psicoanálisis*. Ed. Manatíal, Buenos Aires, 125-139, 1984.
- MORANDE, G.: *Reconstrucción del rol madre a través de la psicoterapia infantil*. En: Pedreira, J. L. (comp.) «Función madre (Antropología, Psicología y Sociología)», Ed. Fundamentos. Madrid (en reedición).
- BLEGER, J.: *Psicohigiene y psicología institucional*. Ed. Paidós, Buenos Aires/Barcelona/México, 123-127, 1984.
- DIATKINE, R.: *Du normal et du pathologique chez l'enfant*. «Psychiatr. Infant.».
- PALACIO ESPASA, F. y MANZANO, J.: *La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leurs mères*. «Psychiatr. Infant.», XXIV, 2, 5-26, 1982.
- VINCENTE, F. DE: *Algunos aspectos clínicos en la clínica infantil*. En: «I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la E.E.N.» Ed. Servicio de Publicaciones de la Diputación Provincial, Huelva, 45-53, 1986.
- MIRA, V.: *La dirección de la cura en el psicoanálisis de niños*. En op.cit. en 7, 35-44.
- BERMANN, G.: *Tratado de psicoterapia infantil*. Ed. Espax, tomos I y II, Barcelona, 1976.