



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UN PROCESO DE RECUPERACION DE DEPRESION ANACLITICA GRAVE
EN LA INFANCIA

Tesis que para optar por el grado de:

MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

Presenta la Lic. Margriet Boom Diaz de León

Directora de tesis: Dra. Teresa Guerra.
Dr. Mario Cicero.
Mtra. Ma Elena Medina M.
Dr. Jose de Jesús González N.
Dra. Raquel Radosh.

MEXICO D.F.

1989.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

R I M E R A P A R T E

C O N T E N I D O

I N D I C E

PRIMERA PARTE : ABORDAJE TEORICO.

I	- INTRODUCCION.	7
II	- ANTECEDENTES.	12
III	- METODOLOGIA.	29
IV	- LA FUNCION DE LA RELACION MATERNO-FILIAL EN EL PROCESO DE DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO.	38
	A)Del sostenimiento a la integración.	
	B)Del autoerotismo a la mutualidad.	
	C)Del narcisismo primario al contacto con el mundo.	
V	- LA DEPRESION ANACLITICA Y LAS VICISITUDES EN RELACION AL PROCESO DE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD	52
	A)Vicisitudes en relación al desarrollo del yo primitivo.	
	B)Dificultades en relación a la integración del objeto y del yo.	
	C)Dificultades en relación a la simbolización y el pensamiento.	
	D)Dificultades en relación al desarrollo intelectual.	
	E)Dificultades en relación al desarrollo psicosexual.	
	F)Dificultades en relación al desarrollo de la constancia objetal.	
	G)Dificultades en relación a la evolución del narcisismo.	
	H)Vicisitudes en relación a la estructuración de la personalidad: un intento de visión sintética.	

VI	- ABORDAJE TERAPEUTICO.	101
	A) Aspectos generales.	
	B) La adopción.	
	C) Problemas de diagnóstico.	
	D) Modelo terapéutico.	
	SEGUNDA PARTE : PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.	121
VII	- INTRODUCCION.	122
VIII	- ANTECEDENTES.	128
IX	- INICIO DEL TRATAMIENTO.	132
	A) Importancia de la labor terapéutica realizada por los padres.	
	B) Evaluación diagnóstica.	
X	- ALREDEDOR DE LA SIMBIOSIS.	139
XI	- PROCESO DE SEPARACION-INDIVIDUACION.	142
	A) Mamá y Fabián en el consultorio.	
	-Inicio de la ejercitación.	
	-Dificultades en el lenguaje.	
	-La analidad vivida desde lo oral.	
	-Renuncia de la madre al bebé enfermo.	
	B) Mamá en la sala de espera y Fabián en el consultorio.	
	-La agresión al servicio de la separación.	
	C) Papá trae a sesión a Fabián y Fabián puede permanecer solo con su terapeuta en el consultorio hasta que mamá lo recoge.	
	-De entrada al Edipo.	
	-Una hermanita.	

-La angustia de castración como
miedo a ser devorado.
-La regresión en el ámbito
terapéutico y la elaboración de
angustias tempranas.

XII	- DISCUSION DE RESULTADOS.	175
XIII	- ALGUNAS REFLEXIONES FINALES.	189
XIV	- RESUMEN.	192
XV	- BIBLIOGRAFIA.	195

A G R A D E C I M I E N T O S .

Hay dos personas a quienes les debo un particular agradecimiento, pues sin el apoyo de las mismas la realización de este trabajo no habría sido posible; éstas son el Dr. Federico San Roman y el Dr. Alejandro Tarragó, a quienes agradezco el análisis y la supervisión recibidos durante todo este tiempo.

Así mismo quiero agradecer profundamente la ayuda recibida de la Dra. Teresa Guerra, no sólo en relación a la dirección de la tesis, sino en la enseñanza en la Materia de Niñez y Adolescencia, que influyó de manera muy importante en la elección del tema trabajado.

A la Dra Ma. Elena Medina Mora, por sus sugerencias, que me fueron de tanta utilidad para la organización del material, así como por su valiosa asesoría en la parte metodológica. Muchas gracias.

Agradezco también al Dr. Mario Cicero, a la Dra. Raquel Radosh y al Dr. José de Jesús Gonzalez N. la revisión del borrador y sus observaciones.

Finalmente quiero hacer un especial agradecimiento a tres grandes amigos, que sin estar específicamente dentro del área de la Psicología Clínica e incluso pertenecer a otros ámbitos profesionales, me brindaron un gran apoyo, no sólo en la revisión del material, sino y principalmente, compartiendo conmigo el deseo de ver realizado este trabajo. Muchas gracias a Mariana y a Alejandra, así como a Armando, mi esposo, quien me impulsó cariñosamente entendiendo la importancia que esto tenía para mí.

1.- INTRODUCCION

"Cuando un niño, que padece depresión anaclítica permanece privado de su madre o de un sustituto aceptable para un período que dura de tres a cinco meses, se inicia entonces un período de empeoramiento del estado del infante... si durante este período de transición regresa la madre, la mayor parte de estos niños mejoran. Es dudoso que esta mejoría sea completa. He de suponer que la perturbación dejará cicatrices que aparecerán en años posteriores; pero faltan pruebas concluyentes de ello".
(Spitz, 1965)

La carencia de cuidados maternos incluye diferentes situaciones, que sin embargo parecen tener consecuencias análogas. Bowlby (1954) planteó que bajo este rubro podrían ubicarse distintas circunstancias, que sin embargo, tienen como lugar común central y básico la insuficiencia de una interacción adecuada con una figura materna.

Así tenemos:

a) La carencia de cuidados cuando el niño de pecho o el niño pequeño vive en una institución en donde no encuentra un sustituto materno adecuado.

b) La carencia producida cuando un niño de pecho o niño pequeño vive con su madre pero no recibe suficientes cuidados ni tiene posibilidades de interacción con ella. Situación que podría observarse por ejemplo en el caso de una madre severamente deprimida o de un niño fuertemente rechazado.

c) La carencia que procede de la falta de aptitud del niño para la interacción con una figura materna, aún cuando ésta esté disponible, que planteará una dificultad propia del pequeño para establecer vínculos y que la función materna no puede superar. También aquí habría carencia de cuidados maternos, ya que habría una insuficiencia de interacción debido a características propias del niño. Tal sería el caso por ejemplo del autismo infantil de tipo primario (Gelner, 1959; Hauer 1975)

Ciertamente que la dificultad para vincularse se presenta

comunmente en pequeños que han sufrido abandonos previos, como se analizará mas adelante, sin embargo, no es así ésta la única situación en que tal dificultad se presenta, como se afirmaba hace apenas un momento .Es en ocasiones la gran sensibilidad del niño la que le dificulta este contacto y lo lleva al aislamiento.En otras ocasiones enfrentamos serias limitaciones constitutivas en el sujeto para relacionarse con el mundo.

La presente investigación se limita al estudio de los aspectos relacionados con el primer problema planteado (inciso a), sin poder por ello dejar de reconocer la importancia de las otras situaciones apenas señaladas.

De acuerdo con Bowlby (1954) la separación de la madre y la falta de cuidados maternos no son sinónimos, ya que puede haber separación sin carencia. La separación genera carencia cuando el niño, después de la separación, es colocado en un medio donde no encuentra un adecuado sustituto materno; la sola separación genera dificultades, según un grupo de autores (que se analizarán mas adelante) sólo cuando se ha establecido una relación específica con la madre. En este sentido tal autor coincidiría con Spitz (1965) quien habla de la angustia del octavo mes como esa angustia ante el extraño que ya se identifica como distinto de la madre.

Sin embargo hay otros autores, cuya opinión comparto , que plantean que la relación específica con la madre se da desde mucho antes, aunque aún no sea reconocida como objeto total ni como ajena al propio cuerpo.

Levovici (1970), de acuerdo con Bowlby (1958) plantea que no se puede hablar de separación madre-hijo mas que cuando se da la interrupción de una relación ya formada, ubicando este suceso alrededor de los seis meses ,pero hay otros estudios (M. David y G. Appel 1966) que plantean que desde semanas de nacido el niño prefiere la interacción con una sola y única figura, a la que reconoce de alguna manera. Winnicott (1964) está de acuerdo con este planteamiento. Sugiere que el niño parece estar pensado para ser cuidado por la madre, como figura única y señala la importancia de la identificación de la misma con el bebé, para poder cubrir las necesidades del mismo, situación que no se puede dar indistintamente con cualquier otra persona.

Ahora bien, regresando al planteamiento inicial y habiendo señalado la importancia de la separación, por muy temprana que sea la época en que la misma suceda, si a la separación se añade además la carencia de cuidados maternos, la situación se vuelve aún mas grave. La carencia de cuidados maternos adecuados constituye desgraciadamente un lugar común en instituciones que se dedican al cuidado de infantes abandonados. Las enfermeras y niñeras tienen bajo su cuidado a un considerable número de pequeños a los que difícilmente pueden atender en forma individualizada. Esto no solo obedece a situaciones de orden práctico; los autores antes

mencionados se percataron de que la ausencia de lazos afectivos entre la enfermera o la niñera de la casa cuna con los infantes constituía una defensa de parte del personal ante la posibilidad de una ruptura que pudiera ser muy dolorosa, y/o un mecanismo también defensivo que permitía cuidar a muchos niños sin desarrollar un afecto especial por alguno, que iría en el detrimento del cuidado de los otros.

Todas estas circunstancias que rodean a la vida cotidiana en la casa de cuna, así como el antecedente de abandono sufrido por el pequeño, implican antecedentes que inciden directamente en la dificultad en el mismo para reestablecer vínculos satisfactorios que pudieran favorecer su desarrollo cuando tal oportunidad se presenta.

El alto índice de mortalidad así como los problemas graves de desarrollo son comunes en las instituciones que se dedican al cuidado de niños abandonados o huérfanos. Interesado por este problema, Spitz en 1946 publicó su primera investigación sobre las enfermedades defectivas emocionales del infante señalando como aspecto causal central la ausencia de la figura materna o de un sustituto adecuado de la misma, identificando un síndrome característico que denominó depresión anaclítica. En este síndrome, después del abandono de la madre, se daba un proceso de empeoramiento que abarcaba cada vez más aspectos del desarrollo del niño, pudiendo llevar, si la privación de la figura materna era total, al marasmo y a la muerte.

De la muestra de 170 casos estudiados, 34 presentaban claramente este síndrome, lo cual representa un 14.11% de niños, que en estas instituciones sufrían de esta grave enfermedad. La cifra adquiere cualidades más alarmantes aún, si se piensa en la cantidad de niños que, en distintos países, se encuentran bajo el cuidado de alguna institución.

Bettelheim (1967) en relación al problema, establece una comparación entre los niños que estudia Spitz y el proceso de retracción autista que él observa en los individuos en los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial. Nuevamente hace énfasis, para la explicación del problema, en lo que él llama la ausencia de una mutualidad, es decir, en la ausencia de una figura ante la cual el niño se hace activo al sentir que sus señales reciben una respuesta del ambiente.

Innumerables autores se han dedicado al estudio de las primeras relaciones de objeto del infante y la manera en que las mismas influyen decisivamente en la estructuración de su personalidad. Por citar solo a algunos de ellos tenemos a Fairbairn, Klein, Winnicott, Mahler, Kohout, entre muchos otros.

Todo este sustento teórico constituye un campo fecundo para la investigación en relación a lo que sucede con

aquéllos niños, que habiendo recuperado a la madre o a un buen sustituto durante el primer año de vida, logran lo que aparentemente es un desarrollo normal, donde Spitz sospecha la existencia de perturbaciones que aparecerán en años posteriores. Este sería el objeto de estudio de la presente investigación.

Considero que además de ser un tema que despierta el interés por su relevancia, puede constituir una aportación modesta pero útil en relación a la comprensión, tanto de las posibles implicaciones de este síndrome, como de las alternativas de tratamiento.

Es realmente muy poco lo que se ha escrito en relación al seguimiento de aquéllos niños que, habiendo sufrido depresión anaclítica, logran recuperarse. Gran parte de estos niños difícilmente son colocados en hogares sustitutos dado que los padres adoptivos generalmente solicitan niños sanos. En muchas ocasiones estos niños son reingresados a las instituciones después de un proceso de adopción fallido, (Trasler, 1960; J.M. Williams, 1961) siendo así muy difícil poder delimitar las consecuencias que tuvo la depresión anaclítica propiamente, pues aunque podemos suponer la gravedad de las mismas, éstas se entremezclan con nuevas dificultades constituyéndose el problema complejo del niño que si logra sobrevivir, ha pasado la mayor parte de su vida en una institución.

En la presente investigación, como señalé anteriormente, mi objetivo es el estudio específico del proceso de recuperación de la depresión anaclítica grave cuando la madre, o un sustituto adecuado de la misma aparece durante el período de transición y permanece como una figura constante y cercana.

Tal investigación se hace posible debido a la oportunidad que tuve de tener en tratamiento a un niño, adoptado a los siete meses, con depresión anaclítica grave. Este niño, al que llamare Fabián, me es llevado a consulta cuando cuenta con dos años ocho meses de edad por presentar serias dificultades en su desarrollo; dificultades que se fueron haciendo evidentes con el paso del tiempo después de una recuperación aparentemente total.

La riqueza de datos así como el seguimiento de un proceso longitudinal del caso durante dos años y medio, han proporcionado un material muy abundante, que por otro lado permite confrontar teoría y práctica al hacer una revisión crítica del proceso del chico así como del tratamiento que se ha seguido y en el que todavía se encuentra.

Considero, por otro lado, que el estudio de las consecuencias de la depresión anaclítica puede aportar elementos interesantes en la comprensión del síndrome mismo y de sus posibilidades de recuperación.

No puedo, sin embargo, dejar de apreciar también las serias limitantes de este estudio. No teniendo una gran población con tal suerte en el proceso de adopción no cuento con una muestra representativa que me permita hacer generalizaciones, o en su defecto, con un caso semejante con el cual contrastar los resultados obtenidos.

Hay asimismo, una serie de hipótesis y supuestos que se quedarán pendientes en su evaluación final, dado que tanto el tratamiento, como el proceso de desarrollo, aún se encuentran en evolución.

Me enfrento también con algunas lagunas en cuanto a datos que la casa cuna no proporciona por protección a la identidad de los padres tanto naturales como adoptivos o por simple desconocimiento, dado que no existió una niñera específicamente encargada del cuidado de Fabián desde su ingreso, situación que, por otro lado, es fundamental en la comprensión del síndrome que desarrolla.

Considero que estas son serias limitantes del trabajo, al que sin embargo sigo considerando viable y relevante tratando de compensar la falta de generalización con la profundidad en el análisis de los datos obtenidos.

Este trabajo me ha demandado el planteamiento continuo de hipótesis que han sido confirmadas o rechazadas en la práctica, en un proceso en el que Fabián me ha permitido participar muy de cerca, compartiendo conmigo sus experiencias, sus deseos, sus temores... su proceso de crecimiento.

11- ANTECEDENTES

El efecto de la privación del cuidado materno en niños menores de cinco años ha sido objeto de creciente interés.

A partir de las dos Grandes Guerras y debido a la gran cantidad de niños que fueron separados temporal o definitivamente de sus padres, sin contar con un sustituto adecuado, este problema alcanzó índices sin precedentes.

El interés por la comprensión y la atención de los problemas que se vislumbraron, incluso desde antes, dió lugar a numerosos estudios que intentaron, de primera cuenta, determinar si esta privación de cuidados maternos era un elemento que participaba significativamente como determinante causal en las afecciones que presentaban los niños en instituciones, así como en futuras dificultades de adaptación cuando éstos eran ya adultos.

En 1948 en la Tercera Sesión de la Comisión Social de las Naciones Unidas, se planteó la importancia de hacer un estudio en relación a las necesidades de los niños sin hogar. La Organización Mundial de la Salud se ofreció para hacer un estudio en relación a los aspectos de salud mental relacionados con el problema.

El Dr Bowlby se encargó de algunas de estas investigaciones e hizo además una interesante recopilación y análisis de los distintos trabajos relativos al tema que habían sido realizados en distintos lugares del mundo.

Entre los estudios citados en el trabajo de Bowlby se cuenta tanto con investigaciones directas, como retrospectivas y subsiguientes.

Los resultados obtenidos a través de estas investigaciones son muy interesantes y en su mayoría presentan cuadros en donde se reporta el análisis estadístico de los datos recabados (Nota 1). Bástenos ahora con retomar las conclusiones principales a las que llegan los mismos.

Nota 1: Si el lector desea obtener mas datos en relación a estas investigaciones consultar: Bowlby. Los cuidados maternos y la salud mental. Humanitas 1982. (1a ed. 1954)

- a) En cuanto a la existencia de un cuadro bien definido de sintomatología que caracteriza a la privación materna.

Bakwin en 1942 además de hacer una recopilación de los distintos escritos pediátricos relacionados con el tema desde 1909, establece claramente los síntomas que presentan los niños menores de seis meses que son internados por algún tiempo en una institución, entre los cuales destaca: la falta de expresividad ante estímulos como la sonrisa o el arrullo, inapetencia e insomnio.

Identifica como el factor causal determinante de estos trastornos la ausencia de la madre y sus cuidados, basándose en el reestablecimiento asombroso que se da en estos niños si la madre regresa.

Cuando la separación se da entre los siete y los once meses la sintomatología es todavía más evidente, haciéndose palpable un creciente retraso en el desarrollo de las vocalizaciones, el lenguaje y la conducta motora (Spitz, 1965)

Algunos autores han estudiado el proceso que atraviesa el niño un poco mayor (2 a 4 años) ante la separación. Robertson (1953) caracteriza tres fases:

- Protesta: se evidencia por el llanto continuo, la angustia por la pérdida de la madre y los continuos esfuerzos para recapturarla haciendo uso de los pocos recursos con los que cuenta el infante.
- Desesperación: en donde aumenta la desesperanza, el aislamiento. Disminuyen los esfuerzos por recuperar a la madre.
- Desapego: el niño acepta el cuidado del sustituto, sin embargo es palpable una marcada pérdida de apego, incluso a la madre si esta regresa.

De esta manera, puede hablarse de un cuadro definido de sintomatología, que presenta variantes según el momento en que se presenta la pérdida, pero que es siempre identificable.

- b) En cuanto a un coeficiente de desarrollo deficiente en los niños que permanecen durante largo período en instituciones.

Los estudios a este respecto son numerosos (Ripin. 1933, Simpson 1933, Mc Laughlin 1933, Wolf 1946). En su totalidad señalan un detrimento en el coeficiente de desarrollo de los niños que permanecen en la institución en relación con el promedio esperado para su edad y también en relación con niños que han sido adoptados.

Por otro lado señalan que estas diferencias que apenas son perceptibles durante los primeros tres meses, se van haciendo cada vez más evidentes con la edad.

Goldfarb (1947) hizo una investigación con niños de tres años estableciendo una comparación entre aquellos que

según dentro de la institución contra otros que habían sido adoptados al poco tiempo. La diferencia situaba al segundo grupo en la normalidad de acuerdo con la escala Stanford Binnet, mientras que los niños de institución lograban un desempeño promedio casi al margen de la deficiencia mental.

En un estudio con niños de cuatro años, Rudinesco y Appell (1951) obtienen resultados semejantes.

Recamier (1953) recapitula los trabajos que han demostrado la disminución de la capacidad intelectual y afirma que se da un proceso al que casi podría calificársele como demencial, pues es funcional y reversible sólo dentro de ciertos límites. Esta detención del desarrollo e incluso su deterioro es global, pero afecta en particular a algunos sectores más que a otros: se señalan entre los aspectos más afectados el lenguaje y las relaciones sociales, observándose un retardo específico en la función verbal y una insuficiencia de la función de abstracción.

De este modo no todos los aspectos del desarrollo resultan igualmente afectados. Broedbeck (1946) señala también que una de las deficiencias principales está en el lenguaje y en general en la capacidad para expresarse, para comunicarse.

Goldfarb (1947) señala, igualmente, una importante disminución de la capacidad de abstracción y en general en aquellos aspectos relacionados con la simbolización.

Obviamente estas afecciones no son iguales en todos los sujetos, y como se verá más adelante tienen que ver con la edad en que el niño sufrió la separación y el tiempo que duró la misma.

c) En cuanto al tiempo de internamiento.

Los autores coinciden que a mayor tiempo de internamiento es mayor también el daño que sufre el sujeto, no pudiendo aún determinar el tiempo en que puede ser separado un niño de la madre sin sufrir mayor afectación, tomándose en cuenta, claro está, otras variables como la edad e historia previa. Sin embargo se ha constatado que hay un grado importante de afectación en niños, menores de cinco años, que sufren una separación de seis meses o más.

Parece ser que el problema se vuelve particularmente grave cuando el niño ha llegado a la situación de desapego (Robertson, 1953). El reestablecimiento del vínculo enfrenta serias dificultades e incluso es poco pronosticable, debido también, a las reacciones que suscita en la madre de rechazo e incertidumbre ante esta falta de respuesta a sus cuidados.

d) En cuanto a la edad de separación de la madre.

Aunque los autores coinciden en que la vulnerabilidad desciende con la edad y que ésta sigue siendo significativa hasta incluso los siete años de edad, hay diferencias de opinión en relación a la gravedad que se considera tiene la

privación materna en los primeros meses de vida.

Wolf y Spitz (1946) señalan como período de particular importancia la segunda mitad del primer año de vida: cuando el niño ya ha empezado a establecer una relación más específica con la madre y sus cuidados. Sin embargo estos mismos autores, que inicialmente plantean que en bebés más pequeños (de menos de seis meses) sólo se desarrollaría una depresión leve ante la pérdida materna, más tarde se retractan de esta opinión planteando que:

"Los desórdenes a que son tan propensos los niños del grupo de tres a seis meses, hacen mella en su desarrollo y son mucho más difíciles de contrarrestar mediante el recurso de la restitución materna. El coeficiente de desarrollo desciende lenta, aunque continuadamente, no en forma precipitada como ocurre en niños mayores, y la recuperación es tan sólo parcial; quizás de un 30 o un 40%, en vez de ser casi completa." (1)

Si la pérdida ocurre durante el segundo año de vida, aunque son evidentes regresiones importantes, el coeficiente de desarrollo no parece ser afectado en forma irreversible, lo que sí parece ser una consecuencia grave en niños que sufren una deprivación prolongada a esta edad, es su incapacidad para establecer posteriormente lazos afectivos. Lo que les funcionó como defensa ante el dolor de la separación ha creado una actitud de desapego afectivo.

Burlingham y A Freud (1944), en su residencia infantil de Hampstead, durante la Segunda Guerra Mundial, idean una separación gradual para contrarrestar los efectos de la misma pero concluyen, sin embargo, que mientras esta separación gradual puede beneficiar de alguna manera a niños mayores de tres años, no es mucho lo que puede hacerse para evitar la regresión en niños menores de dos años y medio y la afectación grave a su proceso de desarrollo.

Los niños que se han separado después de haber experimentado una relación más personal con la madre, digamos alrededor de los tres años, señala Bowlby (1954), coincidiendo con las observaciones de los anteriores autores, desarrollan una conducta posesiva si se presenta la oportunidad de una madre sustituta, como tratándose de evitar el peligro de una nueva separación.

Podría concluir así, de acuerdo con Bowlby (1954), que la afectación que sufre un niño ante la pérdida de la madre tiene que ver con el aspecto básico de su desarrollo que está teniendo lugar en tal momento y claro está, con los antecedentes que esta relación haya tenido en la historia del sujeto.

e) En cuanto a la relación previa con la madre y la edad del internamiento.

Wolf y Spitz (1946) señalan que si la relación con la madre era estrecha y cariñosa a los seis meses de edad, los niños desarrollaban síntomas de sufrimiento, podría decirse, una clara reacción depresiva aguda; mientras que aquéllos que no tenían una relación adecuada con la madre no desarrollaban estos síntomas. Bowlby (1953) señala al respecto que precisamente el hecho de que la mayoría de los que tenían relaciones desventuradas con la madre no mostraran alteración ya era un claro indicio de que su desarrollo afectivo se encontraba, desde allí, alterado y su capacidad de afecto lesionada.

En los niños de mayor edad, según los estudios de Edelston (1943) y otros, ocurre lo contrario que en los grupos de menor edad. En estos, cuanto mejores hayan sido las relaciones con la madre, más fácilmente toleran la separación. Sin embargo, vuelven a repetir las investigaciones, parece que el daño sigue siendo importante, aunque afecta a aspectos menos esenciales del desarrollo de la personalidad.

f) En cuanto al tiempo límite dentro del cual la restitución de los cuidados maternos es significativamente benéfico.

Se han observado resultados favorables en niños adoptados entre los seis y los nueve meses de edad. Todo parece indicar que éste es todavía un momento de intervención con un pronóstico favorable.

Goldfarb (1947) señala que si se retrasa la restitución materna hasta después de los dos años y medio es casi segura su ineficacia, puesto que "el período durante el cual la psique indiferenciada del niño puede responder a la influencia del agente organizador maternal es también limitado" (2).

g) En cuanto a las consecuencias posteriores en la estructuración de la personalidad.

La pérdida de la madre durante los primeros años se cuenta como un importante antecedente en un número significativo de desórdenes psiquiátricos y aparece aún con más frecuencia en aquéllos pacientes con desórdenes depresivos.

Bowlby (1954) plantea que el efecto de esta separación temprana que parecía no haber tenido efectos irreversibles aparece cuando la experiencia es reactivada por una nueva situación de pérdida.

Sin embargo, y en general, se encuentran diversidad de opiniones en relación a las consecuencias últimas de la

privación materna. Esta diversidad en cuanto a la gravedad que se le atribuye a esta experiencia, obedece según el autor, a que no se ha delimitado claramente en los estudios, las consecuencias derivadas de tres situaciones que en ocasiones van unidas, pero que no son las mismas y que tienen distintos efectos. Estas son:

- 1.- La insuficiencia de cuidados maternos que va junto a la privación.
- 2.- La discontinuidad, cuando la figura materna es restituida o cuando hay distintas figuras adoptivas.
- 3.- La distorsión en la relación materno-filial, donde la madre, a pesar de estar presente, tiene una relación inadecuada con el hijo, y en tal sentido, insuficiente.

Bender (1941) señala que las prolongadas y continuas interrupciones de la relación materno-filial provocan la falta de capacidad para el amor y el sentido de culpabilidad, desarrollándose una tendencia a reaccionar ante estímulos o experiencias inmediatos.

Bowlby (1946) en este mismo sentido, en el estudio de chicos con personalidad psicopática, señala la frecuencia de la falta de una relación materno-filial continua.

Goldfarb (1943) señala la falta de dominio de las reacciones emocionales y la impulsividad significativa que es evidente en pacientes que han sufrido privación materna.

Fitzgerald (1948) refiere también como consecuencia de esta privación las múltiples formas de personalidad psicopática parcial o encubierta como los estados histéricos. Así mismo también se refieren muchos estados de ansiedad y depresión que parecen tener relación con este fenómeno.

En términos generales se sabe que la privación de los cuidados maternos puede determinar graves consecuencias, pero no se sabe cuáles son las mismas, de acuerdo a las distintas edades y la historia previa del sujeto.

Bowlby (1954) afirma a este respecto:

"Cuanto más penetra uno en los datos de cada caso concreto, más se convence de que los resultados dependen mucho de la naturaleza específica de la experiencia psicológica. Para que sea fructífera la investigación en el futuro, es necesario que se preste detallada atención, no solamente a las edades en que empieza y a los períodos de privación sino también al tipo de relaciones materno-filiales previas a la privación, a las experiencias del niño con madres sustitutas, si es que las tiene durante la separación, y finalmente, a la acogida que recibe cuando se reestablece y fija en el hogar" (3)

Considero que esta inquietud puede encontrar eco en la presente investigación.

Experimentos realizados dentro del campo de la

desaferenciación sensorial han aportado interesantes datos que pueden ser integrados a este conocimiento.

A pesar de que los experimentos se han desarrollado preferentemente con animales y sólo algunos con sujetos adultos y con recién nacidos, nos permiten valiosas aproximaciones al fenómeno de la carencia sensorial, la cual es difícil desligar durante las primeras etapas de la carencia de cuidados maternos.

A través de estas investigaciones (Hebb, 1960; Searles 1965; Benett, 1964; Kubie, 1953) se pudo observar cómo la desaferenciación (falta de aferencias o de aportaciones exteriores: sensoriales, afectivas o sociales) producía en los gatos, perros y chimpancés, si ésta se daba durante su período de desarrollo, una dificultad definitiva para la organización del espacio y de la conducta que permitiría el aprendizaje.

En los adultos lo que se producía ante la falta de estimulación eran claros procesos alucinatorios de los que se recuperaban al poco tiempo de salir de esta experiencia. Parece ser que los efectos negativos en los adultos son sólo transitorios porque afectan a un psiquismo ya estructurado.

Esto permite regresar al planteamiento del presente inciso. De acuerdo con Levovicí (1970), la falta de aferencias produce un desplazamiento en que se rompe el equilibrio entre los datos inter, propio y exteroceptivos, en detrimento de los últimos, supercategorizándose entonces los primeros. Esta modificación del equilibrio dinámico implica una modificación de las fronteras del yo alterando el sentimiento de identidad personal. En el recién nacido la integración de la identidad, la diferenciación del yo no-yo que incluso es un paso anterior, aún está en proceso de realizarse, de ahí que esta pérdida de equilibrio afecte necesariamente este aspecto estructural tan importante.

Por otro lado, se conoce el poder de la compensación por medio de la satisfacción alucinatoria del deseo característica del niño de pecho.

Podría pensarse entonces que en el recién nacido, después de un período de desaferenciación, aunque sea parcial, las estimulaciones que siguen provocan una vivencia muy particular que podría compararse con una experiencia delirante. Pensar en esto plantea importantes implicaciones a nivel de la estructuración de la personalidad, pues estas experiencias pueden dejar huellas permanentes y establecer un modo particular para el procesamiento de las posteriores.

"Esto podría explicar algunas reorganizaciones de la relación de objeto y ciertas estructuras prepsicóticas, consecuencia de episodios que, para el observador externo hubieran podido parecer tan sólo carenciales. Estos fenómenos nos demuestran que el episodio carencial en el niño de pecho no solo retarda o bloquea un aprendizaje, sino modifica considerablemente lo vivido y por ello la reanudación ulterior del proceso de estructuración" (4).

h) En cuanto a la reversibilidad del daño causado.

Nuevamente aquí encontramos una gran diversidad de opiniones. Hay distintas posturas, desde aquéllos que sostienen que al recuperar una figura materna el daño es totalmente subsanado, hasta quienes plantean la irreversibilidad del mismo.

La mayoría de los investigadores, sin embargo, se abocan hacia una postura en la que el daño y su reversibilidad tienen que ver con la edad, lo prolongado de la experiencia de privación y la historia previa.

Dentro de los aspectos afectados, no todos parecen igualmente vulnerables. En el proceso intelectual las capacidades más afectadas, según se señaló anteriormente, parecen ser el lenguaje y la abstracción, cuando la separación se da desde el primer año de vida. Dentro del desarrollo de la personalidad lo más vulnerable parece ser la capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales profundas, la capacidad de controlar impulsos y el interés en metas a largo plazo. Estos aspectos parecen ser afectados gravemente cuando la privación se da antes de los tres años de edad, sin poderse aún delimitar de qué manera para qué nivel de desarrollo.

La discontinuidad, a pesar de la recuperación de la figura materna, afecta también gravemente el desarrollo de la personalidad, incapacitando al niño para reestablecer lazos afectivos cuando la separación de la figura materna es una experiencia repetitiva y, en consecuencia, una amenaza constante.

En cuanto a la reversibilidad de estos daños, se han llevado a cabo estudios con animales, en los que se ha encontrado la existencia de períodos críticos de desarrollo que plantean que existe un período específico para el desarrollo de una determinada función en un ambiente estimulante. Pasado este período la influencia que ejerza el ambiente difícilmente podrá obtener los mismos resultados.

Particularmente interesantes en este sentido resultan los experimentos realizados por Harlow (1971) con chimpancés. Este autor plantea la existencia de cinco sistemas de afecto: el amor materno, el amor del infante por la madre, el afecto por los pares, el amor heterosexual y el amor del macho adulto por los miembros de su grupo social. Hace una descripción detallada de estos sistemas de afecto en su libro "Learning to love", estableciendo que hay un período crítico para el desarrollo de cada uno de tales sistemas. Además, cada uno de estos sistemas de afecto constituye la base del siguiente. De alguna manera el amor madre-infante establece la premisa esencial ya que constituye el primer contacto. En sus investigaciones experimentales observa como se afecta definitivamente la conducta social de aquéllos monos que fueron "criados por madres artificiales, e incluso logra identificar diferencias importantes de comportamiento entre aquéllos que tuvieron una "madre de felpa" y "una madre de alambre" señalando la importancia de la estimulación cutánea y del contacto corporal.

En lo que toca a la dificultad grave de ligarse afectivamente, como consecuencia de esta experiencia de privación, se entiende que se trató de una defensa de la cual el niño echó mano para soportar la o las pérdidas. Cualquier intento de restitución tendrá que partir, precisamente desde aquí, desde la dificultad del niño para ligarse con cualquier figura materna o terapéutica.

Más específicamente, en relación al tema de la investigación, Spitz (1965) se centra en el estudio de las afecciones que puede sufrir un niño que es privado de los cuidados maternos durante el primer año de vida. Spitz establece una clara delimitación en torno a lo que él llama las enfermedades defectivas emocionales del infante y cuyo principal causante lo constituye precisamente esta deprivación del cuidado materno; a diferencia de la variedad de factores que pueden implicarse en las enfermedades que este autor llama psicotóxicas y que tienen que ver con perturbaciones de la personalidad de la madre y la forma en que ésto afecta al infante. Retomo solamente las primeras que son las que encuentran relación con mi objeto de estudio actual.

El autor hace una descripción muy clara del proceso patognómico que siguen algunos de los niños que son separados de la madre basándose en sus observaciones y plantea la existencia de dos entidades clínicas: depresión anaclítica y hospitalismo.

La primera hace referencia a la privación parcial del cuidado materno, es decir, temporal, la segunda a la ausencia total de esta figura.

Estos síndromes, sin embargo, se suceden progresivamente dándose lugar de la depresión anaclítica al hospitalismo si la figura materna no regresa en un período transicional máximo de tres a cinco meses de ausencia.

El síndrome se inicia con la separación de la figura materna:

"En conjunto, dice Spitz, estos infantes de la casa cuna tenían relaciones buenas y normales con sus madres durante los primeros seis meses de vida y mostraban un buen progreso. Sin embargo, en la segunda mitad del primer año, algunos de ellos desarrollaban una conducta lloriqueante que estaba en señalado contraste con la anterior conducta feliz. Después de algún tiempo el lloriqueo daba paso al retraimiento. Solían yacer postrados en sus camitas desviando el rostro y negándose a tomar parte en la vida de su alrededor. Cuando nos acercábamos a éstos, la mayor parte de las veces se nos ignoraba, aún cuando algunos nos observaban con expresión escrutadora. Si insistíamos en nuestro acercamiento solía sobrevenir el lloro y en algunos

casos los gritos...

La conducta de retraimiento lloriqueón solía persistir dos o tres meses, durante los cuales algunos de estos infantes perdían peso, en lugar de ganarlo. El personal de la institución informaba que algunos sufrían de insomnio... Su índice de desarrollo revelaba primero un retraso en el crecimiento de la personalidad y luego un descenso gradual.

Este síndrome de conducta duraba aproximadamente tres meses, empeorando progresivamente. Luego decrecía el lloriqueo, siendo reemplazado por una especie de rigidez facial en la expresión.

Ahora estos niños solían estar tendidos o sentados con los ojos inexpresivos muy abiertos, las facciones inmóviles, congeladas y una mirada distante, como desconcertados, no viendo, al parecer, lo que sucedía a su alrededor. El contacto con los niños que habían alcanzado esta etapa se hacía cada vez más difícil y finalmente era imposible". (5)

Spitz señala que después del tercer mes la rigidez facial quedaba establecida. Si la separación excedía de cinco meses, daba paso al síndrome, escasamente pronosticable, del hospitalismo. En este último, la naturaleza de la relación que hubo con la madre, si es que la hubo, carece de importancia por el peso que adquiere la privación de la figura materna.

El índice de desarrollo seguía deteriorándose, a tal nivel que algunos niños a los cuatro años no lograban todavía sentarse, estar en pie, caminar o hablar.

El índice de mortalidad se elevaba significativamente alcanzando el 29.6% de los infantes de la muestra durante el primer año y el 37.3% hasta el segundo año.

Spitz establece la diferencia entre el síndrome de la depresión anaclítica y el hospitalismo, señalando cómo en esta evolución patognómica el índice de desarrollo se recupera nuevamente cuando la separación no dura más de tres meses. Las separaciones de entre tres y cinco meses representan un período transicional en que todavía el niño puede recuperarse, mientras que, en la segunda entidad, el hospitalismo, después de cinco meses de separación ya no se logra mejoría alguna cuando regresa la madre.

La etiología, este autor la sitúa, como ya se señaló anteriormente, específicamente en la privación de la figura materna, siempre y cuando la relación previa a la separación haya sido satisfactoria, lo cual pone de relieve nuevamente la importancia de las primeras relaciones de objeto en el desarrollo del infante.

Llama a esta afección de privación parcial depresión anaclítica, retomando el concepto que Freud utiliza en 1914 en "Introducción al Narcisismo", en donde señala que las primeras satisfacciones autoeróticas se experimentan en relación con las funciones vitales que sirven a la autoconservación. En este sentido, retoma Spitz, "la elección

anaclítica de objeto estaría determinada por la dependencia original del infante respecto a la persona que lo cuida. Al principio el impulso se despliega anaclíticamente" (6)

De esta manera, la afección en estudio estaría determinada por la ausencia del objeto que cubre las necesidades y al cual se dirigen los primitivos impulsos, tanto el agresivo como el libidinal, y "mientras los infantes estén privados de su objeto libidinal se volverán cada vez más incapaces de dirigir hacia afuera no solo la libido, sino también la agresión" (7)

De ahí que muchos de estos niños lleguen a morir.

Recamier (1953) después de haber estudiado el hospitalismo llega a las siguientes conclusiones:

- 1.-Es importante saber si el estado de frustración ocurre antes o después de la edad de seis meses, etapa que generalmente señala el acceso del niño a relaciones auténticas de objeto y la aparición de la angustia propiamente dicha.
- 2.-La sensibilidad de los niños de pecho a la frustración precoz es tanto más elevada cuanto más bajo sea el nivel innato de integración instinto-vegetativo.
- 3.-Hay un punto por debajo del cual no pueden limitarse las relaciones entre el hijo y la madre durante el primer año, sin que aquél sufra un daño irreparable. Se da un auténtico umbral de tolerancia a la frustración.
- 4.-Los efectos de la frustración son más notables cuanto más pronto afectan al niño.
- 5.-Los efectos de la frustración son más notables cuando es más duradera.
- 6.-El único tratamiento curativo del síndrome de privación precoz es la maternidad.
- 7.-Más allá de cierta duración, la privación precoz de la madre y sus cuidados, produce daños irreversibles. Se convierte en un déficit innato en la estructura misma de todo organismo.

Bruno Bettelheim (1967) que se ha dedicado al estudio, entre otras cosas, del autismo infantil, retoma también el problema del marasmo y hospitalismo descritos por Spitz.

Para Bettelheim lo esencial en toda relación humana es la mutualidad y la certeza que se obtiene a través de la misma, de que la acción de uno puede influir en el ambiente.

Aprendemos que nuestras manifestaciones son una señal cuando alguien responde a ellas con empatía, es por esto que los niños que sufren marasmo, para Bettelheim, ni ríen, ni lloran, pues no esperan ninguna respuesta del ambiente a estas señales.

"La ausencia de respuestas gratificadoras por parte de los que se ocupan de él puede forzar al niño, demasiado pronto, a contemplar el mundo como algo puramente frustrador, antes de haber tenido un convencimiento

pleno de que el mundo es esencialmente bueno. En tal caso, entonces, su experiencia posterior, más realista, no quedará neutralizada por la primera. No la empujará a cargarse de energía vital en sus esfuerzos por alcanzar lo que necesita, ni siquiera cuando su desarrollo lo haga posible. Estos niños dejan de "probar". No ven razón alguna para efectuar una experiencia frustradora, que a su modo de ver es todo lo que el mundo puede ofrecer"... (8)

Para este autor, el convencimiento de que no hay nada que hacer con un mundo frustrador es lo que ocasiona que los niños caigan en el marasmo, a diferencia de otros que pudieron experimentar cierta respuesta, aún dentro de una institución. La falta de respuesta orilla a una pasividad extrema.

Bettelheim establece una comparación entre estos niños y la afección sufrida por algunos de los reclusos en los campos de concentración, a los que se les daba entre los prisioneros el nombre de "musulmanes" y que no hacían el más mínimo esfuerzo por conservar la vida. Bettelheim explica esta pasividad extrema por la convicción de que la acción propia no modifica la realidad.

Esta pasividad sería distinta de la afección originalmente autista. Para este autor, mientras el niño autista tuvo alguna vez una imagen del mundo gratificador, al que se dirige en la fantasía, en el niño con marasmo ni siquiera esta relación puede ser evocada en la imaginación.

La explicación de esta pasividad extrema, al igual que todas aquellas situaciones en que se implica un cambio de estructura, obedece a la vivencia de lo que Bettelheim denomina "situación extrema", que describe como aquella en la que el individuo enfrenta una angustia de muerte ante la cual no puede hacer nada.

En este sentido, los tratos mecánicos que el niño vive en las instituciones pueden ser muy dañinos. El horario de alimentación rígido puede deshumanizar al niño, porque no le permite sentir que es su llanto o sonrisa lo que provoca que lo alimenten.

En los niños con marasmo "la mirada perdida, vacía, a la distancia, vaga y dirigida a nada en particular, tiene la finalidad de no ver que pasa de cerca, porque esto sería lo que precisamente suscitaría un interés, una acción, una reacción". (9)

En el proceso de desarrollo Bruno Bettelheim señala la existencia de períodos críticos en donde la mutualidad se vuelve particularmente importante.

a) Durante los primeros seis meses: en donde el desarrollo deberá permitir distinguir y singularizar a algunas personas.

Dado que los niños que se desarrollan en instituciones no cuentan con una atención específica, no desarrollan la

- angustia de separación que se aprecia en el octavo mes de vida en los infantes que han sido creados por sus madres o sustitutas constantes
- b) Entre los seis y los nueve meses: cuando el niño empieza a reconocer a otras personas y también a sí mismo. Si durante este período el niño intenta relacionarse y no encuentra respuesta, puede que abandone todo intento de relación.
 - c) El tercer momento decisivo puede ser entre los dieciocho y los veinticuatro meses, cuando el niño puede procurarse o evitarse el contacto con los otros, no solo afectivamente, sino incluso moviéndose hacia o lejos de ellos.

Ante la ausencia de la mutualidad quedan bloqueados diferentes movimientos del sí mismo, o bien han sido gravemente dificultados: en el primero, la actividad general del niño, en el segundo, su búsqueda activa del contacto con los otros, en el tercero, sus activos esfuerzos por dominar el mundo física e intelectualmente.

En lo que se refiere a la retirada de la realidad y el abandono de la acción Bettelheim distingue por lo menos tres niveles. En el nivel más bajo sitúa a los niños con marasmo. En este nivel se encuentra el individuo que ha abandonado toda acción y no reacciona a su medio pues ha retirado toda catexia de la realidad tanto exterior como interior.

En un nivel menos grave están los individuos que todavía actúan hasta cierto punto, aunque no se pueda hablar de una verdadera interacción con el medio, pues la principal motivación es la angustia. Se ha retirado la catexia del medio, aunque no de los procesos psíquicos internos, a pesar de que también están subcatectizados. Aquí sitúa Bettelheim a los niños autistas con habla.

Después estarían aquellos individuos que actúan de acuerdo con sus procesos psíquicos que han supercatectizado. Su visión y contacto con la realidad están deformados y sus acciones no son para cambiar la realidad, ya que se basan principalmente en sus procesos psíquicos internos.

Esto sitúa a la depresión anaclítica como una de las afecciones más graves, no sólo por el tipo de problemática que implica, sino por el momento de desarrollo en que se presenta, y las consecuencias que trae en la posibilidad de establecer una relación activa con el mundo.

De este modo, el enfocarme ahora al estudio del niño con depresión anaclítica grave (marasmo) y sus posibilidades de recuperación me plantea la necesidad del análisis de una problemática muy temprana, y por lo mismo, de una significatividad especial.

Dice Winnicott (1965) que en la fase primitiva el medio ambiente y el bebé son uno, no se diferencian. En este momento "el objeto o medio ambiente es tan parte del ser como lo es el instinto que lo evoca. En la introversión de

origen precoz... no hay crecimiento porque no hay enriquecimiento a partir de la realidad externa. " (10)

Desde esta perspectiva la carencia de una figura materna única constituye un verdadero problema aún antes de que se le haya distinguido como diferente de otras, en el sentido estricto. Y aquí podría citarse a Recamier (1953) cuando afirma que:

"Sucede con el mundo exterior como con el objeto, hace falta que exista primero para que el sujeto pueda percibirlo" (11)

M. David y G. Appel, citados anteriormente, señalan que el cuidado por diversas enfermeras impide que se establezca una relación empática, tan necesaria en el desarrollo. Estos autores descubrieron que desde las ocho semanas de vida los niños manifestaban señales de alegría y reacciones más vivas cuando se hallaban frente a una enfermera cuya permanencia e interacción con el pequeño eran predominantes.

En los estudios recientes algunos autores se niegan a admitir una patología exclusivamente psicogénica. De acuerdo a lo que plantea Levovici (1970) estos cuadros, efectivamente asumen la apariencia de una encefalopatía grave y pudieran sospecharse anomalías anteriores al ingreso a la casa cuna. Sin embargo, según este mismo autor también repara, las mejorías obtenidas por vía de la recuperación del cuidado materno y una psicoterapia intensiva reducen también la posibilidad de una etiología básicamente orgánica.

Se ha pensado también que los niños que padecen los cuadros más graves de hospitalismo sufrían ya de una perturbación que los hacía incapaces para establecer relaciones, consecuencia de alguna encefalopatía o una estructura psicótica precoz. (G. Heuyer, 1968).

Como puede apreciarse el problema de estudio es sumamente complejo. Los resultados difieren en cuanto se han abocado a análisis de distintos niveles de profundidad. Levovici (1970) plantea que cuanto más superficial es la evaluación, se encuentran más índices de reversibilidad del cuadro.

"Aunque parezca que los efectos de la carencia son un poco más completos, un poco más frecuentemente reversibles de lo que se pensaba en 1951, hay límites muy precisos para la amplitud de las mejoras y con facilidad pueden asegurarse en los casos daños graves y antiguos. Y por ello la esperanza de la reversibilidad no sea más que una ilusión debido al empleo de métodos de evaluación poco exactos " (12).

Dada la complejidad del fenómeno, tal como Recamier (1953)

afirma, se corre así el peligro de caer en simplificaciones extremas. Es decir, de ver en la ausencia del cuidado materno, como fenómeno manifiesto, la explicación de complejos fenómenos internos. Esto implicaría un retorno a las teorías traumáticas.

Es quizás en esta simplificación excesiva en donde reside la diferencia radical entre los estudiosos que consideran al síndrome como totalmente reversible, mientras que otros afirman totalmente lo contrario, cuando lo que sucede es que el fenómeno no es tan asequible a la observación directa como pudiera pensarse en primera instancia.

Pienso que nos encontramos ante una ecuación de diversas incógnitas en la que los procesos se encuentran interrelacionados dinámicamente. Me gustaría en este momento subrayar algunos de los aspectos que, desde mi punto de vista, deben ser considerados en la elaboración de tal planteamiento:

- 1.-El concepto de series complementarias: el sujeto interactúa con el medio y la resultante de esta interacción obedece a los factores que ambos aportan a la misma y a la relación dinámica que se establece entre los mismos.
- 2.-Según el momento en el que se produzca la separación se afectan distintos aspectos del desarrollo. Esto quiere decir que la privación de los cuidados maternos afectará de manera distinta según el sujeto pueda metabolizar o no la experiencia siempre en razón de la estructura dinámica con la que cuenta en el momento de la pérdida.
- 3.-La incidencia de futuros acontecimientos será interpretada desde esta experiencia previa, pero también podrá resignificarla y con esto me refiero a los sucesos afortunados como desafortunados.
- 4.-Debido a la amplitud de variación de estas circunstancias en cada sujeto en particular, se vuelve poco operante establecer generalizaciones rígidas que intenten hacer una predicción definitiva de la patología posterior que puede presentar el sujeto. Sin embargo sí es posible establecer ciertos pronósticos de acuerdo a las estructuras y procesos que resultaron afectados por tal experiencia.

Todo esto me lleva a pensar que la vía de acceso para el estudio de los efectos de la privación materna y de acuerdo con el planteamiento de Recamier (1953) de necesidad de un análisis de los complejos mecanismos internos, es el trabajo en torno a los aspectos de la personalidad que se encontraban en desarrollo en el momento de la pérdida y la posible incidencia que pudo haber tenido en los mismos tal experiencia.

¿Cómo puede un niño ser ayudado a salir de este estado cuando éste es particularmente crítico y cómo puede ser ayudado a subsanar este deterioro en su crecimiento temprano, en esa falta de confianza en un mundo que no creó en él

momento necesario la ilusión de ser totalmente bueno?

Es esta la pregunta central del presente trabajo.

A pesar de ser numerosas, como ha podido apreciarse, las investigaciones en relación al tema de la privación materna, existe muy poco escrito en torno al análisis de las vicisitudes en torno a la estructuración de la personalidad que se siguen a una experiencia tan dramática. Considero que en la medida en que pudiera profundizarse en la incidencia de esta experiencia de pérdida, tomando en cuenta las posibles alternativas que pudo haber desarrollado el sujeto en el momento en que se enfrenta a la misma y de acuerdo con su historia previa así como a las características individuales, podrán encontrarse vías de acceso para una comprensión y tratamiento del síndrome sin perder de vista su basta complejidad.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS.

- (1) Bowlby. Los cuidados maternos y la salud mental, 1954, pag. 28
- (2) Ibidem, pag. 66.
- (3) Ibidem, pag. 59.
- (4) Levovicí. El conocimiento del niño a través del psicoanálisis, 1970, pag 305.
- (5) Spitz. El primer año de vida del niño, 1965, pag 198.
- (6) Ibidem, pag 204.
- (7) Ibidem, pag 212.
- (8) Bettelheim. La fortaleza vacía, 1987, pag 66.
- (9) Ibidem, pag. 114.
- (10) Winnicott. Escritos de pediatría y psicoanálisis, 1958, pag. 217.
- (11) Bowlby. Op cit. pag 132.
- (12) Ainsworth M. Les repercussions de la carence maternelle. Tomado de Levovicí, Op cit, pag. 306.

III- METODOLOGIA .

A) DELIMITACION DEL PROBLEMA.

El planteamiento del problema en estudio podría resumirse en el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son las consecuencias en la estructuración de la personalidad de un niño que ha atarvesado por una depresión anaclítica grave y los aspectos fundamentales que deben ser considerados en el proceso terapéutico ?

Definición de términos:

-Consecuencias:

Entiendo por consecuencias todos aquellos aspectos que aparezcan en el desarrollo posterior del niño y que se encuentren relacionados con el síndrome de la depresión anaclítica.

-Depresión anaclítica grave:

Síndrome que aparece en el infante al tercer mes de ausencia de la figura materna y que Spitz caracteriza por la negativa al contacto por parte del niño, el yacer postrado la mayor parte del tiempo, el inicio del insomnio, la pérdida significativa de peso, la tendencia a contraer enfermedades interrecurrentes, el retraso motor y el inicio de la rigidez facial.

-Aspectos fundamentales:

Directrices.

-Proceso terapéutico;

Atención clínica al problema.

B) OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

En estrecha relación con lo expuesto anteriormente, los dos objetivos principales que se plantean en la presente investigación obedecen a los dos aspectos fundamentales que integran el planteamiento del problema. Estos son :

En cuanto a una mejor comprensión del síndrome:

- Analizar las consecuencias de la depresión anaclítica en el proceso de desarrollo de la personalidad del niño.

En cuanto al tratamiento:

- Delimitar los aspectos principales a ser considerados en la atención del mismo.

C) SUPUESTOS E HIPOTESIS.

Supuestos:

A ser trabajados a través de una investigación bibliográfica:

- En los niños con depresión anaclítica se presenta una seria dificultad para la expresión de los impulsos agresivos.
- Existe una importante relación entre el proceso melancólico en el adulto y el de la depresión anaclítica en el niño en cuanto a la experiencia de pérdida de objeto, aunque una distinta explicación dinámica de ambos procesos patológicos.
- La posibilidad de recuperación está determinada no solo por la longitud del período de privación, sino también por el momento de desarrollo del niño en que reaparece la madre. Este es aún posible entre los seis y los nueve meses de edad.

Hipótesis

a) En relación a las consecuencias del síndrome:

- El niño que logra sobrevivir a la depresión anaclítica grave presenta una distorsión grave en su proceso de desarrollo emocional en relación a:
 - .Dificultad de integración del objeto libidinal por exceso de ansiedades paranoídes.
 - .Al no haber objeto total se dificulta el proceso de simbolización y desarrollo del pensamiento.
 - .Al no haber un buen desarrollo de la simbolización se dificulta la representación del objeto (objeto permanente) y el logro de una constancia objetal.
 - .Existe una profunda herida narcisista que dificulta tolerar las frustraciones propias del desarrollo sin

fuertes tendencias regresivas.

.Hay una significativa fijación oral que coloreará la elaboración de los conflictos propios de las fases subsecuentes.

b) En relación al tratamiento:

.El tratamiento deberá implicar el reestablecimiento de una simbiosis correctiva.

.Esta simbiosis puede reestablecerse solo cuando el niño tiene una experiencia relacional no después de los seis a nueve meses.

.La reedición del proceso de separación-individuación implicará la reelaboración de las angustias primitivas.

.El tratamiento podrá permitir un creciente uso de mecanismos neuróticos sobre los psicóticos.

D) METODO Y PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.

En la presente investigación se pretende seguir un método de análisis clínico.

A partir de una investigación bibliográfica previa sobre el tema, se propone confrontar más tarde la misma con el proceso de desarrollo del caso clínico en estudio.

El procedimiento para el análisis del mismo será:

A) Registro completo de las sesiones de trabajo terapéutico.

B) Categorización de la información de acuerdo a las entidades de estudio referidas al desarrollo y tratamiento, así como las vicisitudes en relación a los mismos.

Se especifican las siguientes:

(Ver cuadro)

EN RELACION A LA ESTRUCTURACION DE LA
PERSONALIDAD.

H I P O T E S I S

INVESTIGACION DOCUMENTAL

OPERACIONALIZACION

Dificultad de integración del objeto libidinal por exceso de ansiedades paranoides.

Dificultades en relación a la integración del objeto en el paso de la posición esquizo-paranoide a la depresiva.

.Exceso de miedos irracionales:fobias terrores nocturnos, miedo a objetos inanimados.

Al no haber un objeto total se dificulta el proceso de simbolización y el desarrollo del pensamiento.

Dificultades en relación al desarrollo de las funciones de:
 .principio de realidad
 .simbolización
 .pensamiento

.Retraso en la aparición de la función simbólica en general: lenguaje, imitación diferida, juego simbólico.
 .Concretización del pensamiento .
 .Confusión entre fantasía y realidad.

Al no haber un buen desarrollo de la simbolización, se dificulta la representación del objeto (objeto permanente) y el logro de una constancia objetal.

-Dificultades en relación al desarrollo cognitivo.
 -Dificultades en relación al desarrollo de la constancia objetal.
 Vicisitudes en relación al paso por las fases:

- .autística
- .simbiótica

.Retraso en la representación mental del objeto físico cuando éste desaparece del campo perceptual

.Retraimiento casi absoluto como movimiento reactivo.
 .Reinstauración de la barrera contra los estímulos.
 .La madre continua funcionando como "yo auxiliar" del niño en una edad en que se esperaría mayor autonomía
 "Adivina" sus necesidades sin la presencia de un lenguaje verbal
 .El niño requiere constantemente de su ayuda aún en aquellas actividades que puede realizar solo.
 .No se despega de la madre aún cuando su capacidad motora lo permita.
 .La ausencia de la madre equivale a su pérdida.Provoca grave angustia

Hay una significativa fijación oral que coloreará la elaboración de los conflictos propios de las fases subsecuentes.

Dificultades en la evolución de la relación objetal en - torno a las metas libidinales. (puntos de fijación).

.Aparición continua de impulsos y ansiedades de tipo oral canibalístico deseo y miedo de ser devorado (observable a través del juego).
.Dificultad y retraso en el logro de control de eñteros.
.Angustia de castración como miedo a ser devorado.
(observable a través del juego).

Existe una profunda herida narcisista que dificulta tolerar las frustraciones propias del desarrollo sin fuertes tendencias regresivas.

Dificultades en relación a el logro de una autoestima consistente y tendencia a la consecución de metas realistas.

.Ante situaciones frustrantes se observa:
-tendencia al retraimiento.
-ansiedades hipocondriacas
-pérdida temporal de los logros adquiridos.

Nota:

Los aspectos relacionados a la investigación documental se abordarán en la parte teorica del trabajo (Primera Parte). El análisis de los fenómenos observables corresponde a la sección en que se aborda el caso clínico (Segunda Parte). Finalmente en la Discusión de Resultados se contrastan las hipótesis con los datos recabados.

EN RELACION AL TRATAMIENTO.

HI P O T E S I S

INVESTIGACION DOCUMENTAL

OPERACIONALIZACION.

La salida del autismo se posibilitará mediante un trabajo que permita la recatectización de la periferia corporal

La estimulación corporal permitirá un progresivo contacto con el mundo, dado que el retraimiento aparece como la reacción ante una pérdida en el medio ambiente.

.La presencia de un objeto gratificante (la madre) permitirá la progresiva ruptura de la barrera autística
 .La estimulación de la superficie corporal favorecerá el establecimiento de contacto.

La simbiosis puede reestablecerse sólo cuando el niño tiene una experiencia relacional no después de los seis a nueve meses.

Los seis meses constituyen un momento crucial del desarrollo según diversos autores (Klein, Malher Winnicott, Spitz).

No hay posibilidad de contrastar esta hipótesis con lo que hubiese pasado si la adopción se diera en otro momento. Se trabajará a nivel de supuesto teórico.

El tratamiento deberá implicar el reestablecimiento de una simbiosis correctiva.

La madre deberá tomar en cuenta la capacidad emocional del niño para tolerar la separación y no dejarse guiar sólo por sus capacidades físicas, pues hay un desfasaje entre el desarrollo físico y el emocional. Esto implica la necesidad de tomar a la diada en tratamiento y no solo al pequeño.

.La madre manifestará confusión en relación a las demandas del pequeño, que no coinciden con sus capacidades físicas.
 .El niño no tolerará entrar al consultorio si no es acompañado por la madre.
 .La relación con el terapeuta es periférica. La acción central está en el intercambio entre madre e hijo.

La reedición del proceso de separación-individuación implicará la reelaboración de las angustias primitivas.

Existe el precedente de una pérdida temprana.
 El proceso de separación-individuación necesariamente será afectado por tal experiencia.

Los pasos en relación a una mayor separación física de la madre representarán episodios de angustia que requerirán de períodos de elaboración dentro del proceso terapéutico.

El tratamiento podrá permitir un creciente uso de mecanismos neuróticos sobre psicóticos.

En la medida en que se vayan elaborando angustias primitivas, disminuirá la escisión dando paso a la represión.

Utilización decreciente de la proyección, introyección, negación -- e idealización y creciente utilización de mecanismos inicialmente de tipo obsesivo: formación reactiva anulacion, etc. Buscando el control del objeto. (Observable a través del juego).

- C) Confrontación de los datos clasificados con las hipótesis planteadas.
- D) Discusión de los resultados.
En este apartado se presentará una visión resumida de los aspectos trabajados ampliamente en el relato del caso clínico, en el que se incluirán viñetas que ilustren los procesos referidos.
- E) La revisión del material se hará bajo la supervisión y asesoría de la Directora de tesis: Dra Teresa Guerra.

IV- LA FUNCION DE LA RELACION MATERNO-FILIAL EN EL PROCESO DE DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO

"No basta con que se reconozca la importancia del medio ambiente... en las primeras fases, el niño pequeño y el cuidado materno se pertenecen mutuamente, son inseparables"
(Winnicott, 1960.) (1)

El cuidado materno constituye la condición de existencia del pequeño. Sin el mismo su vida sería imposible. Es por esto que el cuidado materno y el niño forman parte de una unidad inseparable.

En este momento aún no se han diferenciado la psicología de la fisiología. Es a través de la satisfacción de las necesidades fisiológicas como la madre manifiesta su afecto al pequeño.

Al nacer el niño cuenta con una barrera protectora contra los estímulos :

"Los estados somnolientos en los recién nacidos... sobrepasan por mucho a los estados de alerta. Son reminiscentes de ese estado original de distribución de la libido que prevalecía en la vida intrauterina, que se asemeja al modelo de un sistema monádico cerrado, autosuficiente en la satisfacción alucinatoria de sus deseos"(2)

Esta barrera protege al pequeño de un mundo completamente nuevo, de una gran cantidad de estímulos que deberán ser filtrados para no desbordarlo. La madre ayuda a esta barrera; protege al pequeño contra la afrenta fisiológica, toma en cuenta su sensibilidad epidérmica y todo lo que ésta implica: la temperatura, la sensibilidad auditiva. Ayuda al pequeño a lidiar con los estímulos, tanto internos como externos, estableciendo una rutina de cuidados constantes, proporcionando al pequeño lo que Winnicott expresa claramente a través de su concepto de sostenimiento. Es la madre que sostiene a la criatura, que lo sostiene, tanto en el sentido restringido de la palabra como en el sentido amplio; es la madre que apoya su existencia, que funciona como un yo auxiliar del niño, la que garantiza su continuidad existencial.

A) DEL SOSTENIMIENTO A LA INTEGRACION.

Dos son las características esenciales que deben cubrirse a través del sostenimiento:

- a) La satisfacción de las necesidades fisiológicas.
- b) La estabilidad, no como cuidado mecánico, sino como permanente.

El sostenimiento se refiere al conjunto de condiciones ambientales que anteceden al concepto de convivencia, ya que el niño aún no interactúa con el otro, pues no puede reconocer la independencia del mismo. Es la fase de la indiferenciación (Hartman, 1939), la etapa sin objeto (Spitz, 1965), de la dependencia absoluta (Winnicott, 1960). Priva el proceso primario, no se distingue aún la necesidad de la satisfacción.

Freud en "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico" en 1911, en una nota al pie de página señala:

"Con razón se objetará que una organización así, esclava del principio del placer y que descuida la realidad objetiva del mundo exterior no podría mantenerse con vida ni por un instante, de suerte que ni siquiera habría podido generarse. Sin embargo el uso de una ficción de esta índole se justifica por la observación de que el lactante, con tal que agreguemos el cuidado materno, realiza casi ese sistema psíquico. Es posible que alucine el cumplimiento de sus necesidades interiores..." (3)

El niño existe así en medio de este principio, pero sostenido por el cuidado materno.

La madre, como medio ambiente, se adapta inicialmente activamente a las necesidades del pequeño, al que Winnicott denomina un "psiquesoma" recién formado (1949) haciendo alusión a esta interdependencia e integridad entre el fisiológico y lo psíquico. El fracaso, el descuido de este medio ambiente, constituye un ataque ante el cual el niño debe reaccionar turbando su continuidad existencial. Y es que es necesario pensar en que el niño durante esta etapa no es un sujeto que identifica que siente hambre y que sus impulsos pueden ser o no satisfechos. La angustia que siente el bebé durante esta etapa no es tampoco la de castración, ésta está muy lejos aún, ni siquiera la de separación; la angustia que siente es una angustia inconcebible, innombrable, es la angustia de ser aniquilado, de desahacerse, de caer para siempre, de no tener relación con su cuerpo, de carecer de

orientación (Winnicott,1962)

Se trata de aquello que constituye la base sobre la cual se construyen las angustias psicóticas. De ahí que el cuidado materno tenga como función la reducción al mínimo de los peligros ante los cuales el niño tiene que reaccionar, sintiendo el aniquilamiento de su experiencia personal.

Si estas experiencias son limitadas se puede ir formando el yo del pequeño.

"La primera organización del yo procede de las experiencias de amenazas de aniquilación con respecto de las cuales hay recuperación repetidas veces...Partiendo de tales experiencias la confianza de la recuperación comienza a ser algo que lleva a un ego y a una capacidad del yo para enfrentarse con la frustración." (4)

El fracaso de la adaptación lo que produce es la aniquilación del self del pequeño y como aún el niño no percibe a la madre ni lo que esta hace bien o mal por él y no puede verla como un objeto total, sino hasta una etapa posterior, lo que se produce entonces es una desorganización del sujeto.

Mientras que a través del cuidado materno se va logrando una integración progresiva, la falta del mismo predispone al niño a la desintegración. Poco a poco el niño que ha contado con un buen ambiente va uniendo algunos de los fragmentos de las técnicas de crianza: de las caras vistas, de los olores oídos, en un ser al que llamará madre, a través de un complejo proceso, facilitado precisamente por la permanencia de la misma figura.

También, paralelamente, irá logrando una integración de sí mismo, de sus impulsos, de sus distintos estados. El pequeño que ha contado con una persona que recoja sus pedacitos podrá proseguir su tarea de autointegración (Winnicott,1965).

Sin embargo el niño que no ha contado con un ambiente sostenedor sentirá la angustia de aniquilación como una amenaza siempre presente. Anteriormente se ha citado ya a Bettelheim (1967) quien habla de las situaciones extremas que experimenta este pequeño cuando siente que ante la angustia de muerte no puede hacer nada efectivo, y plantea que esto es quizás lo que lleva a los niños a la pasividad extrema que se observa en el marasmo.

Winnicott plantea que ante la falta de sostenimiento adecuado, no solo se da una falta de integración, la cual no es tan amenazante para el niño cuando existe dentro de un medio continente, sino una desintegración, que él explica como un proceso defensivo. Ante el caos el niño opta por la desintegración, que aunque es igualmente dañina y caótica tiene la ventaja aparente de estar bajo el control omnipotente del sujeto, de ahí que sea utilizada como una defensa.

Si finalmente el niño logra una integración adecuada la presencia de la madre sigue siendo muy importante. Es cierto que su papel cambiará, y el niño al empezar a poder reconocer como propios sus impulsos, tanto agresivos como libidinales, sentirá inquietud por la madre. Si la madre desaparece en ese momento el niño se sentirá el causante de tal desgracia.

Al respecto dice Winnicott:

"La madre debe seguir viva y disponible, tanto físicamente como en el sentido de no estar preocupada por otra cosa. La madre - objeto debe sobrevivir a los episodios impulsados por los instintos, episodios que a estas alturas habrán adquirido toda su fuerza de fantasía de sadismo oral y otros resultados de la integración. Asimismo la madre medio-ambiente tiene una función especial: seguir siendo ella misma, estar identificada con su bebé, estar allí para recibir el gesto espontáneo y sentirse complacida " (5)

Si la madre sobrevive, sabemos los adultos, es en virtud de su propia capacidad de supervivencia, y si no es destruida por los ataques impulsivos del bebé es porque éstos no son omnipotentes como piensa el niño, pero si la madre desaparece, el niño confirmará la omnipotencia de su destrucción, destrucción que pone en peligro su propia vida al hacer desaparecer al objeto satisfactor.

Los niños que sufren depresión anaclítica son aquéllos que pierden a la madre precisamente en el momento en que empiezan a poder responsabilizarse de sus impulsos.

No podemos decir tampoco que el sólo cuidado materno es el que posibilita la integración. Ésta es una tendencia del desarrollo, sin embargo, sí puede afirmarse, sin temor a exagerar, que el cuidado de la madre es el único vehículo disponible que permite llevar a feliz término tal proceso.

Para poder cumplir con tal tarea, la madre a su vez tiene que estar en un ambiente que la sostenga a ella. Es el padre quien permite a la madre dedicarse en cuerpo y alma a esta función al cubrir sus necesidades, al apoyarla afectivamente, y es también el quien pondrá los límites a esta relación, permitiendo así el desarrollo de un nuevo sujeto autónomo.

La integración del objeto y del yo del sujeto, como se analizará más adelante, son dos procesos paralelos, facilitados por la constancia de los cuidados maternos.

En el siguiente capítulo analizaré con mayor detenimiento las dificultades específicas que se presentan en el momento de la integración y la manera en que puede influir la ausencia de la madre. Me gustaría sólo por el momento subrayar que es la estabilidad en el cuidado del niño, la rutina que la madre establece, su presencia constante...lo que permite

al niño ir la reconociendo como ella misma y unir cada una de las percepciones de estos cuidados, así como paralelamente a sí mismo como objeto de tales cuidados.

B) DEL AUTOEROTISMO A LA MUTUALIDAD.

¿Cómo logra la madre dar al bebé el sostenimiento que se ha subrayado como esencial en el proceso de integración del sujeto?

El medio a través del cual la madre puede entender lo que necesita su bebé y satisfacerlo en el momento preciso es la identificación. Solo si la madre desarrolla un estado de sensibilidad exaltada es capaz de ponerse en el lugar del pequeño y entender lo que está sintiendo.

En este momento para el bebé no existe otro sujeto, ni siquiera como parte de él mismo, por eso es que Freud habla de una fase inicial autoerótica sin objeto y en donde la satisfacción de la necesidad ocupa el lugar primordial. La explicación que da Malher (1950) de esta primera fase a la que denominó autística normal aclara este estado del bebé en el que aún la madre parece no ser percibida emocionalmente por el bebé como figura representativa del exterior.

Para poder conectarse con un bebé al que aún no le puede importar ser entendido o no por la madre, ésta tiene que desarrollar una habilidad especial, hacer uso de su propia experiencia, de sus propias vivencias, poder regresar hasta donde está el bebé, a la recepción cenestésica de que habla Spitz (1965) para poder sentir junto con él.

Por su lado el niño, a través de la identificación proyectiva, deposita en la madre aquellas sensaciones incomprensibles. La madre, funcionando como un continente de las mismas (Bion 1957) las devuelve al niño elaboradas.

"Una madre comprensiva puede vivenciar el miedo que el niño está tratando de resolver por medio de la identificación proyectiva y mantener su equilibrio" (6)

La identificación empática, desde la madre, constituye la posibilidad de conectarse con el bebé. Winnicott (1960) llama a este estado preocupación materna primaria. La identificación proyectiva, desde el niño, lo habilita para investigar sus propios sentimientos en una personalidad suficientemente fuerte como para contenerlos. Si en este proceso la proyección no es aceptada por la madre el niño siente que a su sentimiento, por ejemplo de estar muriendo, le es arrancado su significado y lo que reintroyecta no es ya el miedo a morirse, sino un terror sin nombre. Lo contrario sucede si el sujeto cuenta con un objeto comprensivo con el cual identificarse y a partir del cual ir desarrollando su propio aparato para pensar. Comprenderá entonces, paulatinamente, que no se muere, sino que esta hambriento, por ejemplo.

Bion (1957) nos habla de la capacidad de "reverie" de la madre, Winnicott (1971) en este sentido destaca el papel del espejeo en las relaciones entre madre e infante subrayando

que lo que ve el bebé cuando ve el rostro de su madre es a sí mismo ; es decir, físicamente ve a la madre, pero lo que ella parece se relaciona con lo que ella ve en él. Esa través ya partir de estos intercambios iniciales que se va gestando el inicio de un diálogo entre la madre y el niño (Spitz 1965).

El bebé se halla fusionado con la madre y ésta identificada con su bebé, pero paulatinamente se va produciendo un cambio: el niño parece adquirir cada vez más la capacidad de emitir una señal. Aparece la sonrisa del tercer mes (Spitz 1965) como respuesta al rostro humano. Estamos en los inicios de la fase simbiótica en que se da la catexis del principio maternal, aunque aún no ocurre la diferenciación del objeto maternal como una representación mental separada del self (Malher 1971).

Esta catexis del principio maternal ha seguido un proceso paulatino, en sus comienzos, como señala Freud:

"Probablemente el niño efectúa una alucinación de la satisfacción de sus necesidades internas, revela su displacer cuando hay un aumento de estímulo sin la correspondiente satisfacción mediante la descarga motora de los chillidos y pataleos y entonces experimenta la satisfacción que antes había imaginado." (7).

La madre ha acudido ante el llanto de su pequeño que siendo inicialmente una descarga, después se constituye en un llamado. Ha sido transformado en una experiencia significativa, se ha convertido en una señal. La madre parece entender esta nueva capacidad de su bebé y disminuye su identificación con él para permitir el desarrollo del gesto creador. Se establece lo que Spitz (1965) denomina el diálogo en la diada madre-hijo, constituido por el ciclo : acción-reacción-acción y que permite al niño poco a poco transformar los sucesos sin significado en más señales significativas, aumentar su arsenal de signos para comunicarse.

Durante este período son diversos los autores que señalan la importancia de un nivel de frustración óptimo, paso necesario en el desarrollo, pues si la madre sigue identificada con su bebé la protesta, y en general todos los signos del pequeño que debieran producir la reacción de la madre, faltan. Si la madre no falla, se parece a una alucinación y no a un objeto real. Es la falta limitada de la función materna la que permite al niño percibirla y relacionarse con ella, llamarla y reconocer más tarde su presencia o ausencia. Ahora bien, esta falla debe ser limitada, y el niño tiene que sentir que logra hacer un cambio con su protesta. Si la falla es muy grande y el niño no siente que puede hacer nada para cambiar el medio, deja de actuar.

"La personalidad sólo se desarrolla por una razón: por y para relacionarse con el mundo exterior y por y para afectarlo o cambiarlo. Si la personalidad no puede hacer

ésto tampoco hay motivo ninguno para desarrollar las estructuras interiores destinadas a tal fin." (8)

Es así como a través del contacto con otro ser humano que el niño desarrolla su capacidad de convivencia. Inicialmente ni siquiera podía percatarse de la propia existencia, y a partir de la identificación de la madre, en un momento inicial, es que el pequeño puede progresivamente establecer un intercambio. No es casual que con el comienzo del segundo mes de vida el rostro humano se convierta en un precepto visual preferido por el bebé y que se responda al mismo con una respuesta específica de la especie: la sonrisa, como una de las primeras conductas activas e intencionales del niño, posterior al seguimiento del rostro que aparece tiempo antes. Estas respuestas no se presentan ante ninguna "otra" cosa, ni siquiera ante el biberón.

A través de este proceso se establece todo un sistema de comunicación en donde las señales afectivas generadas por la disposición de la madre son percibidas por el infante. La sola presencia del niño, así como sus estados de ánimo, generan respuestas en la madre. El niño da libre expresión a sus impulsos, y aquéllos actos del infante que agraden a la madre serán favorecidos por ella. Asimismo el niño reactivará en la madre las fantasías culpables y deleitables que tuvo que dominar a través de su desarrollo.

En la infancia los afectos desempeñan un papel primordial en la comunicación, papel que cederá gran parte de su importancia al lenguaje verbal en épocas posteriores. Spitz (1965) subrayando este aspecto, habla del clima afectivo que rodea al bebé como la totalidad de las fuerzas que influyen en el desarrollo del infante y que obedecen a un principio acumulativo, a la fuerza de la cotidianidad.

Estamos aquí frente al principio del intercambio, frente al nacimiento de la mutualidad, con todas sus implicaciones. Es solo a través del contacto con otro ser humano que el sujeto se constituye como un ser de relación.

C) DEL NARCISISMO PRIMARIO AL CONTACTO CON EL MUNDO.

El neonato no distingue la percepción primitiva de la satisfacción de la necesidad. Es cierto, como señala Winnicott (1958), que la tarea de aceptación de la realidad nunca es completada totalmente, y agrega que por fortuna; sin embargo existe una tarea importante que tendrá que desarrollar el bebé para poder asegurar su supervivencia posterior, el desarrollo de un principio de realidad.

En este proceso de contacto con el mundo la madre desempeña un papel fundamental, constituyendo un puente entre el mundo interno y el externo del niño lo que le permitirá el enriquecimiento del primero y la progresiva comprensión del segundo.

Esta zona, donde se establece esta primera conexión, es la zona de la experiencia, a la que Winnicott (1958) denomina la zona de la ilusión y que constituye una zona intermedia entre la realidad interna y la externa.

En las observaciones que realiza Spitz (1965) relata cómo un niño que está gritando porque tiene hambre, no percibe el pezón, pues está ocupado en una tarea de descarga. Lo mismo sucede si el niño no tiene hambre. El bebé reconoce la sugerencia de ser alimentado sólo cuando tiene hambre, de este modo, para que se establezca el contacto, tienen que estar presentes, tanto el estímulo externo como el interno.

El amor y la identificación de la madre con su pequeño hace que pueda sentir las necesidades del mismo hasta el punto de aportar algo, mas o menos en el momento propicio y que cubre tal necesidad. Si la madre y el hijo coinciden se produce el momento de la ilusión, dándose así el primer lazo entre el pequeño y un objeto externo.

"El niño acude al pecho cuando esta excitado y dispuesto a alucinar algo que puede ser atacado. En aquel momento el pezón hace su aparición y el pequeño es capaz de sentir que eso, el pezón, es lo que acababa de alucinar. Así que sus ideas se ven enriquecidas por los datos reales de la vista, el tacto, el olfato, por lo que la próxima vez utilizará estos datos para la alucinación. De esta manera el pequeño empieza a construirse, la capacidad para evocar lo que está realmente a su disposición. La madre debe seguir dándole al niño este tipo de experiencia. El proceso se ve inmensamente simplificado si el cuidado del niño corre a cargo de una única persona que utiliza una sola técnica. Parece como si desde el nacimiento el niño estuviera pensado para ser cuidado por su propia madre, o en su defecto, por una madre adoptiva y no por diversas niñeras." (9)

Lo bueno y lo malo del medio ambiente deben parecerle al

principio al niño una proyección: los gritos de hambre, seguidos por la satisfacción constituyen el sentimiento de omnipotencia, el niño siente que ha creado el pecho. De acuerdo con Ferenczi (1916) este estado de omnipotencia es una etapa primera de sentido de realidad. Si el niño siente que puede crear al mundo, puede conectarse con él y más tarde renunciar al control mágico del mismo.

Esta zona intermedia de la ilusión no es discutida en cuanto a su pertenencia al mundo interno o a la realidad externa, porque se sitúa precisamente en medio de ambas, por eso actúa como un puente, una zona que incluso en el estado adulto sigue existiendo y cuyas manifestaciones son el folklore, el arte, la religión cuando pueden compartirse, o la locura cuando se ha exigido una excesiva credibilidad de tales experiencias. (Winnicott, 1971)

La madre permite al niño la vivencia de este estado de omnipotencia, que si bien ella no produce, sí posibilita.

Winnicott señala que la importancia crucial del trabajo de Sechehaye (1951) con su paciente autista al dar a ésta una manzana en el momento preciso (realización simbólica) es que permitió a la paciente la ilusión de crear un objeto. El papel de Sechehaye consistió precisamente en permitir que dicho objeto tomara la forma de una manzana, y así la paciente creó una parte del mundo real.

Este sería el papel de la madre en este proceso de contacto con el mundo.

La actividad de la zona oral durante esta etapa permite una visualización de este estado de transición entre lo interno y lo externo, donde la indiferenciación es precisamente la que permite el contacto

Cuando el pezón llena la boca del recién nacido y cuando fluye la leche por la laringe son estimulados simultáneamente tanto los receptores sensoriales del exterior como los del interior (Spitz 1965). Es como si se tratara de localizar el objeto a medio camino entre dentro y fuera.

"Todo acto de chuparse el puño aporta una útil dramatización de la primitiva relación objetal en la cual el objeto es tanto el individuo como es el deseo del objeto, porque es creado partiendo del deseo, o es alucinado, y al principio es independiente de la realidad externa." (10)

De esta manera la fantasía no es algo que el individuo crea solo como defensa. Es incluso más primitiva que la realidad y se irá enriqueciendo en la medida que la experiencia de la ilusión lo permita. El proceso de descentramiento se inicia por la omnipotencia. Sólo en la medida que el niño pueda experimentarla es que podrá más tarde renunciar a ella.

Es cierto que la adaptación a la necesidad jamás es perfecta, ni siquiera en el primer momento en que la madre está identificada con su bebé. De acuerdo con lo que señala Winnicott (1952) este vacío que se crea entre la adaptación

completa y la incompleta es llenado por los procesos intelectuales: por la comprensión. Esta permite ir teniendo en cuenta los fracasos del medio y tolerarlos, convirtiéndolos en adaptación insuficiente en suficiente. Si el niño no tiene una capacidad intelectual adecuada, las herramientas con las que cuenta para convertir una adaptación ambiental en suficiente están disminuídas, de ahí que ciertas psicosis sean más comunes en las deficiencias. Ahora bien, si el niño posee tejidos cerebrales excepcionales y puede tener en cuenta un serio fallo de la adaptación a la necesidad puede haber una distorsión de la utilización del proceso intelectual, desarrollándose una hipertrofia de los procesos intelectuales relacionada con un derrumbe esquizofrénico en potencia.

De este modo puede concluirse que no hay posibilidad de que el pequeño pase del principio del placer al de realidad si no es ayudado por una madre lo bastante buena que comienza con una adaptación casi completa y luego permite un fallo gradual.

Para enfrentar este fallo gradual el niño dispone también progresivamente de más herramientas:

- .La experiencia repetida de que existe un límite temporal para la frustración.
- .El creciente sentimiento del proceso.
- .Los comienzos de la actividad mental.
- .El recuerdo, la fantasía, los sueños y la integración temporal en la práctica.

Este contacto con el mundo es cada vez más amplio. Spitz(1965) señala cómo el rostro de la madre constituye un factor esencial en el paso desde la percepción de contacto a la percepción a distancia, lo que amplía enormemente el horizonte del pequeño. El bebé, mientras mama del pecho, mira fijamente el rostro de la madre: siente el pezón al mismo tiempo que ve el rostro, la percepción por contacto se mezcla con la percepción a distancia. Nuevamente la madre actúa como un puente. A veces el niño puede perder el pezón de la boca, pero el rostro de la madre sigue ahí.

La percepción por contacto sigue teniendo un papel primordial, sin embargo la percepción a distancia enriquece enormemente el espectro de los sectores perceptuales.

En los casos en los que se da una introversión precoz, sea por ausencia de la madre física o emocional, sea por la excesiva sensibilidad del niño que lo orilla al regreso a una defensa de carácter autístico, no hay crecimiento, porque no hay enriquecimiento a partir de la realidad exterior. Los niños que presentan depresión anaclítica manifiestan una detención en el desarrollo, tal y como señaló Spitz (1965). Los niños con marasmo incluso observan una grave disminución del mismo, ambos sucesos asociados con un creciente aislamiento.

.....

La base de la salud mental, los cimientos sobre los cuales se construye la misma, se encuentran en la existencia de un buen cuidado materno.

Este cuidado para ser suficientemente bueno tiene que cumplir con:

- .La continuidad: la cual ayuda a la integración.
- .La estabilidad: que permite al niño poder anticipar el comportamiento de la madre.
- .La adaptación graduada: basada en el desarrollo progresivo de las capacidades del niño.
- .La provisión: para que el niño pueda desarrollar su impulso creador.

Si esto se presenta hay, de acuerdo con Winnicott (1952), tres procesos que pueden desarrollarse:

- .La integración: que a través del sostenimiento permite al bebé sentir la continuidad de su existencia.
- .La personalización: que a través de la manipulación y del espejo da al niño la certeza de que habita en su propio cuerpo.
- .La relación objetal: que por medio de la presentación del objeto permite el paso desde el autoerotismo absoluto hasta el intercambio.

En este proceso Winnicott (1958) señala la importancia del objeto transicional, que como primera posesión no-yo y anterior a la prueba de realidad, permite al niño la manipulación de un objeto que sin ser el pecho, lo representa, llevándolo de la manipulación omnipotente a la motriz y constituyendo un puente importante situado también en la zona de la ilusión. Este objeto transicional es importante precisamente por situarse entre el objeto interno y el externo: no es la madre, pero la representa. Este objeto transicional es al mismo tiempo un objeto del mundo externo y una posesión que adquiere las cualidades de un objeto interno sin ser una alucinación.

Ahora bien, me gustaría subrayar que si bien la provisión de un ambiente adecuado, de un cuidado materno suficientemente bueno, es indispensable, no garantiza por sí mismo un adecuado desarrollo.

Pese a todos los buenos cuidados, el niño es propenso a los trastornos asociados con los conflictos de la vida instintiva. Estas dificultades tienen que ser resueltas por el niño, es más, son necesarias para su desarrollo y no deben ni podrán ser prevenidas por el ambiente.

Lo mismo sucede al contrario: es la tendencia innata a la

integración y el crecimiento lo que produce la salud y no el ambiente por sí mismo. Sin embargo el cuidado materno es un factor indispensable para que estos procesos se den. Es la tierra en donde estas semillas pueden germinar.

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1) Winnicott. La teoría de la relación paterno filial, 1960, pag. 44
- (2) Malher. Simbiosis humana. Las vicisitudes de la individuación,1972, pag.24.
- (3) Freud. Dos principios del acaecer psíquico, 1911, pag 225.
- (4) Winnicott. Desarrollo emocional primitivo,1945, pag 205.
- (6) Bion. Volviendo a pensar , 1953 ,pag 143.
- (7) Freud. Op. Cit.1911, pag 226.
- (8) Bettelheim. La fortaleza vacía ,1967,pag 110.
- (9) Winnicott. Desarrollo emocional primitivo, 1945,pag 213.
- (10) Ibidem,pag 218.

CAPITULO V

LA DEPRESION ANACLITICA Y LAS VICISITUDES EN RELACION AL PROCESO DE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

Intentar un análisis de las vicisitudes que se presentan en el desarrollo de la personalidad del niño que ha sufrido una depresión anaclítica grave requiere, como punto de partida, una indagación en torno a aquellos aspectos de la personalidad que se encontraban precisamente en proceso de gestación en el momento de la pérdida de objeto.

De acuerdo a las investigaciones realizadas por Spitz (1965) la depresión anaclítica se presenta como reacción ante la pérdida de la madre alrededor del sexto mes de vida. Diversos autores coinciden en la importancia de esta fase evolutiva: Winnicott (1958) habla de un importante avance del niño durante esta etapa, en la cual empieza a sentir que es una persona relacionada con los demás, esta atravesando la fase del sostenimiento e iniciando la de convivencia, aún cuando la madre forme todavía parte de él mismo como unidad inseparable. Malher (1975) sitúa en este período la cúspide de la relación simbiótica. Bowlby (1954) señala que alrededor de este tiempo es que el niño comienza a particularizar: la madre ya no es equivalente a cualquier otro adulto. Klein (1921) sitúa en esta fase el paso a la posición depresiva, es decir, la integración de los objetos parciales en un objeto total: la madre.

La pérdida entonces se presenta en un momento crucial del desarrollo, en donde se verá afectado el proceso de integración del objeto y del yo, lo cual tiene implicaciones muy serias para el desarrollo del niño. A pesar de que la madre regrese y de que el niño logre aparentemente una recuperación, la experiencia de pérdida habrá dejado sus huellas. La falta de apego a la vida que demuestran los niños durante la depresión anaclítica difícilmente, podría pensarse, que desaparecería sin dejar consecuencias importantes.

Spitz (1965) también señala que si la pérdida se da en un momento anterior (alrededor de los tres meses e incluso antes) también hay un deterioro del índice de desarrollo, no en una forma tan abrupta como ocurre a los seis meses, sin embargo, aunque la caída parece ser mas lenta, también parece tener el carácter de irreversible.

¿Qué sucede entre los tres y seis meses en la vida emocional del pequeño que impide esta recuperación?

Señalaría yo, de acuerdo con los autores anteriormente citados, que lo que parece prevalecer durante este período -

es una progresiva integración tanto del yo como del objeto libidinal. Es un momento en el que también aún el bebé se encuentra bajo la primacía de la zona oral y en el que, en consecuencia, las fantasías tanto de incorporación como de expulsión prevalecen. Es la segunda fase oral de Abraham en donde la boca, instrumento principal para la expresión del amor, es también el arma principal de destrucción y de expresión de los impulsos agresivos y hostiles. La ansiedad principal se relaciona con la voracidad, es decir, con la pérdida del objeto en este proceso de incorporación. No es casual la inhibición en la alimentación que presentan estos pequeños.

Como sabemos, la capacidad de relación objetal está sujeta al desarrollo. La actitud del bebé hacia sus objetos está determinada por sus necesidades, sus impulsos y sus fantasías. Son las sensaciones que el bebé experimenta de placer y dolor y las reacciones corporales asociadas con las mismas, las que el bebé atribuirá a sus objetos.

En los primeros meses las relaciones objetales son fluidas y oscilan entre extremos continuamente. Como señala Heimann (1983) hay una tendencia a las reacciones masivas. Los sentimientos son o todos buenos o todos malos y de la misma manera es que el bebé percibe al objeto. Estamos en la posición esquizo paranoide y lo que en realidad es sólo una parte del objeto es tratado como si fuera el todo. Los mecanismos utilizados de manera primordial en esta posición son la escisión, la proyección, la introyección, la negación, la idealización y las identificaciones proyectiva e introyectiva.

Al proyectar sus pulsiones de amor el bebé las atribuye al objeto gratificador. Al proyectar sus pulsiones destructivas las atribuye al pecho frustrador. Paralelamente, por la introyección, un pecho bueno y otro malo se instauran en su interior.

La primera realización de deseos fantaseada, es decir, la primera alucinación, está ligada a la sensación. "Para que el niño sobreviviera debe existir alguna sensación placentera (placer orgánico) muy temprana" (1)

Las primeras experiencias corporales empiezan a formar los primeros recuerdos que se entrelazan progresivamente con las fantasías. Cuando la alucinación llega a su fin (alucinación que fue posible por la existencia de un objeto satisfactor interno) surgen fantasías terroríficas. El pecho interno bueno se convierte en malo, entonces el bebé tiene que volverse hacia el mundo externo para buscar allí un pecho bueno. La proximidad física de la madre le ayudara a superar el estado anterior, aliviará la ansiedad persecutoria y fortalecerá la confianza en el objeto bueno (Klein 1967).

Nuevamente habría que aclarar que la presencia de la madre no garantiza la buena resolución de estos conflictos. Existen perturbaciones en los procesos de proyección e introyección que dificultan el desarrollo y que pueden ser

explicados a partir de dificultades propias del niño. La existencia de una buena madre es condición necesaria, pero no suficiente.

Durante la posición esquizo - paranoide en la indiferenciación entre el yo y el objeto, el bebé tiende a usurpar lo bueno y a sentirlo como perteneciente al yo, y a tratar a las propias cualidades dolorosas como pertenecientes al objeto y de esta manera se siente protegido. En los momentos en que sus impulsos pueden amenazar con la destrucción del objeto bueno puede proyectarlo y así protegerlo afuera.

Es esta interacción entre mecanismos proyectivos e introyectivos lo que permite al pequeño el manejo de la angustia primitiva. Debido a que los ataques fantaseados dirigidos contra el objeto son principalmente influidos por la voracidad (Klein 1967), el temor a la voracidad del objeto, debido a la proyección, constituye un elemento esencial de la ansiedad persecutoria: el bebé siente que él pecho malo lo devorará con la misma voracidad con la que él desea hacerlo.

Si durante este momento de desarrollo, me refiero a los primeros meses, se da la pérdida de la madre sin un buen sustituto de la misma, las experiencias dolorosas y frustrantes prevalecerán sobre las gratificantes. Para salvar al pecho bueno se aumentará la escisión, la negación y la idealización. La idealización permitirá proteger al pecho bueno de tanta persecución, pero paralelamente se aumentarán los sentimientos de frustración dado que este pecho idealizado es tan lejano que no da, teniéndosele que idealizar aún más para preservarlo de la destrucción por los impulsos agresivos.

Si la privación es muy grave, la dificultad para preservar la vida se constituye en el problema central, pues el impulso de muerte prevalece sobre el libidinal.

Ahora bien, si la pérdida se da en un momento un poco posterior (alrededor de los 6 meses) el bebé ya ha avanzado algo en la integración del objeto. Está, como se señaló anteriormente, al comienzo de la posición depresiva: el objeto bueno y el malo están siendo integrados en la persona de la madre. El bebé comienza a percatarse de que si destruye al objeto frustrador también destruirá al gratificante.

Freud en 1926 en "Inhibición, síntoma y angustia" señala cómo el niño, en cuanto extraña a su madre, se comporta como si no fuera a verla nunca más, y es que el niño siente que es su propio odio y voracidad los que la han destruido y que la ha perdido totalmente. El reconocimiento de la ausencia de la madre está así profundamente determinado por sus sentimientos hacia ella y su mala comprensión de los hechos.

Por ello, a pesar de que la madre regrese dentro de un período no mayor de tres meses, tiempo que Spitz (1965) señala como límite para las posibilidades de recuperación, es de esperar que aparezcan dificultades en la integración del objeto y de la agresividad ya que se siente que la misma fue

la que provocó la ausencia de la madre.

Esta dificultad se hará manifiesta necesariamente en diferentes aspectos del desarrollo de la personalidad, entre éstos: el desarrollo de las funciones yoicas, (como la de simbolización y pensamiento, entre otras); en el desarrollo psicosexual y en la neutralización de los impulsos; así como en el desarrollo de la constancia objetal y en el logro de una adecuada autoestima.

En el presente capítulo intento hacer un análisis más detallado de las posibles dificultades que el niño que ha sufrido una pérdida temprana enfrenta. Estos aspectos están íntimamente interrelacionados y resulta un poco artificial abordarlos separadamente. Esta división obedece a necesidades de exposición del material. Me gustaría sin embargo subrayar desde ahora que, al constituir aspectos dinámicamente relacionados, algunos de los mismos serán retomados para ser analizados desde distintas perspectivas.

A) VICISITUDES EN RELACION AL DESARROLLO DEL YO PRIMITIVO.

En los niños que han sufrido depresión anaclítica, de acuerdo con las observaciones de Spitz (1965), se hicieron manifiestas importantes perturbaciones en el desarrollo de las funciones yoicas: el yo como intermediario entre el mundo interno y el externo deja de funcionar como punto de contacto. La percepción, que de acuerdo con Freud (1923) juega para el yo un papel equivalente al papel que juega el instinto para el ello, se deteriora en forma alarmante: el niño pierde el contacto con el mundo interno y externo, deja de reaccionar ante los estímulos.

Es cierto que la percepción está también conectada con el rechazo a los estímulos y la instauración de una barrera contra los mismos. El que el sujeto actúe estableciendo contacto o rechazándolos depende del juicio que haga sobre ellos. Esto, al lado de otras actividades relacionadas tales como la interpretación de estos estímulos, plantea que la percepción está muy lejos de ser una experiencia pasiva: el bebé normal rechaza o acepta estímulos dependiendo del juicio incipiente que ya hace sobre los mismos, por primitivo que éste sea. En el niño con depresión anaclítica, sin embargo, no hay este interjuego activo: el niño sufre pasivamente la percepción cuando el estímulo ha logrado rebasar la barrera rígida e inamovible que se ha establecido contra los estímulos internos y externos.

Para poder entender qué sucede con este yo en desarrollo al enfrentar una pérdida temprana habrá que remontarse a los comienzos del mismo y ver las implicaciones que la pérdida trajo en su proceso de formación.

Quando consideramos los procesos más tempranos, no podemos hacer una diferenciación clara entre el ello y el yo, pues éste se forma a partir de aquél. "El yo es primero y principalmente un yo corporal"(2)

Son las primeras experiencias, los primeros contactos con el mundo, los que inician este proceso de diferenciación, que llevan al yo a constituirse como la parte superficial del ello de acuerdo al esquema que Freud (1923) nos presenta en "El yo y el ello".

Así pues, la primera succión del bebé, según señala Heimann (1983), no es ni una actividad del yo ni del ello, sino ambas cosas a la vez: es una actividad del yo y incipiente.

Es por la acción combinada de la introyección y la proyección que una parte del ello se va transformando en yo; es decir, estos procesos que son propios del yo incipiente, son también los que lo conforman, ya sea al agregar algo nuevo o al expulsarlo. Así estos mecanismos no sólo

representan una parte esencial del funcionamiento del yo primitivo, sino que son sus raíces, los instrumentos de su formación. La percepción funciona como núcleo del yo, en estrecha conexión con estos mecanismos.

Empezando con la introyección del pecho, el bebé sigue introyectando todos sus objetos, y a partir de esta primera introyección sigue enriqueciéndose y desarrollándose. Así mismo la proyección le permite desembarazarse de aquellos objetos que le crean angustia, o bien, en otras circunstancias, poner fuera los objetos buenos que estarían en peligro cuando los impulsos agresivos amenazan con destruirlos.

Las vivencias de gratificación y frustración son estímulos para las pulsiones libidinales y destructivas. El yo incipiente enfrenta la angustia que tiene que ver con la vida instintiva primitiva; cuando el bebé atraviesa situaciones de frustración siente que destruye y muere al pecho y teme que el pecho lo atacará de la misma forma. En la medida en que las pulsiones sádico anales y sádico uretrales se fortalecen, también ataca al pecho con su orina envenenada y sus heces explosivas y sentirá que el pecho le hará lo mismo. Como ya antes se señaló, debido a que los ataques son preponderantemente influidos por la voracidad, ésta constituye un elemento esencial en la ansiedad persecutoria.

Siempre encontramos diversas proporciones de mezcla de impulsos libidinales y agresivos que corresponde a la fusión de los instintos de vida y muerte. Se podrá pensar que en los períodos libres de hambre y tensión existe un equilibrio óptimo entre las dos pulsiones, equilibrio que se altera cuando, por dificultades de orden interno o externo, se refuerzan las pulsiones agresivas. Este desequilibrio favorece la aparición de la voracidad, cuya naturaleza es primordialmente oral y fortalece los sentimientos de frustración, ya que no puede satisfacerse, y estos sentimientos de frustración favorecen nuevamente las pulsiones agresivas.

Ahora bien, las implicaciones que traería la pérdida de objeto durante estos primeros meses estarían relacionadas con una perturbación en mecanismos muy primitivos. Por la frustración oral es lógico esperar un aumento de la voracidad, misma que puede inhibirse provocando la inanición o proyectarse, provocando la angustia de estar en peligro de ser devorado. No habiendo un objeto externo, ni encontrándose aún un objeto interno bien instalado que pueda rescatar al pequeño, esto puede llevar a un incremento de la identificación proyectiva patológica (Bion 1957), en la que se proyectan partes del yo como defensa para dejar de percibir tanto una realidad interna como externa, por lo dolorosa que es ésta. En consecuencia a esta excesiva identificación proyectiva el yo se siente despojado y empobrecido y tiene ahora que enfrentar el dolor de su propia mutilación. Estos aspectos

serán analizados con mayor detenimiento cuando se aborden los problemas en relación a la simbolización y el pensamiento. Bástenos ahora con subrayar cómo la escisión tiene que ser mantenida a toda costa si se quiere preservar al objeto bueno, dado que los perseguidores son muchos debido a la experiencia de frustración excesiva.

En cuanto a la instauración del proceso secundario, cabría hacer la siguiente reflexión: la fantasía, como contenido mental de los instintos, constituye el vínculo activo entre el mundo interno y el externo, así como entre el instinto y el mecanismo del yo (Heimann 1983). Esta fantasía se enriquece a partir del contacto con el mundo externo, pero también delimita las posibilidades y la interpretación de los estímulos externos. Si el sujeto tiene fantasías terroríficas difícilmente buscará un contacto progresivo y un enriquecimiento de las mismas a través de la experiencia. Se dificulta así también la formación de un sentido de realidad.

En el proceso alucinatorio normal primitivo, si el pecho no aparece, tarde o temprano también desaparece la alucinación del pecho gratificador, lo que llevará al niño a buscar en el mundo de los objetos reales. Esto propicia una creciente adaptación a la realidad. El bebé tiene entonces que desarrollar habilidades adecuadas para la percepción del mundo externo y paulatinamente el proceso secundario se va desarrollando y el bebé puede progresivamente ir tolerando la espera. Si la satisfacción no se logra, las fantasías terroríficas colorearán la experiencia interviniendo en el desarrollo del yo y de su relación con la realidad. Así como desaparece la alucinación gratificante ante una excesiva frustración, también desaparece el deseo de contacto con el mundo cuando se considera que este objeto bueno tampoco puede ser encontrado ahí. Sólo se puede jugar con el mundo, aprender de él, comprenderlo... cuando ha sido libidinizado a través de sus conexiones con la satisfacción oral (Isaacs, 1983)

La frustración excesiva, además en una época tan temprana, entorpece así gravemente la instalación del proceso secundario.

B) DIFICULTADES EN RELACION A LA INTEGRACION DEL OBJETO Y DEL YO.

De acuerdo con Melanie Klein (1967), como ya se señalaba anteriormente, la elaboración de la posición depresiva constituye un punto nodal en el desarrollo del sujeto, ya que implica el paso de una relación con un objeto parcial hacia la relación con un objeto total; de una angustia persecutoria a una depresiva, de mecanismos tan primitivos como la escisión, negación, idealización, identificación proyectiva e introyectiva; a la utilización de mecanismos neuróticos más elaborados.

En el desarrollo normal del sujeto siempre podemos observar fluctuaciones entre la posición esquizo-paranoide y la depresiva y por esto mismo no puede establecerse una división neta entre estos dos estadios del desarrollo, además de que la modificación es un proceso gradual y los fenómenos de las dos posiciones permanecen entremezclados durante mucho tiempo.

Desde el principio existe una tendencia sintética del yo, pero ésta va acrecentándose con el desarrollo del mismo. La elaboración de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva se extiende en realidad durante los primeros años de la niñez desempeñando un papel central en la neurósis infantil. En este proceso las ansiedades cada vez presentan menor intensidad, los objetos se vuelven menos idealizados y también menos terroríficos y la unificación del yo es creciente así como la adaptación y percepción de la realidad.

Estoy de acuerdo con Winnicott (1955) cuando asevera que los bebés descritos por Spitz (1965) carecen de las condiciones previas para el logro de la posición depresiva. Como anteriormente se ha señalado, si durante la posición esquizo-paranoide el desarrollo no se ha dado normalmente, el niño no podrá manejar las ansiedades depresivas, pues si el temor persecutorio es muy grande, se incrementará el uso de mecanismos esquizoides, dificultándose tanto la integración del objeto como la del yo. Algo similar ocurre si hay una situación de grave frustración en el momento en que se inician los ensayos de integración del objeto. En este último caso la pérdida fuerza al yo a regresar a la posición esquizo-paranoide, y según señala Klein (1946) esto no solo refuerza los anteriores temores persecutorios y fenómenos esquizoides, sino que existe incluso el peligro de que se establezcan mayores estados de desintegración.

Planteo en una de las hipótesis del presente trabajo que esta dificultad de integración persiste incluso aunque la madre regrese, ya que la pérdida se dió en un momento evolutivo previo a la elaboración de esta integración, tanto del yo como del objeto.

Uno de los temores que explican la angustia de separación

del niño hacia su objeto, según afirma Klein(1946), es que el objeto se destruya por los impulsos agresivos dirigidos hacia él. A través de los procesos de escisión y proyección y al predominar los impulsos agresivos aumentados por la frustración de la partida, el sujeto siente que los componentes escindidos de su yo proyectados en el objeto en forma agresiva, terminan con él, es decir, con el objeto que ha empezado a integrar. Se destruye así conjuntamente al objeto malo y al bueno. Esto puede promover un regreso a la escisión como defensa, tal y como se afirmaba anteriormente, y darse así un retroceso hacia la posición esquizo-paranoide con implicaciones muy serias para el desarrollo.

Las defensas que desarrolla el yo tendrán que ver tanto con la fuerza de la ansiedad como con la fortaleza yoíca. La ansiedad, de acuerdo con Klein (1946), surge de la actuación del instinto de muerte, vivido como temor a la aniquilación. Este temor parece ligarse a determinado objeto que se vive como persecutorio. La ansiedad es reforzada y se liga con las frustraciones corporales: el yo se ve así forzado a desarrollar mecanismos de defensa radicales; cuando la angustia lo sobrepasa recurre a la escisión del objeto. Es imposible escindir al objeto interno y externo sin que paralelamente se lleve a cabo una escisión correspondiente dentro del yo. Cuanto más escindido se sienta al objeto, también se sentirá al yo en peligro de hacerse pedazos.

La idealización está ligada a esta escisión del objeto. En ella se exageran los aspectos buenos del pecho para garantizar que sobrevivirá ante los ataques de los perseguidores. La idealización es así el corolario del temor persecutorio y se encuentra también relacionada con el deseo de un pecho inagotable.

Mediante la idealización el objeto frustrador persecutorio se mantiene muy separado del idealizado y se niega omnipotentemente la posibilidad de acción del primero. Esto equivale a una negación de la realidad psíquica, y aquí no es solo una situación y un objeto lo que se niega, sino la relación que establece el yo con esta realidad psíquica; es por eso que la escisión y excesiva idealización representa un empobrecimiento para el yo. Cuando el temor persecutorio es muy intenso, la fuga hacia el objeto idealizado es excesiva, y se entorpece el desarrollo.

El creciente debilitamiento y empobrecimiento del yo resultante de la excesiva escisión, idealización e identificación proyectiva hace al yo incapaz de asimilar sus objetos internos; el yo no puede retomar dentro de sí las partes antes proyectadas y estas perturbaciones tienen un efecto patológico en la relación tanto con el mundo interno como con el externo.

Entre otros factores, la gratificación que recibe del objeto externo bueno ayuda al niño a superar estos estados esquizoides. El grado en que la realidad externa es capaz de disipar ansiedades y tristezas relacionadas con la

realidad interna cambia en cada individuo, sin embargo puede ser tomado como un criterio de normalidad el que el niño pueda, de alguna manera, a través de la madre visible, obtener pruebas continuas de cómo es la madre interna, si esta enojada o amable, amorosa o vengativa.

Pensando en los niños que han sufrido una pérdida temprana, incluso aunque la madre regrese, o el niño encontrara un muy buen sustituto materno, las dificultades de integración del yo y del objeto constituirán un problema importante.

Dice Winnicott (1952) que el momento en que los fragmentos se unen se produce un individuo en crudo: un paranoico en potencia. Esta situación es más difícil aún cuando el componente agresivo ha sido elevado debido a una terrible frustración. El terror a los perseguidores, en el momento de la integración se refiere a la necesidad de cuidar al buen objeto dentro, del que depende la vida; el terror a perderlo equivale al terror de aniquilamiento del yo, y es que precisamente en el momento en que comienza a darse esta integración, los impulsos canibalísticos son los prevalecientes. Se teme que a través del proceso de incorporación del objeto bueno, éste haya sido totalmente destruido convirtiéndose en un perseguidor interno. El niño puede buscar entonces disprobar esto incorporando repetidamente al objeto bueno externo, y si éste desaparece confirmará al pequeño su fantasía.

Incluso en el desarrollo normal este paso implica importantes dificultades. A pesar de que las consideraciones por el objeto se han incrementado, lo que Winnicott (1963) plantea como el desarrollo de la capacidad para la inquietud, también se sabe que el objeto que satisface es el mismo que frustra y puede desarrollarse una importante agresión contra el objeto bueno y una culpa difícil de afrontar.

El temor a que el objeto amado sea expulsado junto con el objeto malo lleva a que disminuya la proyección, pero sin embargo, si los perseguidores internos son muchos (impulsos destructivos) la proyección se aumentará defensivamente, dificultándose el característico aumento de la introyección de las fases subsecuentes y la creciente cercanía entre el objeto perseguidor y el objeto bueno que favorece la integración.

Si los impulsos agresivos prevalecen el yo no puede confiar en su capacidad reparatoria, y si el yo no puede confiar en su propia benevolencia, difícilmente podrá confiar en la del objeto.

La culpa que implica la integración del objeto se convierte en persecutoria, ya que no se puede reparar al objeto, entonces se recurre a la escisión nuevamente así como a los mecanismos de proyección, identificación proyectiva, negación, idealización... pues la angustia sobrepasa la fortaleza yoica.

La reparación puede constituir aquí, en realidad, una

nueva forma de aplacar al perseguidor. Para tal proceso el sujeto puede echar mano de mecanismos maniácos que le permiten una reparación omnipotente del objeto. En el proceso normal de desarrollo, en la medida que el bebé puede sentir que puede reparar a su objeto en la realidad (que la madre no ha sido destruída ni su capacidad de amor) disminuye la omnipotencia y los temores persecutorios y se requiere menos de la utilización de las defensas maniácas.

Cuando la ansiedad persecutoria es menor, la escisión tiene también menor alcance y hay mayor capacidad del yo para sintetizar sus sentimientos hacia el objeto.

En este proceso normal es clara la creciente capacidad del yo para desarrollar cada vez defensas más complejas que le permiten elaborar las ansiedades de manera progresiva y gradual. Ante la ansiedad paranoide las defensas son extremas y poderosas; si ésta disminuye, las defensas no tendrán que ser tan primitivas tampoco. Las defensas, así, sufren cambios, caracterizados por una progresiva capacidad del yo de tolerar la ansiedad. Esto permite, según señala Kernberg (1984), hacer un creciente uso de la represión en lugar de la escisión. Por ejemplo, en el segundo año de vida el niño tiene un creciente control de sus funciones corporales, es a través de este control obsesivo que el niño puede ir ordenando el caos interno, lo cual constituye un verdadero avance. El control de los esfínteres, entre otros aspectos de su desarrollo, le prueba que puede controlar peligros y objetos internos. Al ser expulsadas las heces por el pedido de la madre, se convierten en "buenas". (Klein 1962). Así, los mecanismos obsesivos capacitan al yo para mantener temporalmente a raya la ansiedad.

La neurosis infantil puede ser considerada entonces como:

"Una combinación de procesos a través de los cuales las ansiedades de naturaleza psicótica son ligadas, elaboradas y modificadas " (3)

Como se señaló anteriormente, en el niño con una experiencia de pérdida temprana y de carencia de cuidados maternos adecuados, el proceso de integración será dificultado por la excesiva carga de impulsos agresivos desarrollados por la frustración tan grave, misma que llevó al pequeño a un verdadero proceso de aniquilación de su yo.

Los temores persecutorios aumentan y el regreso a la idealización y a la escisión es un mecanismo que vuelve a hacer su aparición en situaciones de angustia.

En este momento, el regreso a la disociación añade un nuevo problema: el temor a la desintegración. Una vez que el niño de alguna manera ha logrado cierta integración, por precaria que sea ésta, no puede olvidarse de las consecuencias de sus impulsos destructivos ni de la acción que realizan los mismos. Desintegrarse significa abandonarse a los impulsos que actúan por cuenta propia.

Cuando en el proceso de desarrollo o en el terapéutico se alcanzan momentos de integración, éstos se viven como un gran

peligro debido a que los impulsos han sido vividos como irrefrenables. H. Rosenfeld (1978) ha observado que el paciente que compagina fragmentos para formar un objeto completo puede sentirse tan perturbado por la cohesión de los mismos que puede producirse una fragmentación inmediata y explosiva.

Éste es un aspecto que debe ser considerado en el tratamiento del pequeño que ha sufrido depresión anaclítica, pues la integración de los impulsos agresivos le representa un enorme peligro. Los pasos en el camino hacia una creciente integración, si bien pueden no producir una fragmentación inmediata y explosiva como en el paciente esquizofrenico, sí pueden desarrollar procesos regresivos importantes.

C) DIFICULTADES EN RELACION A LA SIMBOLIZACION Y EL PENSAMIENTO.

" Habiéndose librado del aparato de la realidad interna y externa el paciente logra un estado en que no se siente ni vivo ni muerto "
(Bion 1955)

De acuerdo con Klein (1930), la capacidad de simbolización constituye el fundamento de toda sublimación, desde que es a través de la ecuación simbólica que el niño otorga valor a los objetos del mundo. A través de la misma, las cosas, las actividades y los intereses se convierten en los depositarios de fantasías libidinales.

Klein (1962) retoma la idea de Frenzci (4) de la identificación primaria como precursora de la simbolización. Ésta surge debido a los esfuerzos del niño por descubrir en cada objeto sus órganos y el funcionamiento de los mismos.

Para que el niño pueda interesarse en el mundo, éste debe poseer un significado, mismo que está en relación directa con la vida de fantasía del sujeto. De tal manera que la simbolización constituye un puente desde el mundo interno hacia el externo. Desde los objetos externos, la función simbólica primaria permite la elaboración de la fantasía por el yo, desde los internos permite la catexis de los objetos externos.

"El mundo físico externo está en realidad libidinizado en gran parte por el proceso de formación de símbolos" (5)

En un primer momento los objetos del entorno adquieren significado para el bebé debido a los mecanismos descritos de introyección y proyección. Se trata de un pensamiento primitivo, preverbal en donde se encuentran ideografías en lugar de palabras. Este pensamiento primitivo, según Bion (1957) depende de una proyección e introyección de objetos equilibrada y posteriormente de una toma de conciencia de los mismos.

De acuerdo con Klein (1930) puede presentarse una grave inhibición en la formación de símbolos cuando los contenidos sádicos contra el pecho de la madre son excesivos. Este sadismo se vive con tal peligrosidad que se inhibe la vida de la fantasía y la ecuación simbólica no tiene lugar por la amenaza que la misma representa.

En aquéllos sujetos en los que existe una gran ansiedad y una dificultad del yo para elaborarla y tolerarla se da un ataque al aparato mental que permitiría tomar conciencia de la realidad externa e interna, por incipiente que ésta sea, entonces se despliega una intensa identificación proyectiva

que entorpece desde ahí el equilibrio entre los procesos de proyección e introyección.

A través de esta identificación proyectiva patológica el sujeto busca deshacerse de su aparato perceptivo inicialmente, posteriormente de su aparato para pensar, escindiendo sus funciones y colocándolas proyectivamente en objetos del exterior. De esta manera no puede reintroyectarlos pues los ha convertido en un producto no asimilable. Lo que se produce es un empobrecimiento de sus funciones yoicas y la presencia de objetos bizarros constituidos por esta identificación proyectiva. Por poner un ejemplo podría sugerirse que , ante lo doloroso que pudiera resultar la percepción del alejamiento físico de la madre, lo que haría el bebé, a través de este mecanismo, sería proyectar su sentido de la vista, para deshacerse de esta percepción dolorosa, pero entonces se sentiría observado por el objeto sobre el cual se ha proyectado tal función y observado con la misma agresión con la que sintió que su visión penetraba en el mismo.

El pensamiento primitivo es atacado a causa de que conecta las impresiones sensoriales de la realidad con la conciencia y esto es tan doloroso que se vuelve intolerable.

Al respecto Bion señala:

"Una identificación proyectiva excesiva en este estadio tan temprano, impide una introyección adecuada y la asimilación de las impresiones sensoriales, y por lo tanto niega a la personalidad una base firme sobre la cual la iniciación del pensamiento preverbal pueda proseguir. Además, no solamente el pensamiento es atacado por ser en sí mismo un elemento vincular, sino que los factores que llevan a la coherencia de los pensamientos en sí son igualmente atacados en tal forma que al final los elementos del pensamiento, las unidades diría de las cuales se constituye el pensamiento, ya no pueden ser articuladas." (6).

La simbolización y el proceso de pensamiento adquieren cualidades de abstracción con el inicio de la posición depresiva, pues al integrarse el objeto bueno y el objeto malo en uno, resulta que la madre ausente es la misma que gratifica. Anteriormente no existía la representación de la ausencia. Tal concepto no es registrable en el inconsciente. Es sólo con el progresivo desarrollo de la conciencia y el principio secundario que ésta representación puede tener lugar. El símbolo adquiere así su carácter de representatividad y lleva a un mejor conocimiento de la realidad.

La capacidad para la formación de símbolos de acuerdo con Bion (1957) depende:

- a) De la habilidad de aprehender objetos totales.
- b) Del abandono de la posición esquizo-paranoide con su

consiguiente escisión.

c) De la reunión de las partes escindidas y la entrada a la posición depresiva.

Condiciones que solo pueden darse si el sujeto cuenta con la primitiva matriz de ideografías propias del pensamiento primitivo, como "materia prima" en este proceso.

Los pensamientos verbales dependen de la habilidad de integrar, de ahí que su desarrollo esté en relación con el de la posición depresiva que es una fase de síntesis.

Los pensamientos verbales agudizan la conciencia de la realidad psíquica y con ello de la depresión que va junto con la destrucción y pérdida de los objetos buenos.

Así, al comienzo de la posición depresiva infantil los elementos del pensamiento verbal aumentan en intensidad y profundidad, y por lo mismo los dolores de la realidad psíquica son aumentados. El sujeto puede volverse entonces y regresar a la posición esquizo-paranoide atacando su capacidad temprana para el pensamiento verbal por identificarlo como aquél que lo ha llevado a una situación dolorosa. Se corre un peligro muy importante en esta fase en relación al desarrollo de la capacidad de aprendizaje.

En los niños que sufren depresión anaclítica hay una obliteración progresiva del aparato perceptivo, parecen no responder a ningún estímulo. Sus impresiones sensoriales parecieran haber sufrido una mutilación, que podría pensarse, fue el resultado de un ataque similar al que el pequeño hubiera hecho al pecho frustrador. Después el pequeño se ve atrapado en este estado mental no pudiendo tampoco percibir las situaciones gratificantes, porque el aparato de percepción se encuentra "mutilado", acción que el pequeño realizó como medio de huida de una realidad frustrante pero que se ha constituido en un estado del cual no puede ahora escapar.

La obliteración del aparato perceptual necesariamente incidirá en el desarrollo cognitivo, que se analizará en un siguiente apartado. Baste ahora con señalar la importancia que tiene en tal desarrollo la experiencia satisfactoria que permite ir aceptando progresivamente la frustración característica del principio de realidad. Sólo cuando el sujeto puede permitirse percibir lo que pasa en su cuerpo es que puede crear, por ejemplo, el concepto de causalidad, que en un primer momento es altamente personalizado y se relaciona con los procesos corporales.

Las mediciones de tiempo y espacio se fundan en la realidad psíquica inicialmente y no en el tiempo y espacio físicos. Ambas mediciones sólo pueden ser aprendidas si el sujeto es capaz de tolerar la frustración, pues ambas provienen precisamente de estimaciones de la misma.

Si la frustración es excesiva, como sucede en el caso de los niños con depresión anaclítica, y no se percibe un límite

temporal de la misma, difícilmente el niño podrá desarrollar estas categorías lo cual explica, al lado de otros factores, el retraso en el desarrollo cognitivo que se observa en estos niños.

Nota:

Cabe aclarar que aunque Klein (1932) ubica a la posición esquizo-paranoide en los cuatro primeros meses de vida y el inicio de la posición depresiva después de éstos, que no está hablando de fases evolutivas como tales, sino de posiciones que tienen que ver con un tipo de relación con los objetos (parcial o total) y lógicamente con mecanismos de defensa correspondientes al tipo de angustia (paranoide o depresiva). Aunque se espera que el desarrollo vaya hacia una creciente integración (que incluso se vislumbra, según Klein, desde el inicio de la vida), pueden presentarse situaciones regresivas a la posición esquizo-paranoide. La infancia constituye el espacio de elaboración creciente de las angustias y de un ir y venir en un creciente proceso de integración en el desarrollo normal. De ahí que no se hable de la terminación de una fase para entrar a la otra, sino de dos posiciones que implican distintos tipos de relaciones objetales.

D) DIFICULTADES EN RELACION AL DESARROLLO INTELECTUAL.

En un principio el desarrollo cognitivo y el emocional no pueden desvincularse. Ambos parten de las funciones fisiológicas básicas del infante.

En el proceso de conocimiento de su entorno, al igual que en el proceso emocional, el bebé inicialmente se encuentra totalmente indiferenciado de su ambiente. Se da gradualmente un proceso que Piaget (1959) llama de descentración, en el que se pasa desde el egocentrismo extremo, en el que no hay ni siquiera conciencia de intencionalidad, como característica esencial de toda conducta inteligente, hasta la descentración que permite el acceso, finalmente, al pensamiento hipotético deductivo, propio de la reflexión científica. Para acceder al mismo el sujeto atraviesa por distintos niveles: sensoriomotor preoperatorio, operatorio concreto y operatorio formal; en los cuales es un sujeto activo, creador de su propio conocimiento y no un simple receptor de información.

En la presente investigación, y en estrecha conexión con lo que se analizaba apenas en el inciso anterior, me interesa particularmente el proceso que se da durante las dos primeras etapas, por tener que ver directamente con el objeto de estudio.

Para Piaget (1959) la inteligencia está definida por la capacidad de adaptación, adaptación que de ninguna manera es pasiva, sino que constituye una creciente actividad del sujeto, pues implica la transformación del medio para una mejor adaptación al mismo.

Esta adaptación tiende a un equilibrio, es decir, a la creación de estructuras cognitivas que permitan un mejor manejo de la realidad. En este proceso de apropiación de la realidad, tanto el sujeto de conocimiento, como el objeto, resultan modificados.

La adaptación está dada por dos funciones complementarias:
-Asimilación: a través de la cual el individuo integra las experiencias interpretándolas de acuerdo a su estructura cognitiva (modificación del objeto).
-Acomodación: a través de la cual el sujeto modifica su estructura para una mejor comprensión del objeto (modificación del sujeto)

Estos procesos son complementarios e implican la existencia de estructuras móviles a través del desarrollo. Retomaré los aspectos centrales que se dan en dos de ellas.

Nivel sensoriomotor:

0 de inteligencia práctica.

En este nivel, y partiendo de las funciones fisiológicas propias de los primeros meses de desarrollo, se da el nacimiento de la inteligencia y la construcción de cuatro categorías cognitivas esenciales.

a) Objeto permanente

El universo inicial es un mundo sin objetos consistente en cuadros móviles. El logro del objeto permanente implica la certeza en el sujeto, que se logra al final del primer año y principios del segundo, de que los objetos siguen existiendo en algún lugar, aun cuando desaparezcan del campo perceptual, (refiriéndome aquí al término de objeto en sentido físico y no en el sentido de objeto libidinal planteado en el desarrollo emocional).

b) Espacio:

Al principio no hay un espacio único, sino un conjunto de espacios heterogeneos, centrados en el propio cuerpo: espacio visual, táctil, bucal; sin coordinaciones objetivas. Al final del segundo año se logra la integración de un espacio práctico en estrecha relación con lo temporal.

c) Tiempo:

La organización de las posiciones de los objetos en el espacio, así como de los desplazamientos dentro del mismo, se construye paralelamente a la noción de tiempo práctico, puesto que el desplazamiento de un objeto de A a B por ejemplo, implica que transcurre un tiempo desde que el objeto estaba en A hasta que está en B.

Al final del segundo año existe también una noción de tiempo práctico, íntimamente asociada y derivada de las experiencias de cuidado que recibe el niño.

d) Causalidad:

"La causalidad sólo se hace objetiva y adecuada al término de una larga evolución cuyas fases iniciales se centran en la acción propia e ignoran aún las relaciones espaciales y físicas inherentes a los esquemas causales materiales" (7).

La causalidad inicial se denomina mágico fenomenista, porque se centra en la acción del sujeto sin considerar siquiera los contactos espaciales.

"A medida que el universo es estructurado por la inteligencia sensoriomotora según una organización espacio-temporal y por la constitución de objetos permanentes, la causalidad se objetiva, se espacializa." (8)

Nivel preoperatorio.

En lo que se refiere al segundo estadio, el nivel preoperatorio, considero importante hacer una división entre el desarrollo del pensamiento preconceptual, al inicio de esta fase evolutiva, y el pensamiento intuitivo, al final de la misma.

Pensamiento preconceptual.

Se caracteriza por el desarrollo de la inteligencia simbólica, al principio muy relacionada aún a la acción práctica.

Se basa inicialmente en la imitación de un modelo presente para más adelante permitir la imitación diferida, es decir, la copia de un esquema de acción de un modelo ausente, hasta llegar a conductas simbólicas de tal complejidad como es la comunicación verbal. Se señalan cinco actividades simbólicas básicas que se desarrollan en este nivel:

a) Imitación diferida:

Que se refiere a la reproducción de un modelo ausente.

b) Juego simbólico:

Que implica la acción de un "hacer como si".

c) Imagen mental:

Representación simbólica de los objetos y sus transformaciones. Podría definirse como una imitación interiorizada.

d) Dibujo:

Que pasa por diferentes fases, desde un realismo fortuito (que se refiere al dibujo de garabatos cuya significación se descubre luego) pasando por el realismo frustrado (incapacidad sintética, en donde los elementos están yuxtapuestos en lugar de coordinados) y de ahí al realismo intelectual (donde el niño proporciona esencialmente los atributos conceptuales sin preocuparse de la perspectiva visual) hasta el realismo visual (donde ya se integra la perspectiva y que implica ya un pensamiento operatorio).

e) Lenguaje:

Que se había iniciado desde el período sensoriomotor tras una fase de balbuceo espontáneo (6 a 11 meses) y una fase de diferenciación de fonemas por imitación, pero que empieza a adquirir su función propiamente simbólica hasta este estadio. (Nota 1) Parte de palabras frases, muy cercanas a los esquemas de la inteligencia práctica. Estas palabras únicas expresan deseos, emociones, acciones. Se pasa después al empleo de preconceptos que carecen de la individualidad y generalidad de los conceptos, es decir, donde por ejemplo un caballo y un perro pueden ser equivalentes por tener cuatro patas, a partir del pensamiento trasductivo característico de esta etapa que va desde lo particular a lo

particular . Estos preconceptos estructuran frases de dos palabras, luego pequeñas frases sin conectivos, para finalmente lograrse el manejo progresivo de las estructuras gramaticales, basado en la interiorización de reglas sintácticas que permiten la generalización.

Pensamiento intuitivo.

En este nivel el niño, aunque ya esta muy cercano a la reflexión lógica, cuando el material con el que está trabajando sufre alguna transformación, se deja guiar más por la percepción que por la reflexión en torno a las transformaciones que sufre el material. Por ejemplo, si se vacía el líquido de un recipiente ancho pero bajo, en otro delgado y alto, el niño no defenderá el argumento de que hay la misma cantidad ya que no se añadió ni se quitó nada, por el contrario, defenderá la disparidad, pues en el recipiente más alto aparece el líquido en un nivel más elevado. No hay compensación ("más alto pero menos ancho") dejándose guiar aún por lo aparente.

Es hasta el siguiente período, el de las operaciones concretas, que el niño accede a la reflexión lógica: a la conservación de la cantidad, a la noción de número natural y a las categorías que forman las clases y subclases en la clasificación.

El hecho de que en esta construcción del mundo el niño tenga que ser esencialmente activo nos lleva a la indispensable conclusión de que un medio poco estimulante no favorece este desarrollo. Tal y como señala Levovicí (1970)

"Se puede, por tanto, pensar que el niño en estado de carencia, o más exactamente, en la situación que conduce al hospitalismo, no sólo ha sufrido carencia del ser humano, sino también esta carencia particular del mundo de las cosas." (9)

La experiencia, uno de los factores esenciales de los cuatro que explican el desarrollo cognitivo, según Piaget, se relaciona dinámicamente y potencialmente con los demás, de tal manera que una falta de la misma no sólo afecta a éste factor, sino que incide en los otros tres (maduración, transmisión social y equilibración).

Nota 1: El sentido en el que Piaget (1959) utiliza el concepto de simbolización difiere del de Klein (1967). Digámos que no incluye el sentido primitivo de ideografías desarrollado por Bion (1957) coincidiendo tan solo con la simbolización más abstracta que implica la representación de los objetos totales.

En el caso de los niños con privación de cuidado materno, como hace un momento se señalaba, hay pocas oportunidades para esta experiencia. Ya Bowlby (1954) señalaba el importante déficit en el desarrollo intelectual que se daba en los niños que, a falta de cuidado materno, se habían desarrollado dentro de una institución.

Nuevamente encontramos una situación muy desventajosa en los niños que han sufrido el abandono materno en un período temprano sin haber tenido un sustituto adecuado.

Ahora bien, haciendo una conexión con lo anteriormente trabajado en relación al campo de las relaciones objetales, la función de la madre adquiere también en el desarrollo intelectual un papel primordial como facilitadora de este proceso. Regresando al nivel sensoriomotor, la posibilidad de construcción de un objeto permanente necesariamente está relacionada con el hecho de que el niño sepa, que aunque la madre desaparezca de su campo perceptual, sigue existiendo. Son dos procesos que se retroalimentan mutuamente, sin ser los mismos. En la medida que el niño tenga la oportunidad de experimentar con objetos físicos, la aparición y desaparición de los mismos, podrá hacer generalizaciones. El mundo y sus objetos físicos le interesarán, como anteriormente se señalaba, en la medida que los haya libidinizado, que representen algo significativo para él, que simbolicen aspectos de su relación con la madre. Si la madre está disponible el niño también dispondrá de un estado emocional que le permitirá la experiencia con el mundo de los objetos físicos, sin graves ataques de angustia; se facilita así el proceso de libidinización. Este aprendizaje constituye una simbolización del proceso emocional que el niño vive, proceso que aparece tan claramente en el juego del pequeño que Freud (1920) describe como el "fort-da".

El logro de la constancia objetal, como después se analizará, plantea un nivel de mayor complejidad, puesto que no basta con la certeza de que la madre seguirá existiendo fuera del campo perceptual, sino que requiere también la certeza de que lo sigue amando, de que regresará, de que sigue siendo un objeto bueno. Sin embargo la comprensión, como elemento que puede llenar el vacío de una adaptación buena pero insuficiente, tal y como plantea Winnicott (1957), es una importante herramienta en este proceso.

Si consideramos también, por ejemplo, la formación de las categorías de espacio y de causalidad encontramos que están directamente relacionadas, inicialmente, con la experiencia del cuidado que se recibe de la madre. Los espacios táctil, bucal, visual son paulatinamente integrados a través de su ubicación en el cuerpo propio y en el de la persona de la madre. La causalidad tiene que ver también con los efectos que tiene lo que mamá hace con el propio cuerpo. La creciente comprensión ayuda a tolerar la frustración, misma que también constituye un elemento que Winnicott (1957), así como Bion (1957), entre otros, señalan como indispensable en el creciente proceso de adaptación a la realidad y de

crecimiento del yo.

De este modo, un desarrollo intelectual satisfactorio constituye una herramienta en el complejo desarrollo emocional pero al mismo tiempo, la posibilidad de aprendizaje, así como del proceso de simbolización, sólo son posibles cuando la situación afectiva del sujeto lo permite.

E) DIFICULTADES EN RELACION AL DESARROLLO PSICOSEXUAL.

"El conjunto de instintos que se propone la destrucción y la expulsión del objeto es ontogenéticamente el más antiguo. En el desarrollo normal de su vida psicosexual el individuo termina por ser capaz de amar a su objeto "
(Abraham, 1924).

La historia de la libido ha sido considerada, por mucho tiempo, como un aspecto central del desarrollo. Sin embargo, como señalan Heimann e Isaacs (1967), debe ponérsela en relación con todos los fenómenos mentales que ocurren en cada estadio para tener una visión más justa del complejo proceso que se implica.

La cualidad así como la intensidad de los sentimientos que se presentan en determinado momento, están profundamente afectadas por el estadio del desarrollo libidinal. Por su parte, las emociones que se viven en determinado momento del desarrollo contribuyen a determinar las fijaciones de la libido.

En el desarrollo psicosexual es sólo hasta la etapa genital que el sujeto es capaz de un amor maduro hacia su objeto. Es a través de la superación de la ambivalencia, que el individuo puede integrar logros de anteriores etapas bajo la primacía de la zona genital que subordina las anteriores metas libidinales.

La predominancia de las tendencias genitales implica un gran progreso en la integración, hay una mayor tendencia a la reparación, pues a este nivel están ligadas las necesidades más creativas del ser humano. A través de la elaboración de los conflictos edípicos y el logro de la primacía genital el sujeto se hace capaz de establecer firmemente a sus objetos buenos en su mundo interior y desarrollar así una relación estable con los mismos.

En este proceso de desarrollo la angustia juega un doble papel. Si la ansiedad no es abrumadora contribuye al desarrollo, pero cuando es muy intensa contribuye a una fijación que puede obstaculizar el desarrollo emocional, en tal caso esta fijación se constituye como una defensa contra la ansiedad.

De acuerdo con las autoras antes citadas la ansiedad surge de la agresión. La libido, para avanzar, debe dominar los contenidos de los impulsos pregenitales, y en tanto está ocupada en tal función, no puede avanzar a niveles posteriores.

Abraham (1924) hace un desarrollo de las distintas fases por las que atraviesa la libido antes de poder acceder al

nivel genital, así como de los impulsos que se presentan en cada una de estas fases. Propone la existencia de seis etapas abordando paralelamente las relaciones objetales que se desarrollan durante las mismas, la meta y el objeto libidinal que se persiguen para la satisfacción del impulso.

Según este autor, de acuerdo a las vicisitudes que se presenten en relación a esta evolución es que el individuo presentará desde un tipo de carácter, como modo habitual de reaccionar ante el medio ambiente, hasta puntos de fijación, que como se señalaba, impiden el desarrollo de algún aspecto o bien se establecen como fuerzas que propician una regresión a un punto determinado ante la presencia de un conflicto.

El fin sexual durante la primera etapa, la oral, es la incorporación del objeto, (Freud 1905), sin embargo los medios que utiliza el sujeto para tal fin difieren según se trate de la primera o la segunda fase. Mientras el placer principal durante la primera fase es la succión, en el segundo nivel de esta etapa oral el niño cambia su actividad de succión por la de morder. Para Abraham el morder representa la forma original que asumen los impulsos sádicos, pues al morder paralelamente a que se incorpora el objeto también se le destruye. Klein (1930) no está de acuerdo con esta aseveración, pues considera que los impulsos sádicos están presentes desde la primera fase oral, es decir, que al succionar el sujeto también chupa al objeto, lo vacía. Coincide sin embargo con Abraham en la siguiente fase en donde la ambivalencia hacia el objeto se manifiesta claramente en los impulsos canibalísticos.

En el inconsciente la introyección del objeto estaría dada por esta incorporación oral (Nota 2) y su proyección o su pérdida por un proceso expulsivo anal.

Originalmente la posesión de un objeto significa su incorporación. El principio de placer está asociado inicialmente con la ingestión de algo exterior o la expulsión de los contenidos corporales. Más adelante se empieza a desarrollar también, a medida que el proceso madurativo lo permite, el placer de retener estos contenidos como una propiedad. El sujeto se encuentra entonces en la etapa anal. También aquí Abraham distingue dos niveles. En un principio las tendencias a expulsar al objeto, a destruirlo y perderlo predominan a través de lo que sería el proceso evacuativo. En el segundo nivel predominan las tendencias a conservar el objeto, a controlarlo a través del proceso retentivo.

Este proceso está intimamente ligado con los impulsos sádicos, de ahí que se le llama fase anal sádica. Hay una estrecha alianza entre el impulso sádico de controlar y el anal de retener, así como entre el impulso sádico de destruir y el anal de expulsar; así como una estrecha vinculación entre el sadismo y el sistema muscular, y cuyo desarrollo puede entenderse como derivado de la fase anterior: de la violenta actividad muscular dirigida sobre el objeto como acción preparatoria a la alimentación. La alimentación cede así parte de su finalidad sexual a esta acción preparatoria y se convierte en un fin sexual por sí misma.

La diferenciación de la etapa anal sádica en dos fases es de radical importancia para Abraham (1924) pues marca un cambio de actitud decisivo del individuo hacia su objeto: en el segundo nivel es cuando el sujeto se preocupa por preservar a su objeto, a pesar de hacerlo víctima de su control.

Abraham también señala aquí la línea divisoria entre las psicosis y las neurosis, pues en las primeras se da la pérdida del objeto, mientras que en las segundas se preserva, a pesar de la relación ambivalente que se establece con el mismo. (Nota 3).

~~Una~~ vez cruzada esta línea, en el sentido regresivo, se llega a niveles más primitivos aún, pues cuando la libido ha renunciado a sus objetos, parece seguir deslizándose hacia los niveles inferiores.

Es sólo hasta la cuarta etapa, es decir, el segundo nivel anal sádico que el niño puede abandonar su tendencia a incorporar los objetos, pues ya puede conservarlos.

Durante la fase anal la pérdida del objeto puede ser considerada por el inconsciente, ya sea como un proceso sádico de destrucción o como un anal de expulsión.

Nota 2: A diferencia de Abraham y de Klein, Kernberg (1977), no da a la incorporación oral la explicación primordial de los procesos de introyección, situándola más bien como un elemento entre otros, tales como la percepción y la memoria, que implican, en conjunto, un complejo proceso que tiene por objeto la reproducción de una interacción con el medio a través de la conjunción organizada de por lo menos tres componentes: la imagen de un objeto, la imagen del sí mismo en interacción con ese objeto y el matiz afectivo de la imagen objetual y de la imagen del sí mismo bajo la influencia del representante instintivo actuante en el momento de la interacción. Volveré sobre este aspecto en un inciso posterior.

Nota 3: También en este aspecto existe un desacuerdo entre los autores señalados en la nota anterior. Mientras para Klein (1932) la línea divisoria entre las psicosis y las neurosis se encuentra en el paso de la posición esquizo-paranoide a la depresiva, la cual se inicia alrededor de los cuatro meses de edad, para Abraham (1924) así como para Kernberg (1984) e incluso Malher (1977) que se retomará más adelante, señalan que este proceso tiene lugar en una etapa bastante posterior. Me parece aclaratorio al respecto retomar el concepto de Kernberg en relación a la utilización de la represión en lugar de la escisión como aspecto central en relación al nivel de desarrollo yoico y que permite el paso a la utilización de mecanismos neuróticos en lugar de los psicóticos. A pesar de esta aparente radical contradicción entre estos autores, un análisis más a fondo permite encontrar muchos puntos en común. Incluso Klein (1967), en sus últimos trabajos aclara como el niño, a través de la infancia se encuentra en un continuo proceso de integración →

En la siguiente etapa Abraham (1924) también distingue dos niveles: la etapa genital fálica, en la que se logra el amor al objeto como total pero aún con exclusión de los genitales, y la etapa genital final que logra una actitud postambivalente.

Independientemente de las dificultades que pudieran presentarse en el ambiente, este proceso enfrenta diversos peligros fundados, por un lado, en los recursos con los que el individuo cuenta para manejarse con su vida instintiva, así como, por el otro, por las características propias de la misma.

Ahora bien, si consideramos el momento en el que se presenta la pérdida objetal en aquéllos niños con depresión anaclítica, nos enfrentamos con que el niño tendrá que elaborar serias dificultades para que este proceso pueda proseguir favorablemente. La pérdida se da durante la etapa oral canibalística, momento en que el niño no cuenta aún con un objeto firmemente internalizado. (Nota 4)

Es solo la existencia continua del objeto la que desmiente sus fantasías canibalísticas al decirle, a través de su presencia: "no me has destruido, puedo seguir alimentándote física y emocionalmente".

Si el objeto desaparece, la ambivalencia aumenta, independientemente de las características propias del sujeto, o mejor dicho, en relación con las mismas, pero teniendo una incidencia que tiende a aumentar el componente agresivo debido a la grave frustración que vive el pequeño. Esta ambivalencia además se enfrenta con la dificultad de no encontrar un objeto en el cual ser tramitada, elaborada. El niño desarrolla importantes puntos de fijación oral.

En el caso de que el niño consiga sobrevivir a la depresión anaclítica y observar un proceso de recuperación aparentemente total al regreso de la madre, se planteará la posibilidad de una predisposición a una regresión oral ante una situación conflictiva, ya que la frustración hará resonar nuevamente los componentes agresivos pregenitales. Es muy probable que alguna pérdida en etapas posteriores reactive la experiencia temprana. Esta ha sido considerada una de las causas principales en la afeción melancólica: en el inconsciente del melancólico existe el deseo de incorporación

→ del yo y del objeto en donde hay movimientos progresivos y regresivos desde la posición esquizo-paranoide a la depresiva. La neurosis infantil será la expresión de este complejo proceso de integración progresiva que transcurre abarcando los primeros años de desarrollo, y no solo los cuatro primeros meses, como pudiera interpretarse erróneamente la propuesta kleiniana.

Nota 4: En relación a los procesos de internalización mas adelante se abordará el planteamiento de Kernberg en donde la introyección, la identificación y la identidad del yo constituyen pasos progresivos.

del objeto pues continuamente lo siente perdido, destruido por sus impulsos canibalísticos. La frustración, la decepción por parte del objeto desencadenan los impulsos hostiles y el el deseo de destrucción, pero también, después de la pérdida, está el deseo de recuperación a través de la incorporación.

Retomando la idea con la que se iniciaba el presente análisis, mientras la libido se encuentre ocupada en dominar los impulsos propios de fases pregenitales, difícilmente podrá avanzar en su desarrollo. En el punto de fijación no sólo la libido se estanca, sino también de alguna manera las ansiedades y los impulsos siguen un proceso similar. Esto lleva a la necesaria conclusión de que los conflictos propios de etapas posteriores serán coloreadas por las angustias propias del período en que se hayan desarrollado puntos de fijación. Los impulsos destructivos propios de tal etapa siguen siendo activos.

Ante el proceso regresivo, que pudiera presentarse frente a un conflicto posterior de pérdida no solo se dará una regresión aislada de la libido, sino que también necesariamente se deteriorará el carácter del yo y se interferirán necesariamente los procesos reparatorios y de sublimación.

Dificultades en relación a la neutralización de los impulsos:

Este aspecto adquiere gran relevancia en la comprensión de lo que sucede con el pequeño que sufre depresión anaclítica. De acuerdo con Spitz (1965) en la depresión anaclítica se produce una progresiva defusión de los impulsos, mismos que además el pequeño no puede dirigir hacia un objeto, y es que el niño no solo ha sido privado del objeto sobre el cual dirige su libido, sino también de aquél sobre el cual dirige su agresión.

Si bien es cierto que la constancia en las relaciones objetales depende de la neutralización de los impulsos, también es igualmente cierto que es precisamente la relación constante con un objeto la que permite la neutralización.

El yo evoluciona liberándose progresivamente de las tendencias instintivas y esto se va dando paralelamente a la evolución de su relación con su objeto y específicamente a su necesidad de preservarlo.

El impulso agresivo además funciona como el vehículo que conduce también a los impulsos libidinales. La presión del impulso agresivo es la que transporta a ambos.

Spitz (1965) refiere que la neutralización desempeña en el

sector de los impulsos un papel comparable al del principio de realidad en el sector de la acción.

Mientras los impulsos no fusionados llevan a la destrucción (del sujeto, del objeto o de ambos) cuando se consigue la neutralización, la energía instintiva puede ser mantenida en suspenso hasta que haya una mejor oportunidad para su descarga, una actividad o logro sintónico al yo.

La escisión del yo y del objeto en las fases tempranas permite la expresión primitiva de la agresividad sin la angustia que provocaría la conciencia de estar destruyendo también al objeto satisfactor. En la medida que las experiencias gratificantes sean más frecuentes, como se ha señalado, se posibilitará la integración del yo, del objeto y consecuentemente una progresiva neutralización, que proveerá a su vez de energía para el fortalecimiento de las funciones yoicas.

Lo que sucede con el niño que sufre una carencia de figura materna es que al perder al objeto sobre el cual dirigir sus impulsos pierde el "lugar" en donde los mismos podrían tramitarse. El niño con depresión anaclítica grave (marasmo) llega a un bloqueo de toda expresión agresiva. Ni siquiera se manifiestan conductas como asir un objeto o manipularlo, llegando a perder casi absolutamente la movilidad.

Antes de esto, como primera reacción ante la pérdida de la madre, el impulso agresivo se manifiesta abiertamente: el pequeño, dice Spitz (1965).

"Se vuelve agresivo, llorón, suplicante, asiéndose a todo aquel que se acerque; parece como si estos infantes trataran de recobrar el objeto perdido con ayuda de su impulso agresivo. Un poco después las manifestaciones de agresión comienzan a decrecer" (10)

Llegando finalmente a una introversión casi total, desapareciendo incluso toda actividad.

Cuando la madre vuelve, si es que lo hace en un período durante el cual el niño puede todavía recuperarse, éste se vuelve alegre, pero también agresivo y activamente destructivo. Y es que tal como afirma Winnicott:

"La recuperación de la introversión patológica enfrenta un nuevo vuelco hacia lo que para tal niño es un mundo externo lleno de perseguidores, y en este punto de su recuperación el niño por lo regular se vuelve agresivo. Esta es una importante fuente de comportamiento agresivo. Si durante la recuperación citada el ataque en la defensa es mal llevado por quienes cuidan al pequeño, el niño vuelve fácilmente a la introversión" (11)

Considero que junto con la dificultad de integración en el niño que ha sufrido depresión anaclítica, y precisamente en relación con la misma, hay una fuerte agresividad contenida, dado lo grave de la privación y frustración sufridas. Esta agresividad cuando consigue empezar a expresarse, lo que

considero un importante progreso, lo hace en una forma desbordante y al mismo tiempo cargando al sujeto de una gran angustia, pues se teme que la misma haya sido la que produjo la pérdida y se teme también paralelamente que el objeto pueda reaccionar a tal agresión de la misma forma. En ocasiones como medio de tramitar esta fuerte carga agresiva se proyecta al mundo exterior, para no sentirla como propia, pero entonces éste se carga aún más de perseguidores. En otras se le inhibe, provocando también serios trastornos en el desarrollo.

Considero que el trabajo en relación a la agresividad que el pequeño siente como desbordante constituye un importante elemento en el tratamiento de estos niños, requiriéndose un medio comprensivo pero suficientemente continente en el cual pueda manifestar su enojo y en donde su destrucción pierda progresivamente en su fantasía su carácter omnipotente.

F) DIFICULTADES EN RELACION AL DESARROLLO DE LA CONSTANCIA OBJETAL.

Margaret Malher (1959) plantea que el nacimiento biológico del ser humano no coincide con su nacimiento psicológico. En el nacimiento del ser humano como individuo se implica un complejo proceso. En este proceso Malher distingue tres fases principales:

- Fase autística normal.
- Fase simbiótica
- Fase de separación e individuación.

Fase autística normal.

Malher (1959) basándose en la observación de infantes llega a la conclusión de que durante esta fase la catexia libidinal está orientada enteroreceptivamente. El contacto con el ambiente es muy poco, casi inexistente, lo cual puede apreciarse a través de la conocida insensibilidad periférica al dolor en los bebés y su hipersensibilidad ante las sensaciones enteroreceptivas, así como en el tiempo, proporcionalmente más elevado, que el niño pasa en estado de sueño, el cual sobrepasa por mucho al estado de vigilia.

La principal función de esta fase es mantener, mediante mecanismos predominantemente fisiológicos, el equilibrio del organismo, dentro de las condiciones tan cambiantes del postparto.

Actualmente Anni Bergman y Paulina Kernberg (1984) han planteado algunas modificaciones a esta fase llamada autística. En el Symposium Margaret Malher (1984) comunicaron que han observado que en los niños normales, desde períodos muy tempranos, se observa una tendencia a conectarse con el mundo. Se ha planteado que desde este momento, de alguna manera, el niño está buscando acomodo en el mundo en forma activa, claro está, sin que esto implique la existencia de un sujeto dotado de intencionalidad. (Nota 5)

Nota 5:

Desde este enfoque no habría la incompatibilidad que plantea Etchegoyen (1985) entre los planteamientos de Klein y de Malher en relación al desarrollo temprano, sino una aproximación al fenómeno desde perspectivas distintas. Se trata de la integración de aspectos de la fantasía (Klein) que se desarrollan en el establecimiento de un vínculo específico con la madre (Winnicott, Spitz,) en un proceso de creciente autonomía (Malher).

Kernberg en: "La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico" (1977) hace una interesante propuesta que integra estas aproximaciones.

John Benjamin (1961) comprobó que se produce una interesante crisis fisiológica de maduración alrededor de las tres o cuatro semanas, en la que los receptores sensoriales aumentan significativamente su capacidad de ser estimulados. Dececece en forma importante la barrera contra los estímulos. Se hace indispensable en tal momento la existencia de una figura materna que ayude a reducir las tensiones. Esto da paso a la fase simbiótica normal.

Fase simbiótica:

El niño empieza a dirigir su atención hacia estímulos que el adulto reconoce como provenientes del exterior, sin embargo, aún en el infante no hay una distinción entre lo externo y lo interno.

La principal característica de esta fase es el establecimiento de un vínculo específico con la madre. El infante forma, junto con la madre, una unidad dual: la madre es parte de él mismo.

Corresponde esta fase a la que Spitz (1965) denomina el precursor del objeto, en la que la respuesta sonriente viene a ser la expresión de una experiencia satisfactoria, pero aún no dirigida a alguien específico pues todavía el objeto no se concibe como externo al propio cuerpo. El sujeto forma con él una unidad dual omnipotente en la realización de sus deseos. Es la fase narcisística, donde ya se ha dado la catexia de un principio materno (Winnicott, 1960)

Fase de separación-individuación:

Dentro de esta fase encontramos cuatro subfases:

.Diferenciación:

Se inicia en la cúspide de la simbiosis. Es el punto culminante de la exploración manual y táctil, visual cercana de la boca, la nariz y el rostro de la madre, así como el tacto de la piel de ésta.

"Con estos modos de conducta el bebé parece comenzar a distinguir entre las experiencias perceptivas de contacto y aquéllas que tienen origen en su propio cuerpo, así como a aislar elementos de lo que hasta entonces eran experiencias sensoriales cenestésicas globales del cuerpo de la madre y de su propio cuerpo " (12)

En esta subfase el bebé hace los primeros intentos de abandonar su condición. Compara lo que está afuera de la órbita simbiótica con la madre, apartando su cuerpo de la madre para verla mejor. Realiza así una exploración comparativa de lo familiar con lo no familiar.

.Ejercitación:

Esta subfase se superpone con la anterior. Malher la divide en dos:

1.-El período temprano de ejercitación que se caracteriza por el desarrollo de las primeras aptitudes del niño para apartarse de la madre gateando o arrastrándose.

2.-El período de la ejercitación propiamente que se caracteriza por la libre marcha erecta.

Durante esta subfase hay tres elementos básicos que contribuyen a la conciencia de separación del niño en su proceso de individuación: la rápida diferenciación del cuerpo de la madre, el establecimiento de un vínculo especial con ella y el crecimiento y funcionamiento de los aparatos del yo autónomo.

Durante la fase temprana de ejercitación, si ciertamente el niño muestra interés por todas estas actividades que está desarrollando y está incluso absorbido por ellas, el interés por la madre parece predominar claramente.

En la fase de ejercitación propiamente dicha, el desarrollo del aparato locomotor permite al niño aventurarse cada vez más lejos de la madre e incluso por períodos de tiempo parece olvidarse de su presencia, sin embargo periódicamente retorna a ella para reabastecerse emocionalmente.

El caminar le permite al niño descubrir su mundo dentro del cual se siente un dueño casi mágico. Hay un entusiasmo por todos estos logros y un sentimiento de autosuficiencia. A través de la locomoción el niño no solo puede aventurarse al mundo, sino alejarse o acercarse a la madre voluntariamente. En este período la admiración que los logros del niño despiertan aumentan su autoestima.

"De una manera circular la admiración especular parece también aumentar la disposición del incipiente yo a reflejar el objeto de amor. Junto con el rápido crecimiento de la facultad cognitiva esa admiración lleva gradualmente a procesos de internalización del yo ahora plenamente nacido. Ulteriormente estos procesos de internalización culminan en verdaderas identificaciones del yo en el sentido de Jacobson (1954)" (13).

Reacercamiento:

Sin embargo el niño posteriormente se percató de que este progreso implica también la separación de la madre y de que su incursión en el mundo no es siempre exitosa. En este momento se produce lo que se llama "apagamiento". La motilidad del niño se reduce y su interés por el mundo también. Se preocupa nuevamente por la presencia de la madre tal y como si pretendiera regresar al estado en que se experimentaba como una sola cosa con la madre, sin embargo el camino andado no puede desandarse.

El niño busca entonces que la madre comparta con el toda

adquisición y destreza, toda experiencia. Los berrinches pueden ser muy frecuentes y la madre puede verse confundida por este aparente retroceso del niño, que en ocasiones puede actuar tan libremente mientras que en otras la busca continuamente.

"El deseo de ser grande, omnipotente y separado (de la madre) , a menudo esta en conflicto con la aspiración de tener una madre que satisfaga mágica y plenamente el deseo sin reconocer que tal ayuda proviene del mundo exterior" (14).

Hay un continuo cambio entre un aferrarse a la madre para rechazarla posteriormente y buscar nuevamente su atención.

El niño poco a poco desplaza su fuente de placer de la locomoción y la exploración del mundo inanimado a la interacción social.

Constancia objetal:

Cuando las fases anteriores se han dado en forma más o menos adecuada, el niño se encuentra en el camino hacia la constancia objetal, hacia la certeza de la permanencia del objeto y de la continuidad de su relación afectiva con el mismo a pesar de su ausencia física en un momento dado.

Si no existe una madre cercana y disponible, no hay posibilidades del desarrollo de la constancia objetal.

Si la pérdida de este cuidado se da desde muy temprano, el bebé, cuando se da de la catectización de la periferia así como el inicio de la percepción sensorial más diferenciada, puede tender a un nuevo retraimiento a falta de ese yo auxiliar que le ayude a vérselas con los estímulos del exterior y los impulsos propios.

Si la pérdida se da durante la fase simbiótica, el niño al perder a una figura con la cual había establecido ya una relación específica, puede desarrollar una importante regresión debido a que ha perdido la parte omnipotente que le garantizaba su continuidad vital: encontramos aquí la posibilidad de desarrollo del cuadro típico de depresión anaclítica descrito por Spitz (1965).

En cualquiera de estos dos casos se plantea la posibilidad de una retracción autista, en el sentido de la pérdida de contacto con el mundo, pues la madre que actuaba como puente entre la realidad interna y la externa, desaparece.

Las implicaciones son otras si la pérdida se da durante el proceso de separación-individuación: el niño, aunque ha logrado el contacto con el mundo, no ha logrado aún el desarrollo de su individualidad. La separación pareciera implicar la pérdida: no hay un logro de la constancia objetal ni de una autoestima adecuada a falta de una madre disponible que favorezca y apoye los logros del niño en desarrollo. Kernberg (1976), Palacios (1989), Tubert Oklender (1985),

entre otros autores, han planteado la relación existente entre la detención del desarrollo en el proceso de separación-individuación y la patología de tipo fronterizo.

Nuevamente aquí quisiera aclarar que son posibles implicaciones, que según las características del niño podrán presentarse o no. Existen también aquellos pequeños que, con una gran capacidad para relacionarse, logran hacerse de figuras sustitutas y tomar de éstas lo que pueden ofrecerles, aunque sean poco constantes. Sin embargo y a pesar de estas características afortunadas, los procesos descritos resultarán tocados de alguna u otra manera. Parece ser que los niños que desarrollan depresión anaclítica son aquéllos que precisamente requerían de una buena maternación en una forma mas determinante.

Puede entenderse, a partir de esta aclaración, que el niño que sufre depresión anaclítica se encontraba en la fase simbiótica. La retracción autista que se presenta constituye una defensa ante una pérdida que conlleva a la sensación de muerte. Aunque la madre regrese, para este pequeño, el logro de la constancia objetal presentará serias dificultades dada la experiencia de abandono sufrida en un momento en el que el niño no puede aún saber si la madre regresará. Más adelante cada nuevo avance en el proceso de separación-individuación hará resonar esta angustia tan temprana y dificultará tal proceso. El niño incluso podrá llegar a renunciar al placer que le ofrece la ejercitación con tal de no alejarse de la madre. Algunos niños no pueden contentarse ni siquiera con tenerla a la vista.

Así, aunque el niño avance en sus capacidades locomotoras, (a pesar de que esta dificultad para alejarse implique la falta de ejercitación de las mismas), éstas no corresponderán a los recursos emocionales con los que cuenta y se presentará un serio desfasaje entre las posibilidades motoras y las emocionales.

En el siguiente capítulo se analizarán las dificultades para lograr, primero, que el niño se reinstale en una relación simbiótica, y luego, para que consiga ir la abandonando.

G) DIFICULTADES EN RELACION A LA EVOLUCION DEL NARCISISMO.

(Nota 6)

Malher (1972) plantea la existencia de dos fases dentro del narcisismo primario. Hay, de acuerdo con esta autora, un narcisismo primario absoluto, en donde lo característico es esa falta de conciencia del infante de un agente maternal. Este momento coincide con la fase autística normal que ella desarrolla. Seguidamente se plantea la existencia de un narcisismo primario relativo, en el cual, aún cuando prevalece el narcisismo primario, el infante comienza a percibir de forma opaca a la satisfacción como viniendo de un objeto parcial satisfactor, aunque aún dentro de la unidad de la órbita de su unidad dual. Estamos ya en la fase simbiótica.

Es la experiencia primera de omnipotencia la que permitirá al pequeño más tarde renunciar a ella. El niño tiene que fantasear que crea al mundo a través de sus deseos. Se posibilita así la realización simbólica (Winnicott, 1963) que le permite ir estableciendo un puente con la realidad.

La libido narcisista, es decir, la cantidad y calidad de libidinización del yo corporal, o del sí mismo, depende de los tempranos suministros narcisistas. En un primer momento los cuidados de la madre van permitiendo catectizar el propio cuerpo.

Cada fase y subfase hace su contribución al desarrollo del narcisismo sano o patológico.

En el período simbiótico, el verse mutuamente de la madre y el hijo, en ese espejeo narcisista y libidinal, refuerza la delineación de la identidad, es el método primario de formación de la identidad a través de la magnificación de la reduplicación (Malher, 1972).

Progresivamente el pequeño va desarrollando sus funciones. El progreso en la formación del yo, el mejor funcionamiento de la percepción, lleva cada vez menos a la satisfacción alucinatoria. Plantea Malher (1977) que hacia la última parte del estadio simbiótico el narcisismo primario declina y cede gradualmente el paso al narcisismo secundario. El infante toma entonces al propio cuerpo y al cuerpo de la madre como objeto de su narcisismo secundario.

Ahora el infante está más fuertemente expuesto a la frustración y surge la hostilidad contra el objeto al que siente que es la causa de su estado doloroso. Cuando el bebé se vuelve hacia su objeto interno, según señala Paula Heimann (1983) es bajo la presión de la hostilidad contra el objeto externo. Hay así una diferencia fundamental entre la

gratificación autoerótica y la conducta narcisista dado que mientras en el primer caso el volverse hacia el pecho interno bueno dirige tal acción, en la retracción narcisista lo que se buscaría principalmente es alejarse del pecho externo malo.

Este proceso de retracción narcisista parece ser el que se da en forma inusual en la depresión anaclítica: el bebé se vuelve a su interior, pues el pecho externo se ha convertido en persecutor. Sin embargo y debido a lo endeble de la representación interna del pecho bueno cada vez se vuelve más difícil rescatarlo. Parte del odio y temor provocados por la frustración del objeto externo se transportan a la relación con el objeto interno.

En el proceso normal el autoerotismo y narcisismo constituyen formas que emplea el yo infantil para manejar la frustración.

El hecho de que en determinado momento el bebé registre realmente que el pecho interno fantaseado es insatisfactorio es de vital significación porque lo hace dirigirse nuevamente al pecho real en el mundo externo. El problema en la depresión anaclítica se hace insalvable dado que ese pecho, en el mundo externo ha desaparecido.

Cuando el pequeño recupera a la madre o a algún sustituto adecuado ha sufrido ya una importante herida narcisista que podrá manifestarse en las siguientes fases de desarrollo.

La idealización que tiene que hacer del objeto bueno para preservarlo influirá posteriormente en la integración de su ideal del yo y la frustración grave del estado ideal del yo también dejará sus huellas.

Nota 6:

Hartmann (1950) definió al narcisismo normal como la catectización libidinal del sí mismo, entendiendo sí mismo como la estructura intrapsíquica formada por las múltiples representaciones de sí mismo y las correspondientes disposiciones afectivas, de tal modo que tales representaciones constituyen estructuras afectivo-cognitivas que reflejan la manera en que un individuo se percibe a sí mismo.

De acuerdo con Kernberg (1984) el sí mismo maduro está formado por la integración de las imágenes contradictorias del sí mismo totalmente buenas y totalmente malas. Por lo tanto, aunque el narcisismo normal refleja la carga libidinal del sí mismo, el sí mismo constituye en realidad una estructura que integra componentes libidinalmente u agresivamente catectizados.

De este modo la "vivencia del sí mismo" deriva del reconocimiento del sí mismo integrado. La autoestima depende de la catectización libidinal de ese sí mismo integrado, donde a su vez ambos logros se posibilitan por un predominio de los impulsos libidinales sobre los agresivos; la integración de las representaciones objetales se da paralelamente, como se analizará en el siguiente inciso.

En etapas posteriores y dentro del desarrollo normal, cada fase del proceso de separación-individuación, al igual que las fases anteriores, hacen su aportación al narcisismo del pequeño, como se señalaba anteriormente.

Durante la ejercitación el niño parece alcanzar el punto más alto de la creencia de su propia omnipotencia mágica, derivada del hecho de sentir que comparte los poderes mágicos de la madre.

La catexia libidinal se ha desplazado poniéndose al servicio del yo autónomo y de sus funciones. La principal característica de este período es así, el gran investimento narcisístico del niño en sus propias funciones, su propio cuerpo y los objetos de su realidad en expansión. Junto con esto se observa una gran impermeabilidad a los golpes, caídas y demás frustraciones. (Malher, 1977).

El niño, en un proceso normal de desarrollo, para compensar las amenazas mínimas de pérdida de objeto, que puede sentir durante este período, encuentra una retribución narcisista. Además, la retroalimentación que recibe del ambiente en razón de sus nuevos logros, alimentan ese narcisismo tan importante en el desarrollo de su personalidad.

En esta etapa el pequeño parece disfrutar de sus nuevas habilidades y descubrimientos, enamorado de su mundo y de su propia grandeza y omnipotencia.

Este momento constituye lo que Joffe y Sandler (1965) han denominado el "estado ideal del ser" que es esa compleja representación afectiva de la unidad dual simbiótica con su sentido inflado de omnipotencia aumentado ahora por el sentimiento del niño de su propio poder mágico como resultado de su esfuerzo en las funciones autónomas.

Las realizaciones de esta subfase de ejercitación constituyen así la fuente principal de acrecentamiento narcisista desde adentro, al que contribuyen tres importantes factores:

- amor a sí mismo
- valoración primitiva de las propias realizaciones.
- omnipotencia. (Malher 1977).

El pequeño que ha sufrido una depresión anaclítica, en una etapa anterior al desarrollo de estos logros, difícilmente podrá aventurarse a esta conquista del mundo por la experiencia temprana de pérdida así como de muerte. Muchos de ellos incluso renuncian al ejercicio de sus funciones autónomas en razón de la angustia que les representa la separación. Esto nuevamente redundará en detrimento de la investidura narcisista pues no se ejercitan las funciones que permiten la individualidad y el gusto por sentirse capaz de hacer las cosas.

Pareciera que en estos pequeños la crisis de acercamiento se adelantara y la conciencia tan abrumante de separación hubiera acabado con este gozo característico de la fase de ejercitación. Incluso la ausencia de la conducta agresiva,

tan característica de esta fase, llama la atención.

En lugar del abandono gradual de la propia grandeza que se da en el desarrollo normal, el pequeño con una experiencia de pérdida temprana parece haber sufrido una dolorosa y brusca desilusión, que dejará hondas huellas que se manifestarán claramente en el desarrollo posterior del narcisismo del sujeto.

El período de reaceramiento, en cualquier niño, se complica por la internalización de las exigencias parentales. El temor a perder el amor del objeto se expresa a través de reacciones extremadamente sensibles a la aprobación y desaprobación de los padres. Es este un período especialmente sensible en la construcción de un equilibrio narcisista sano y sentará importantes bases para la posterior regulación de la autoestima. En los niños que han tenido una experiencia de pérdida temprana este temor es particularmente evidente. La herida narcisista que sufrieron anteriormente complica de manera especial este momento. No habiendo podido experimentar su omnipotencia narcisista es difícil que puedan renunciar a ella. Las exigencias de los padres, por la proyección de esta omnipotencia, se viven poco realistas y las fallas se experimentan con una gran angustia. Ante una dificultad propia del desarrollo, fácilmente se promueve el proceso regresivo. El niño busca regresar a los brazos de su madre, donde se siente más seguro, ya que experimentó, de una manera abrumante, la desilusión de sus propias capacidades en un momento en que ni siquiera había podido experimentar con ellas.

En el proceso normal de desarrollo, la resolución del complejo edípico representa la cumbre, no sólo del desarrollo psicosexual infantil y de las relaciones objetales, sino también, y en relación a este proceso, es de vital importancia pues transforma la anterior regulación del narcisismo principalmente externa, en una regulación interna de la autoestima, donde también hay una evolución del superyo desde las sádicas y primitivas exigencias pregenitales hasta las realistas exigencias parentales que pueden internalizarse conforme se resuelve el conflicto.

La dificultad de lograr esta regulación de la autoestima deriva, en el pequeño que ha sufrido depresión anaclítica, entre otras cosas, de la idealización tan marcada que tuvo que hacer del primitivo objeto bueno, de la continuada existencia de impulsos pregenitales y de la presencia aún de exigencias superyoicas sádicas y primitivas, relacionadas con una concepción omnipotente de la propia agresión. En la etapa edípica estos componentes, contaminando los impulsos propios de esta fase, dificultarán la integración de un superyo más realista y sano. Por otro lado las limitaciones y frustraciones propias del desarrollo señalarán al pequeño una enorme distancia entre este objeto idealizado y el sí mismo, provocando fácilmente reacciones depresivas. (Nota 7).

Nota 7:

Kohout (1971) plantea un enfoque distinto del problema del narcisismo. De acuerdo con este autor, la libido narcisista y la libido objetal tienen un desarrollo independiente y una no es consecuencia de la otra en el sentido de la oposición libido objetal-libido narcisista.

El equilibrio del narcisismo primario que se ve roto por las inevitables fallas del cuidado materno el niño lo enfrenta recuperando la perfección previa:

a) Estableciendo una imagen grandiosa y exhibicionista del self: self grandioso.

b) Cediendo la perfección previa a un self object admirado y omnipotente: la imago parental idealizada.

Se puede estudiar la evolución de estas dos entidades a través del desarrollo del sujeto.

El planteamiento de Kohout estaría en contraposición con el planteamiento de los autores trabajados hasta aquí en cuanto a que, de acuerdo con Freud, (1914) contraponen la carga libidinal objetal y la narcisística.

H) VICISITUDES EN RELACION A LA ESTRUCTURACION DE LA PERSONALIDAD: UN INTENTO DE VISION SINTETICA.

A través del presente capítulo se han abordado diversos aspectos de la estructuración de la personalidad y las dificultades en relación a tal proceso en el niño que ha sufrido depresión anaclítica. Resulta difícil hacer una integración de todos estos aspectos. Considero que, sin embargo, este es precisamente el reto al que nos enfrenta el presente trabajo que se ubica, dentro del complejo proceso del desarrollo emocional, en las implicaciones que se derivan de la ausencia de cuidados maternos. Este proceso no puede dejar de apreciarse en su interacción dinámica, a pesar del análisis por separado que se ha hecho de sus diversas manifestaciones.

Kernberg (1984) nos presenta una posibilidad de integración. Me gustaría retomar una aquí una cita del autor en relación a esta posibilidad de síntesis:

"La teoría de las relaciones objetales...permite establecer vínculos recíprocos entre trabajos de autores de diferentes escuelas. También permite conciliar hallazgos y conceptualizaciones que se mantenían artificialmente separados debido a la dificultad de comunicación entre diversos grupos psicoanalíticos. Tal como la veo, la teoría de las relaciones objetales, implícita ya en los escritos de Freud, trasciende toda escuela o grupo psicoanalítico en particular y representa un desarrollo psicoanalítico general al cual han contribuido de manera significativa autores de orientaciones muy distintas" (15)

Kernberg (1984) ofrece un modelo de estructuración de la personalidad y dentro del mismo integra los aspectos abordados anteriormente (además de otros) planteando la manera en que estos aspectos se integran en la conformación de tal estructura. La idea de retomar aquí su planteamiento obedece a la necesidad de presentar una visión integrada de los aspectos antes abordados y subrayar cómo los mismos se encuentran dinámicamente interrelacionados en la conformación de la estructura de la personalidad. La afectación del proceso de formación en uno de ellos, necesariamente incide en los otros.

El modelo de Kernberg vincula los mecanismos de internalización de las relaciones objetales, así como los derivados de los impulsos instintivos y el proceso de formación del yo. Asimismo propone una explicación del desarrollo temprano en el que puede apreciarse esta estructuración progresiva.

Kernberg parte de cuatro postulados básicos:

1.-Las introyecciones, las identificaciones y la identidad del yo, son tres niveles del proceso de internalización de las relaciones objetales que están abarcados por la denominación global de sistemas de identificación. Todos estos procesos de internalización producen precipitados psíquicos o estructuras que recibirán la misma denominación que el respectivo mecanismo.

2.-Todos estos procesos de internalización constan de tres componentes básicos:

- a) imágenes objetales o representaciones objetales.
- b) imágenes o representaciones del sí mismo.
- c) derivados o disposiciones instintivas a determinados estados afectivos.

3.-La organización de los sistemas de identificación se inicia en un nivel básico de funcionamiento yoico en el cual la escisión es el mecanismo esencial de la organización defensiva del yo. Se alcanza después un segundo nivel, más avanzado, de la organización defensiva del yo cuyo mecanismo principal es la represión.

4.-El grado de integración y desarrollo yoico y superyoico depende de la medida en que la represión y sus mecanismos afines hayan llegado a reemplazar a la escisión y sus mecanismos afines.

A continuación se retoman más detenidamente estos postulados.

Es importante señalar aquí que Kernberg (1984) hace una observación a Klein en relación al hecho de que no explica el proceso por el cual las fantasías de incorporación dan lugar al establecimiento de los objetos internos y estructuras endopsíquicas, lo que el autor trata de resolver a través de la explicitación de los diversos niveles de internalización y el proceso que se da en los mismos para la producción de estas estructuras.

La introyección:

Es el nivel básico más temprano y primitivo de los procesos de internalización. Es la reproducción y fijación de una interacción con el medio, a través de una conjunción organizada de huellas mnésicas en la que participan por lo menos tres componentes:

- .la imagen de un objeto.
- .la imagen del sí mismo en interacción con ese objeto
- .el matiz afectivo de la imagen objetal y de la imagen del sí mismo bajo la influencia del representante instintivo actuante en el momento de la interacción.

La introyección depende de la percepción y la memoria, pero las trasciende porque vincula la percepción externa y

la percepción de los primitivos estados afectivos que representan derivados instintivos.

En las primeras introyecciones no existe una diferenciación entre imagen objetal y imagen del sí mismo.

El matiz afectivo de la introyección representa su valencia activa que determina la fusión y organización de introyecciones de valencia similar. Así las introyecciones que tienen lugar bajo la valencia positiva de gratificación del impulso libidinal tienden a fusionarse formando el objeto bueno interno.

Lo mismo sucede con las introyecciones de valencia negativa que forman el objeto malo.

En el proceso de fusión de introyecciones de la misma valencia tienden a fusionarse los componentes homólogos: la autoimagen con otras autoimágenes, la imagen objetal con otras imágenes objetales, este proceso contribuye a la diferenciación entre el sí mismo y el objeto.

La identificación:

La identificación es una forma superior de introyección que puede tener lugar hasta que las capacidades perceptiva y cognitiva del niño se han incrementado lo suficiente como para permitirle reconocer los roles en la interacción personal.

Las conjunciones de huellas mnésicas implícitas en la identificación comprenden entonces:

- .la imagen de un objeto que ha adoptado un rol en la interacción con el sí mismo.
- .la imagen del sí mismo ,más diferenciada del objeto que en el caso de la introyección (y posiblemente actuando un rol complementario).
- .el matiz afectivo de la interacción con una cualidad mas diferenciada y menos intensa que en el caso de la introyección.

La identificación es también un mecanismo de crecimiento del aparato psíquico, que puede ser utilizado con fines defensivos y tiende a fusionarse del mismo modo que las introyecciones.

Las identificaciones se inician en los últimos meses del primer año de vida, pero hasta el segundo año alcanzan su pleno desarrollo.

La identidad del yo:

Representa el más alto nivel de organización de los procesos de internalización. Se refiere a la organización general de las identificaciones e introyecciones bajo el principio orientador de la función sintética del yo. Esta organización implica:

- 1.-La consolidación de las estructuras yoicas, relacionadas con un sentido de continuidad del sí mismo (siendo el sí mismo la organización de las autoimágenes que formaban parte de las introyecciones e identificaciones).
- 2.-Una coherente concepción global del "mundo de los objetos" resultante de la organización de las imágenes objetales.
- 3.-El reconocimiento de esta coherencia en las interacciones como característica del individuo por parte de su ambiente interpersonal y la percepción, por parte del individuo, de este reconocimiento que le otorga el ambiente (confirmación).

Existe una diferencia importante entre la identidad del yo y los procesos subordinados de introyección e identificación. Las introyecciones y las identificaciones son estructuras del aparato psíquico general, la identidad del yo, en cambio, es una estructura característica del yo, un producto de su función sintética.

La identidad del yo es el más alto nivel de organización del mundo de las relaciones objetales y también del sí mismo.

Los distintos períodos de la infancia determinan diferentes integraciones de la identidad del yo.

Mientras que las relaciones objetales son continuamente internalizadas (en niveles cada vez más altos y diferenciados), al mismo tiempo van siendo "despersonalizados e integrados" a niveles superiores de estructuras yoicas y superyoicas tales como el ideal del yo, las constelaciones caracterológicas y las funciones autónomas del yo. Simultáneamente con estos procesos de internalización y despersonificación las relaciones objetales internalizadas se organizan formando imágenes objetales perdurables que llegan a representar internamente al mundo externo.

La persistencia de tempranas introyecciones "no metabolizadas" es producto de una fijación patológica de tempranas relaciones objetales gravemente alteradas, fijación que está íntimamente ligada con el desarrollo patológico de la escisión. A la vez la escisión obstaculiza la integración de imágenes del sí mismo y de los objetos y, en general, la despersonificación de las relaciones objetales internalizadas.

En relación al niño que sufre depresión anaclítica, ya desde que hablabamos de una falta de equilibrio entre los mecanismos de introyección y proyección por un uso excesivo de la identificación proyectiva (Bion 1967), se puede pensar en que al estar afectado el proceso más primitivo de internalización, los siguientes no tienen la materia prima con la cual procesarse.

La escisión y la represión como mecanismos centrales:

Freud en 1915 afirma que la esencia de la represión radica sencillamente en alejar algo de la conciencia y mantenerlo alejado.

La represión es así un mecanismo que implica toda una estructura. No tiene sentido hablar de represión cuando el yo se halla fusionado con el ello (Ana Freud, 1936).

La escisión es un mecanismo típico del yo primitivo, en el cual los sistemas de identificación no han llegado a formar organizaciones más sofisticadas, como el sí mismo o el mundo de las representaciones.

La principal intervención del mecanismo de escisión tiene lugar antes de que el sí mismo se diferencie dentro del yo. Más tarde, una vez consolidado el sí mismo como estructura definitiva (subestructura de la identidad del yo), lo característicamente disocia mediante el uso excesivo de este mecanismo ya no es el yo, sino el sí mismo.

La represión, por el contrario, es un importante mecanismo de defensa utilizado por el yo en una etapa más avanzada de su desarrollo y consiste en el rechazo, por parte del yo-consciente de un impulso, de su representación ideacional o de ambos.

La represión consolida y protege al núcleo del yo y contribuye fundamentalmente a la definición de los límites yoicos. En el período en que normalmente predomina la escisión y cuando en condiciones patológicas continúa predominando aún más allá de aquel período, el yo se protege contra la ansiedad mediante una polarización defensiva que necesariamente se consigue en detrimento de la función sintética del yo y de la prueba de realidad.

La represión es, por tanto, una operación defensiva mucho más eficaz, pero requiere fuertes contrapartidas, ya que, contrariamente a la escisión, se caracteriza por el bloqueo de la descarga.

La síntesis de los sistemas de identificación neutraliza la agresión y posiblemente proporciona la más importante de las fuentes de energía que hacen posible el establecimiento de los mecanismos represivos superiores.

Una de las consecuencias de los estados patológicos caracterizados por una excesiva escisión es que la neutralización no es posible o resulta muy insuficiente, privando al aparato psíquico de una importante fuente de energía para el crecimiento yoico.

La escisión es, por tanto, una causa fundamental de la debilidad del yo, y puesto que requiere menos contrapartidas que la represión, un yo débil retrocede con facilidad a la escisión, formándose un círculo vicioso en que se produce un mutuo reforzamiento entre la debilidad yoica y la escisión.

La intolerancia a la ansiedad dificulta la síntesis de introyecciones de distinta valencia. Como protección esencial de las introyecciones positivas y como protección general del yo contra la propagación de la ansiedad, se adopta la escisión. La necesidad de preservar a los objetos buenos internos y externos lleva no solo a una excesiva escisión sino también a una peligrosa "idealización primitiva" mediante la cual se ve a los objetos externos como totalmente buenos para garantizar que no puedan ser contaminados,

deteriorados o destruidos por objetos externos malos proyectados. Esta "idealización primitiva" crea imágenes objetales totalmente buenas, todo poderosas, completamente irreales y, más tarde, un ideal del yo hipercatectizado, hipertrofiado y omnipotente.

Este universo de extremos, poblado de imágenes totalmente buenas y totalmente malas es en un principio una consecuencia de la escisión excesiva, pero más tarde, a su vez, refuerza tal escisión.

Con límites yoicos relativamente precarios el mecanismo de proyección funciona en un plano bastante primitivo e ineficaz. Se produce confusión debido a que lo proyectado afuera en parte sigue siendo experimentado dentro.

La internalización de primitivas imágenes objetales extremadamente idealizadas da lugar a demandas internalizadas imposibles; las catastróficas fusiones de estos irreales objetos ideales con otros componentes superyoicos, como por ejemplo perseguidores externos amenazantes y exigentes, inducen a la formación de núcleos superyoicos sádicos que interfieren con la internalización de prohibiciones y demandas parentales más realistas y con la integración del superyo propiamente dicho.

La falta de diferenciación de las autoimágenes e imágenes objetales en las primitivas introyecciones impide la diferenciación entre el sí mismo y el objeto y por consiguiente la definición de los límites yoicos.

La autonomía secundaria de los procesos de pensamiento presupone la emancipación de esos procesos de su vinculación con primitivos sistemas de identificación.

Además, la insuficiente neutralización resultante de la falta de fusión de las introyecciones positivas y negativas priva al yo de gran parte de los factores energéticos que permiten el desarrollo de esta autonomía secundaria.

Me parece que el planteamiento de Kernberg nos permite una visión estructural de lo anteriormente descrito. Ya se señaló al inicio del presente capítulo la dificultad de integración del objeto y del yo que enfrentan los pequeños que han atravesado por una depresión anaclítica grave por el exceso de impulsos agresivos potencializados por una experiencia de frustración grave. La responsabilidad por la propia agresión crea una excesiva culpa y persecución. Se teme por la desaparición del objeto y la retaliación del mismo ante la agresión que tal "amenaza" genera. La escisión que se mantiene a modo defensivo, sobre todo en relación a la propia agresión incide así en toda la estructura. Nos encontramos con un yo débil, que se debilita aún más por la falta de síntesis. Al tratar de negar la propia agresión, por un lado, se dificulta la neutralización necesaria como aporte de energía para el desarrollo yoico (autonomía primaria y secundaria) y por el otro, algo tiene que hacerse con tales impulsos. Al proyectarlos aumentan los temores paranoides. La necesidad de un objeto idealizado se vive como vía de conservación de la

vida, sin embargo este objeto idealizado incidirá en la estructuración de un superyo que planteará exigencias difícilmente accesibles, además por un yo fuertemente debilitado. La autoestima se encuentra seriamente deteriorada, no solo por la distancia entre el objeto idealizado y el sí mismo, sino además por la grave herida narcisista que sufrió en un período tan temprano y que tiene que ver con esta posterior distancia entre uno y otro. Todo esto deja una importante cicatriz en el desarrollo de la personalidad, que tenderá al desarrollo de sentimientos depresivos. La agresión, lejos de ser integrada, se revierte contra el sujeto, en donde se encuentran los introyectos no metabolizados, debido a esta dificultad de síntesis.

Se hace evidente la necesidad de una intervención terapéutica que incida en estos procesos, con mejor pronóstico en la medida en que se desarrolle en un momento en que aún la estructuración de la personalidad se encuentre todavía en vías de desarrollo.

Desarrollo normal y desarrollo patológico.

Kernberg plantea en su visión del desarrollo normal y patológico la existencia de cinco fases:

- Primera etapa: autismo normal o período indiferenciado primario.
- Segunda etapa: simbiosis normal o período de representaciones primarias indiferenciadas sí-mismo-objeto.
- Tercera etapa: diferenciación entre las representaciones del sí-mismo y las representaciones objetales.
- Cuarta etapa: integración de las representaciones del sí mismo y las representaciones objetales y desarrollo de las estructuras intrapsíquicas superiores derivadas de las relaciones objetales.
- Quinta etapa: consolidación de la integración del superyo y del yo. (Nota 8)

Como puede apreciarse, se trata de procesos progresivos. El paso por una etapa sienta las bases para la siguiente.

En el caso del niño con depresión anaclítica el trauma incide directamente en los procesos en gestación durante la segunda etapa.

Nota 8:

Para ampliar con respecto a los procesos que se dan en cada una de estas fases se sugiere al lector ir directamente a Kernberg: "La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico"; (1984); de donde estos planteamientos han sido tomados.

La consolidación de la imagen sí-mismo - objeto placentera gratificante señala el comienzo de esta etapa que se inicia en el segundo mes de vida y termina entre el sexto y el octavo. Es la "buena" constelación sí-mismo-objeto que se convertirá en el núcleo del sistema del sí-mismo en el yo y en el principal agente organizador de las funciones de integración del yo temprano. Se incluye en este período la fase simbiótica del desarrollo y la subfase de diferenciación propuestas por Malher (1977).

Cuando un trauma o una frustración graves determinan un desarrollo patológico durante este período, la diferenciación entre las representaciones del sí mismo y del objeto sigue siendo relativamente incompleta y, lo que es más importante, persiste la tendencia a refusionar, con fines defensivos, las imágenes "buenas" del sí mismo y del objeto.

La fijación patológica o regresión a esta segunda etapa del desarrollo de las relaciones objetales internalizadas se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por la falta de definición, o la pérdida de definición, de los límites yoicos, típica de la psicosis simbiótica infantil (Malher 1968) de la mayor parte de las esquizofrenias del adulto (Jacobson 1954) y de las psicosis depresivas (Jacobson 1966).

Es muy probable que un niño que haya atravesado por una depresión anaclítica grave (marasmo) desarrolle posteriormente una psicosis simbiótica, como salida de la retracción autista anterior en la que, a manera de defensa, se retiró la catexia del principio maternante. La separación, como se analizaba anteriormente, implicará una fuerte angustia de pérdida de objeto por lo que muy probablemente se intentará mantener la ilusión simbiótica a toda costa.

En otros casos puede presentarse un desarrollo aparentemente normal hasta que las demandas propias de la evolución, en la vida adulta, lleven a la manifestación de tal deficiencia. O también pueden darse aquéllos casos en los que una pérdida posterior reactive estas dificultades, como sería el caso de las psicosis depresivas y los procesos melancólicos.

No se agotan aquí todas las posibilidades. El desarrollo emocional nos enfrenta a complejas interacciones. Sabemos que en la afección melancólica hay una pérdida temprana (que puede o no ser de naturaleza física, pudiendo referirse a la pérdida de amor); pero no todos los sujetos con una pérdida temprana desarrollan una afección melancólica. Sin embargo estamos hablando aquí no sólo de una pérdida temprana, sino además del desarrollo de un importante síndrome que puso en grave peligro incluso la vida del sujeto. Encontramos aquí una tendencia primitiva, desarrollada desde épocas muy tempranas, de revertir la propia agresión no neutralizada, dando como resultado un proceso muy autodestructivo. Esta es una característica propia de las psicosis depresivas.

Kernberg (1984) habla de que una dificultad grave en la

segunda etapa llevará a la existencia de introyectos no metabolizados, dado que la función sintética del yo se halla afectada por la escisión defensiva. Es en relación con estos introyectos primitivos que podemos entender la frase de Freud (1917) en "Duelo y Melancolía": "la sombra del objeto cae sobre el yo".

Sin poder así plantear una estructuración definitiva de la personalidad del pequeño que sufrió depresión anaclítica, ya que como apenas se señalaba las interacciones dinámicas posibles son diversas y las experiencias posteriores necesariamente incidirán en la misma, sí puede concluirse, sin embargo, que la afección llevará a una estructuración endeble de la personalidad, en la que la presencia de una patología de tipo depresiva es altamente probable.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Isaacs. Naturaleza y función de la fantasía, 1962, pag.92
- (2) Freud. El yo y el ello, 1923, pag.207.
- (3) Klein. Observando la conducta del bebé, 1962, pag.211
- (4) Referencia tomada de Susan Isaacs en Naturaleza y función de la fantasía, 1962.
- (5) Ibidem pag 89.
- (6) Bion. Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas, 1957, pag 89.
- (7) Piaget. Psicología del niño, 1969, pag 29.
- (8) Idem.
- (9) Levovicí. El conocimiento del niño a través del psicoanálisis, 1970, pag 304.
- (10) Spitz. El primer año de vida del niño, 1965, pag. 210.
- (11) Winnicott. La agresión en relación con el desarrollo emocional, 1950, pag 293.
- (12) Malher. Estudios 2, 1984, pag 117.
- (13) Ibidem, pag 121.
- (15) Kernberg. La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico, 1984, pag 48.

VI-ABORDAJE TERAPEUTICO

"La madre amante enseña a su hijo a caminar solo. Está bastante lejos de él, de modo que en realidad no puede servirle de sostén, pero le tiende los brazos. Ella imita los movimientos del niño, y si éste se tambalea, se inclina rápidamente como para agarrarlo, de modo que el niño puede creer que no está caminando solo...Y sin embargo, la madre hace mas aún, su rostro anuncia una especie de recompensa, de aliento. Así, el niño camina solo con sus ojos fijos en el rostro de la madre, no en las dificultades de su camino. Lo apoyan brazos que no lo agarran y se esfuerza constantemente por alcanzar el refugio del abrazo de su madre, casi sin sospechar que en el momento que insiste en que la necesita, está demostrando que puede valerse sin ella, porque está caminando solo."

(Kirkergard,1846)

A) ASPECTOS GENERALES.

En el trabajo con pequeños que han sufrido una depresión anaclítica grave (marasmo), pero que ahora cuentan con un sustituto materno adecuado, podemos pensar que la madre se sentirá desbordada por las demandas del pequeño, a las que puede no saber cómo responder.

Podría decirse que la madre se enfrenta a una verdadera confusión en cuanto vivencia un claro desfasaje entre las necesidades emocionales de su hijo y sus capacidades locomotoras.

Hartmann (1939) plantea que la capacidad de adaptación del pequeño a la madre es mucho mayor que la que puede desplegar la madre, debido a que la personalidad del primero está en proceso de formación. Sin embargo, la madre del pequeño que ha sufrido una depresión anaclítica grave tiene que hacer un esfuerzo adaptativo, dado que el pequeño, inicialmente, incluso se rehusará al contacto humano. He aquí la causa principal de muchas adopciones fallidas, incluso en pequeños

no tan enfermos. Es en este sentido que Winnicott (1964) habla de que los padres del niño adoptado realizan, antes que nada, una función terapéutica para poder establecer un vínculo con el mismo.

Malher (1972) plantea que en la formación de la identidad y la neutralización de los impulsos se imponen dos prerequisites:

- a) Los estímulos enteroceptivos-propioceptivos no deben ser tan avasalladores como para impedir la formación de la estructura.
- b) En ausencia de un "organizador interno" en el infante humano el compañero simbiótico debe poder servir como un muelle en contra de los estímulos internos y externos, organizándolos gradualmente para el infante.

El problema con el pequeño con marasmo es que aún cuando la madre regrese, no puede utilizarla inicialmente como "principio materno". Los padres tendrán que desarrollar una ardua labor, dada su retracción defensiva, para que el pequeño pueda reestablecer el contacto. Y señalo que serían los padres, pues aunque es en este momento la función materna de sostenimiento la que posibilitará el contacto con el mundo (Winnicott 1963) ésta no podrá desarrollarse si a su vez no existe al lado un padre que sostenga a la madre y le de sentido a la recuperación del hijo como hijo de ambos. Es el padre quien actuará como continente permitiendo la regresión de la esposa, regresión que le permitirá ponerse en contacto con su bebé.

Quizás lo que produce la confusión mas importante en los padres adoptivos, así como la angustia más apremiante en el pequeño cuando ya ha logrado salir de su retracción, es el hecho de que el estímulo maduracional de las funciones locomotoras y de otras funciones autónomas ocurre junto con un retraso en la capacidad emocional para funcionar separadamente. Malher (1972) señala que el impulso innato de todo sujeto es aquél que lo empuja hacia la individuación; la separación es aquélla que debe ser tolerada y elaborada en el camino hacia la primera. En los pequeños que han sufrido una grave carencia materna, el impulso a la individuación se inhibe como defensa ante la separación que se asocia con la temprana experiencia de pérdida.

Cuando existe un desfase importante entre las capacidades locomotoras y emocionales del pequeño, se produce lo que Malher (1977) denomina un pánico orgánico, cuyo contenido no es discernible, pero en el cual puede apreciarse la incapacidad del pequeño para utilizar "al otro" como organizador externo. Esto no solo detiene la estructuración del yo, sino que lo hace aún mas frágil pues mientras la maduración sigue adelante, el desarrollo psicológico no lo hace, pudiendo producirse una fragmentación del yo.

Al respecto dice Malher:

"El desarrollo locomotor prematuro, que permite al niño separarse prematuramente de la madre puede llevar a una conciencia prematura de estados de separación, antes que los mecanismos internos de regulación proporcionen los medios para enfrentar tal conciencia" (1)

El pequeño con depresión anaclítica no es que tenga un desarrollo locomotriz temprano, incluso se observa en tales niños un retraso con respecto a la norma poblacional. El retraso esta dado más bien en relación a su capacidad emocional.

Como se señaló, esto puede llevar a importantes confusiones en los padres. La angustia del pequeño, al no ser comprendida, puede desbordar su contención.

Tal situación lleva a pensar en un diseño terapéutico que posibilite tomar en tratamiento al grupo y no sólo al pequeño. Si el niño ha logrado ya establecer una relación simbiótica con la madre hay que trabajar sobre la misma.

El autismo normal y la simbiosis normal son prerrequisitos del comienzo del proceso de separación - individuación y ninguna fase ni subfase es totalmente reemplazada por la siguiente.

El pequeño que ha sufrido depresión anaclítica no ha seguido un proceso de desarrollo normal debido a que el factor de pérdida temprana, como se ha señalado repetidas veces, ha insidido abruptamente en el mismo. Se requiere así de una reedición del proceso, desde la instauración de una simbiosis correctiva, como punto nodal a partir del cual se desarrollará el proceso de separación, en forma gradual, proceso que implicará la elaboración de angustias muy primitivas relacionadas con la pérdida.

En este proceso la presencia de la madre es indispensable. Hay que aclarar al respecto que no es solo que la alianza terapéutica deba realizarse con ambos; sino que, como miembros de una unidad dual, madre e hijo presentarán aspectos transferenciales propios de la diada, los cuales deberán ser interpretados y elaborados desde su estructura simbiótica, tomando en cuenta que la afectación en uno de los miembros tocará necesariamente al otro. Esta dinámica tendrá que ver también, necesariamente, con la manera en que el padre esté participando tal proceso.

Habiendo señalado la importancia de considerar el estado emocional de ambos miembros de la diada, parece ser indispensable entrar al análisis de lo que el proceso de adopción puede implicar para los padres, como una variable esencial que interviene en el establecimiento del vínculo con el pequeño. Este aspecto se abordará a continuación.

B) LA ADOPCION.

"Me has explicado muy bien que fuí adoptado, pero yo siento que de todas maneras he estado un poco en tu vientre"

(Bruno de 6 años. Tomado de Levovici,1970)

La adopción implica una serie de procesos complejos, no sólo en el pequeño, sino también en los padres. Desde el niño ya hemos analizado como el viene de una situación frustrante y demandará, por lo mismo, una comprensión más allá de lo comunmente esperado.

Desde los padres, en ocasiones la identificación con el pequeño, necesaria para empatizar con sus necesidades, se dificulta cuando no ha habido el período de espera, período que se da normalmente en el embarazo, a través del cual la madre va haciendo una regresión progresiva, sin embargo esto no constituye siempre una dificultad importante : hay madres que en el mismo proceso de adopción desarrollan esta capacidad de espera, tal y como si el pequeño "hubiera estado un poco en su vientre".

El objeto del presente análisis no es el de establecer un pronóstico en cuanto al posible éxito o fracaso de un proceso de adopción de acuerdo con la personalidad de los padres o el estado del pequeño. Ya Marianne Kris(1957) nos ha hecho ver lo poco confiables que resultan tales proyecciones y a ser modestos en la posibilidad de anticiparnos a los complejos movimientos que pueden desarrollarse ya en la interacción directa con el hijo.

"No nos es posible en esta selección partir de rasgos de comportamiento o de procesos de tendencias :tendencias rechazantes, tendencias homosexuales, tendencias agresivas, etc,porque éstas caracterizan a todos y cada uno. Una actitud psicoanalítica normativa no admitiría como buenos padres más que aquellos,por ejemplo,que tengan la estructura genital,y correríamos el peligro de enfrentar a los candidatos con nuestro propio ideal del yo" (2)

La adopción ,como cualquier otra situación en que un pequeño llega a la familia, remueve fantasías en los padres, solo que aquí, en vista de un proceso específico se observarán ciertos elementos también característicos que creo interesante retomar, entre éstos,las fantasías que surgen relacionadas con el mismo acto de adopción, con la esterilidad, el desconocimiento de la historia previa del pequeño, etc.

Levovici (1970) plantea que la esterilidad entra en ese tipo particular de situaciones que implican una renuncia definitiva a la realización del ideal del yo. Constituye una seria herida narcisista, en ocasiones difícilmente elaborable. Reactiva, además, las fantasías de castración, debido a la relación que se establece de identidad pene-niño, pero también debido a la resurgencia del conflicto edípico.

Es aquí donde la adopción viene a instaurarse y podrá ser vivida de distinta manera de acuerdo a la forma en que se haya resuelto o no el complejo edípico.

Es cierto que no todos los padres adoptivos son estériles, pero también es cierto que en relación a ese niño en particular han renunciado a la concepción biológica. Esto puede ser un acto sublimatorio pero también una formación reactiva.

Sin embargo, puede decirse sin temor de exagerar, que en la mayoría de los casos en que se opta por la adopción de un niño los padres han pasado por un doloroso proceso de experiencia de su propia esterilidad como pareja. Cuando los padres tienen una vida sexual satisfactoria, tienen una actividad social por sublimación y asumen cada uno su sexo pueden ver al niño adoptado como el proyecto de su amor genitalizado y no como una compensación .

"Estos padres permiten identificaciones estructurantes, tales que el hijo nada imagina fuera de ser el resultado esta unión, por ello la revelación no tiene ninguna repercusión molesta a sus ojos y pueden hacerla sin angustia y sin torpeza" (3)

Los padres, en función de lo que han vivido, pueden percibir o no a su hijo adoptivo como si fuera su hijo natural.

La situación se vuelve compleja, como lo sería para cualquier otro pequeño, incluso aunque fuese hijo biológico de los propios padres, cuando la necesidad de tener un niño constituye una formación reactiva, cuando se pretende que sea una "curación". En esta situación, sin poder evitarlo, el retorno de lo reprimido se convierte en un nuevo traumatismo.

"Lo mismo que en la formación reactiva el resultado obtenido que debía borrarlo todo, se convierte a su vez en una prueba, y por ello debe ser negado" (4)

Cuando los padres presentan serias dificultades en su propia sexualidad, vivirán con gran amenaza la sexualidad del pequeño. El hombre estéril puede temer, ante la agresividad edípica, no ser reconocido por el hijo.

Para la mujer, la adopción, por su mismo proceso, puede reavivar los antiguos deseos de quitar el hijo del padre en el vientre de la madre y vivir la esterilidad como una persecución.

Los exagerados temores de la herencia pueden también tener

que ver con la seria herida narcisista que los padres han sufrido.

Esto no quiere decir, en ningún momento, que la posible presencia de estas fantasías impidan un buen proceso de adopción ni una relación favorable con el pequeño. Es solo que en la medida en que éstas puedan ser elaboradas y no negadas, que se permitirá una adopción satisfactoria, tanto para los padres como para el hijo. Quizás el mismo proceso de adopción es el que permitirá a los padres revisar su propio proceso de desarrollo y recibir a su hijo de otra manera.

Quienes han podido enfrentar el proceso de adopción reconociéndose en el pequeño al que aman y gozando de esa identificación reflejo podrán llevar con un mínimo de defusión pulsiva su empresa, sin enfrentar con muchas dificultades las contradicciones de la relación educativa que todo padre experimenta.

La novela familiar será vivida por el niño adoptado de la misma manera que por el no adoptado, sobre todo si fue adoptado desde muy pequeño. El podrá también fantasear en la existencia de unos padres poderosos, magnánimos y perfectos, que no son los suyos, al igual que cualquier otro pequeño (Freud 1909) sabiéndose que en realidad lo que está buscando, como concluye Freud, no es eliminar al padre, sino exaltarlo, al recuperar en la fantasía la añoranza que siente por aquel tiempo feliz pasado cuando su padre le parecía el más noble de los hombres y su madre la más bella de las mujeres.

Digamos que el conflicto estará más bien en la manera en que los padres adoptivos hayan elaborado su propia novela familiar. Si hay una serena comprensión de lo que sucede con el niño esto no resultará amenazante, pues sabrán que esta añoranza no se esta refiriendo sino a ellos mismos.

En términos generales podría decirse que los padres adoptivos, al igual que los biológicos, experimentan una serie de complejos procesos a los que la paternidad misma los enfrenta, sin embargo, y de acuerdo con Levovici:

"Si todos los padres deben enfrentarse a las identificaciones y al ideal del yo, los padres adoptivos deben hacerlo deliberadamente, es decir, confesar que transgreden la esterilidad.

Si todas las madres se enfrentan con la imago de su propia madre, la madre adoptiva debe afrontar la idea de que su hijo ha sido concebido y dado a luz por otra mujer. Si todos los padres temen no poder estar seguros de encontrar en su hijo una identificación especular, los padres adoptivos deben afrontar la noción de resurgencia de una herencia extraña.

Si todos los padres deben soportar la agresividad edípica de su hijo, los padres adoptivos deben criarlos sin temer su propia novela familiar proyectada sobre su hijo"(5)

Desde el pequeño ya se ha planteado repetidas veces las serias dificultades que enfrenta el mismo para reestablecer una relación después de la experiencia de abandono, sin embargo los niños que llegan a estar seguros del amor de sus padres lo están tanto como el pequeño que ha tenido la suerte también de tener unos buenos padres biológicos. Alguno de estos niños preguntó a su madre adoptiva cuando ésta se embarazó inesperadamente como haría ahora para poder querer al nuevo niño si ella no lo había escogido, como a él (6), y con esto mostrando como enfrenta, al igual que cualquier otro pequeño que tiene un hermanito, los celos desde su experiencia muy particular, utilizando los recursos con los que cuenta a partir de la misma.

Si bien es cierto que el proceso de adopción enfrenta tanto a los padres como al hijo a complejos procesos y reaviva una serie de fantasías, también considero que, para fortuna de ambas partes, el proceso de adopción, en no pocos casos, constituye un verdadero acto de reparación, que en ocasiones consigue aportar mucho más de lo que hubiera podido esperarse.

C) PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO.

Es importante hacer aquí una serie de consideraciones en relación al diagnóstico.

El modelo que ideó Malher (1952) del cual se han retomado muchos de los aspectos que se han desarrollado en el presente trabajo fue pensado para niños psicóticos, primariamente autistas y primariamente simbióticos. Habría que distinguir entre las características de estos pequeños y las de aquel que sufre una depresión anaclítica grave.

Malher señala que la pérdida real del objeto no constituye un factor etiológico significativo en la quiebra psicótica infantil. Es más bien la incapacidad del niño para utilizar a la madre en una forma adecuada la que lo lleva a la utilización de mecanismos sustitutivos que esta autora llama de mantenimiento y que tienen como finalidad operar defensivamente contra la liga de objeto. Estos mecanismos, esencialmente autísticos y simbióticos son : inanimación, indiferenciación, desvitalización, fusión y defusión.

Señala asimismo cómo la fuerza integrativa del yo se convierte en la víctima pasiva de las fuerzas instintivas rápidamente desneutralizadas. A través de estos mecanismos el yo trata de negar tanto los estímulos que vienen desde dentro como los que vienen desde fuera, por un grupo de mecanismos psicóticos entre los cuales sobresalen la negación masiva, el desplazamiento, la condensación y la indiferenciación.

Los estímulos complejos y sobre todo aquellos que demandan una respuesta socioemocional son alucinados negativamente. La regresión del yo puede no detenerse hasta alcanzar un nivel de indiferenciación perceptual en el cual se pierde la discriminación entre lo vivo y lo inanimado dándose la animación compensatoria o restitutiva o maquinización del mundo inanimado.

Este proceso parece describir, desde otra perspectiva , lo que Bion (1967) describe como la identificación proyectiva patológica en que se proyectan funciones del yo para terminar, en la fantasía, con el dolor mental que produce la percepción y que finalmente, a través de tal proyección, llega también a la animación de lo inanimado (objetos bizarros). Este proceso se presenta en sujetos que no necesariamente han perdido a la madre.

Constituye un hecho real, sin embargo, el que el pequeño en una depresión anaclítica grave llega hasta una retracción autista; al retirar la catexia libidinal del principio maternante y del ambiente, en su sentido amplio, no responde a ningún estímulo, interno ni externo. Esto establece una importante diferencia con el niño primariamente autista: mientras en el niño con depresión anaclítica incluso llega a desaparecer toda conducta autoerótica, el niño autista la

conserva, al lado de otras conductas abiertamente destructivas.

Ahora bien, cabría preguntarse: ¿por qué no todos los pequeños que están en una institución desarrollan depresión anaclítica?

Parece ser que hay algunos niños que se las arreglan para aprovechar el poco suministro humano que pueden alcanzar en la institución.

Sin embargo yo no estaría de acuerdo con el planteamiento que hacen algunos autores en cuanto a que los pequeños que desarrollan el cuadro patológico sean necesariamente prepsicóticos, pues en algún momento respondieron al agente materno e incluso lo individualizaron, llegando a crear una relación específica con la madre, misma que al romperse actúa como disparador del problema.

Nuevamente resulta indispensable retomar el concepto de series complementarias.

Yo lo plantearía de la siguiente manera:

El niño que sufre una depresión anaclítica grave, sin ser necesariamente un niño con una predisposición psicótica, no tolera la frustración tan abrumadora que implica la pérdida de la madre, desarrollando mecanismos psicóticos que dificultan la estructuración de su personalidad y quedan como hondas cicatrices en su proceso de crecimiento.

Estas deben ser retomadas en un proceso terapéutico, en el cual se implicará necesariamente la tramitación de una abrumadora angustia de muerte que llevó al pequeño hasta la retracción autista.

Así, en este pequeño, al igual que en el niño psicótico, no hay una regresión a una fase conocida del desarrollo normal, sino a una situación patológica ya en sí misma. Esta situación es distinta para ambos casos.

Malher (1977) establece una diferencia entre el niño psicótico primordialmente autista y el primordialmente simbiótico. Mientras el niño que utiliza defensas predominantemente autísticas parece tratar a la madre de "carne y hueso" como inexistente, el niño con una organización predominantemente simbiótica parece tratar a la madre como si fuera parte de su yo.

El niño con depresión anaclítica desarrolla inicialmente una retracción autista como una defensa psicótica en contra de la falta de la necesidad de simbiotización, y posteriormente, si se logra reestablecer el contacto, parece querer negar a todas luces toda experiencia que lo lleve a percatarse de su separación de la madre.

Es interesante al respecto hacer notar lo que Malher plantea en relación al proceso que seguía un niño a su salida del autismo. Malher (1977) observó que cuando un pequeño conseguía salir del autismo desarrollaba mecanismos similares a los de los niños simbióticos. El paso de una situación a otra era relativamente rápido pero habría que hacerse con

cautela.

El niño autista debía ser atraído a un contacto casi accidental, tangencial, para que no lo viviera como una irrupción agresiva. En el niño con depresión anaclítica grave también hay una resimbiotización defensiva a la salida de la retracción autista. Sin embargo a diferencia de lo sugerido para el tratamiento del niño autista, en el niño con depresión anaclítica grave (marasmo) se sugiere que el contacto inicial se desarrolle de una manera más abierta, pues fue la pérdida del mismo la que desencadenó el síndrome.

En el momento en que se logre la revinculación con el objeto es muy importante permitir al niño probar la realidad muy gradualmente, a su propio ritmo.

Me gustaría, finalmente, abordar otro problema de diagnóstico que se presenta en relación a estos pequeños. No es raro que sean diagnosticados como deficientes mentales dado el retraso tan evidente en algunas áreas. Sin embargo, una observación detallada, permite ver esa manipulación torpe, relacionada con la falta de experiencia y de un ambiente estimulante. No se nota la viscosidad a la que hacen referencia Inhelder y Piaget (1972) propia de los deficientes. Si bien es cierto que hay un evidente retraso cognitivo, éste constituye un síntoma más del complejo cuadro desarrollado a partir de la carencia materna.

D) MODELO TERAPEUTICO.

Habría tres objetivos primordiales en el proceso terapéutico los cuales plantearían tres grandes momentos en la atención. Estos serían:

- 1) Sacarlo de la retracción autista.
- 2) Ofrecer una simbiosis correctiva a partir de la cual pueda gestarse el proceso de separación-individuación.
- 3) Logro de una constancia objetal.

Para tal proceso se propone un modelo combinado. Inicialmente se trabajará en un diseño tripartita madre-niño-terapeuta, para acceder más tarde al trabajo más directo con el niño, siguiendo los pasos que se anotan a continuación:

-En un primer momento la labor consistirá en actuar como un agente externo favoreciendo el establecimiento de un lazo entre el pequeño y su madre, funcionando como contención de tal proceso

-En una siguiente etapa se trabajará en torno al establecimiento de un lazo afectivo con el pequeño que permita la interacción gradual con el terapeuta pero siempre en presencia de la madre.

-Seguidamente se propiciará un proceso de separación-individuación. Aunque la madre está disponible no es ya el centro de la actividad.

-Si estos pasos se dan gradualmente en el siguiente momento se podrá dejar a la madre fuera del consultorio, trabajando con el pequeño en una terapia de juego más cercana a la tradicional.

Como puede apreciarse es un proceso gradual y muy largo.

El modelo, con algunas modificaciones, está basado, como se señaló anteriormente, en aquél que siguieron Malher y Furer en el Masters Children Center de New York (1959).

El factor esencial lo constituye la disponibilidad emocional de la madre.

Como se ha planteado ya, en el proceso normal de separación-individuación el niño se enfrenta continuamente con las amenazas de pérdida de objeto que cada paso del proceso de maduración parece traer consigo. Si esto sucede en un proceso normal, la amenaza es abrumante en estos niños. La disponibilidad de la madre, el que el niño pueda permitirse regresiones incluso en niveles avanzados del tratamiento y requerir que la madre entre nuevamente al consultorio, por

ejemplo, constituye un factor terapéutico esencial; del mismo modo que también se convierte en una herramienta terapéutica el hecho de que la madre pueda quedarse progresivamente afuera, pues descarga a la primera de una demanda abrumante y favorece el proceso de individuación del niño. Esto no sin implicar importantes movimientos transferenciales en la diada : la madre puede sentirse excluida; el pequeño puede vivirse como abandonador y en consecuencia temer ser nuevamente abandonado. Sin embargo, en términos generales, también se presenta un momento crucial en que debe propiciarse una separación física en la situación terapéutica en favor de una diferenciación que favorezca la individuación . Esto puede darse ya bien avanzado el proceso y puede ser muy benéfico cuando el niño empieza a desarrollar conflictos de lealdad, por ejemplo, cuando se siente preocupado ante el conflicto de con quién debe permanecer en el momento de la sesión, pues, aunque puede tener el deseo primordial en ese momento de jugar, puede temer, paralelamente, ser abandonado en razón de su atrevimiento.

Durante este período juega un papel primordial la elaboración de las fantasías relacionadas con este cambio, que seguramente aflorarán en ambos miembros, así como también resulta indispensable dar a la madre cierta contención (por ejemplo, darle la libertad de solicitar una sesión cuando lo sienta necesario haciendo extensiva esta invitación al padre)

Puede decirse, en términos generales, que si se ha dado — una buena alianza terapéutica previa, y pueden trabajarse todas las fantasías relacionadas con este nuevo momento terapéutico, este paso constituirá un avance más que la madre verá también con agrado.

Las ventajas del diseño terapéutico tripartita son muchas. Permite, de entrada, una evaluación más clara de la relación entre el pequeño y su madre al poder observar desde aspectos tales como la manera en que lo trae a consulta, el cómo lo carga (como parte de sí o como un objeto del que desea desembarazarse); cómo viven la separación ambos miembros de la diada, etc.

Otra ventaja de este modelo es que atiende a que la madre puede sentir la confusión de la que antes se hablaba . La madre puede no saber como responder a la demanda simbólica del pequeño y cuestionarse si esta respuesta puede ser favorable o no para su desarrollo. La contención terapéutica que recibe en este diseño es muy importante para que pueda desempeñar su papel. Las explicaciones que se dan al niño sirven también a la madre, además ésta puede sentir también que alguien cree que su hijo puede ser ayudado. Se propicia además una identificación con el terapeuta que permite a la madre, a su vez, ser más continente del pequeño y comprender más claramente lo que está sucediendo.

En relación al trabajo inicial ya directamente con el niño, hay que aclarar que el mismo difiere del que se desarrolla con niños neuróticos dado que no se está tratando

con distorsiones provocadas por necesidades neuróticas, sino con aquellas que surgen como resultado de un fracaso en la estructuración, de acuerdo con lo que señala Malher (1977).

En este proceso se propicia una regresión controlada, es decir, que no lleve a una desorganización tal que el pequeño no pueda recuperarse. Requiere, si se puede llamar así, de un acompañante en este proceso regresivo que lo proteja de su impulso autodestructivo. Para ello es muy útil el establecimiento de límites firmes, en donde se prohíba abiertamente la autoagresión física y se le contenga, incluso también físicamente en situaciones de mucha angustia haciendo un intento de: "ayudarlo a integrar sus pedacitos" en el sentido de la relación contenedor-contenido de la que habla Bion (1967) y del sostenimiento que plantea Winnicott (1962).

Las intervenciones educativas se permiten cuando favorecen este proceso constructivo, pero siempre y cuando no impidan el análisis de la fantasía.

En la medida en que el pequeño vaya integrándose requerirá cada vez menos de la intervención de un yo auxiliar permitiéndose así la posibilidad de acercarse más a un trabajo psicoanalítico más ortodoxo.

1.- Salida del autismo:

De acuerdo con Greenacre(1960) el proceso de nacimiento constituye el primer gran agente que prepara para la conciencia de separación. Esto ocurre por el considerable impacto de presión sobre la superficie corporal del infante y por su estimulación durante el nacimiento y especialmente por los cambios de presión y situación térmica.

Ribble (1943) dice que es la maternación lo que saca gradualmente al infante de su tendencia innata a la regresión vegetativa y promueve la conciencia sensorial del ambiente.

John Benjamin (1961) muestra, por otro lado, que alrededor de las tres o cuatro semanas de edad ocurre una crisis de maduración dándose un aumento marcado de la sensibilidad global a la estimulación externa, lo que plantearía, al contrario de los anteriores autores, una tendencia hacia el contacto.

Independientemente de que sea solo la madre, o no únicamente ella quien saque al pequeño de su aislamiento, sí es indispensable que ella se encuentre presente para ayudar al niño a tramitar la serie de estímulos nuevos con los que tiene que enfrentarse. Considero que el problema puede plantearse en los siguientes términos: es la evolución propia del pequeño, su maduración progresiva, la que posibilita este contacto; la madre viene entonces a actuar como un puente entre el niño y la realidad externa, ayudándolo a interpretar y a tramitar toda esta nueva estimulación.

Retomando el concepto de Malher (1972) de la existencia dos grandes cambios catécticos , nos encontramos aquí en el primero de éstos; el segundo se dará junto con el desarrollo de la locomoción.

En el primer cambio catéctico hay un desplazamiento de la carga hacia la periferia sensorceptual, que empieza a formarse y a envolver a la órbita simbiótica.

Las experiencias de contacto perceptuales del cuerpo total desempeñan un importante papel en este momento. Desde el punto de vista de la imagen corporal el cambio de una catexia predominantemente propioceptiva-enteroceptiva a una catexia sensorioceptiva de la periferia es un paso fundamental en el desarrollo ya que constituye un prerrequisito esencial en la formación del yo corporal.

Los estímulos internos propioceptivos que puedan vivirse sin ser abrumadores, así como la sensibilidad a la presión profunda y al intercambio térmico, además de las experiencias de equilibrio que se dan durante el amamantamiento contribuyen a la formación de la imagen corporal. Paralelamente las imágenes auditivas y visuales de percepción a distancia contribuyen a la distinción del mundo objetal.

Solo cuando el cuerpo se transforma en el objeto del narcisismo del infante, a través de los amantes cuidados de la madre, es que se puede dar la identificación con tal objeto.

El principal paso en el desarrollo desde la fase autística a la simbiótica puede resumirse en la catexia del "principio maternal", aunque aún no pueda percibirse a la madre como separada del propio ser.

En el pequeño con depresión anaclítica la estimulación de contacto se vuelve particularmente importante . Debido a que es un bebé más grande algunas madres pueden sentirse confundidas en torno a la importancia de esta estimulación y este arrullo, tan necesario para su recuperación. La estimulación de contacto corporal total adquiere un papel esencial en la recatectización de los órganos perceptuales y constituye un aspecto básico del tratamiento.

Esta estimulación corporal favorecerá la salida de la retracción autística y el establecimiento de un contacto con un principio maternal.

2.-Reestablecimiento de la simbiosis y reedición del proceso de separación-individuación.

Habiéndose establecido una relación simbiótica con la madre podrá iniciarse el proceso de separación-individuación.

La madre como organizador simbiótico que ayuda al niño a interpretar sus propias angustias, descifrándole el contenido de las mismas y actuando como un yo auxiliar protector, promoverá el crecimiento autónomo del pequeño. Durante este

período la participación del terapeuta es tangencial. Cuando es tomado en cuenta por el pequeño parecerá más un objeto parcial que el niño comienza a utilizar como una extensión de sí mismo; puede por ejemplo hacer uso de su brazo o apoyarse en él, pero no hay una interacción específica con el mismo.

La subfase de diferenciación parece darse en forma paralela a la simbiotización, pues el niño tiene ya la capacidad motriz para alejarse de la madre y verla. La exploración de su cara y de lo que es parte de la madre y lo que no lo es, aparece casi simultáneamente.

Dentro del proceso de separación-individuación en el niño que ha sufrido depresión anaclítica grave, me parece de particular importancia el trabajo sobre dos subfases que implican dificultades importantes en vista de la experiencia previa del pequeño:

-la ejercitación

-el acercamiento

Señalo como básico el trabajo sobre estas fases por diversas razones.

En primer lugar constituye una dificultad muy importante para el pequeño que el desarrollo de sus capacidades motrices se de antes que el de su capacidad emocional para tolerar la separación que implican las mismas. Sus capacidades le asustan, tanto, que llega incluso a renunciar al ejercicio de las mismas con tal de evitar la sensación de separación de la madre. Por otro lado, la inhibición de su agresividad, relacionada también con su experiencia de pérdida temprana, le dificulta una ejercitación exuberante y espontánea.

La disponibilidad emocional de la madre, que resulta de vital importancia en el período de acercamiento, en este pequeño adquiere una relevancia más allá de lo normal. La necesidad de la presencia materna no se resume a este período solamente, sino que constituye el aspecto alrededor del cual puede desarrollarse el proceso. El niño podrá, a partir de esta presencia, elaborar que su individuación no paga a cambio, como precio, el abandono.

Ejercitación:

Durante esta subfase el niño parece empezar a recuperar, primero tímidamente y luego en forma explosiva, su ejercitación. Esto le provoca un importante estado de angustia. A diferencia del proceso normal, este pequeño no parece pasar por ese estado de indiferencia a la presencia de la madre cuando se encuentra absorbido en su tarea. Siempre esta pendiente de ella, por muy metido que parezca estar en su actividad.

La recuperación de la ejercitación parece ir de la mano con la expresión del impulso agresivo inhibido. Aventar, tirar, correr, etc. Pudiera ser difícil para la madre

entender esta actitud explosiva y destructiva, pero su confusión disminuirá cuando observe que poco a poco esta actitud se hace menos frecuente, dando paso al disfrute en sus propios movimientos conforme se le permite expresar su agresión, abiertamente en un inicio, poniendo tan solo límites de protección para su persona y para la de los demás. Durante este período la presencia y contención que da la madre adquiere gran importancia en razón de que pueda sentir que no la destruye omnipotentemente con sus actos agresivos.

La distancia óptima de la madre parece ser la que el niño pone. Habrá que permitir, aunque el niño ya camine, si desea hacerlo, que gatee alrededor de la madre. Y cuando desee caminar y correr que lo haga, y transmitirle esta actitud a la madre.

Estos procesos no se darán en forma lineal, sino que se observarán necesariamente progresiones y regresiones en los mismos, como en todo proceso terapéutico, e incluso en todo proceso de desarrollo.

La madre, durante esta fase, constituye la base de operaciones (Malher 1977). El terapeuta es quien acompaña al niño en este progresivo descubrimiento del mundo.

El contacto a distancia con la madre en este período se vuelve una herramienta muy útil pues permite al niño seguir su actividad, en la cual está interesado, obteniendo reconfirmación desde la madre que lo observa, sin necesidad de ir hasta donde ella se encuentra. Esto puede o no darse espontáneamente, pero el terapeuta puede participar activamente involucrando a la madre en lo que el niño hace, para que mantenga un contacto emocional con él.

Este proceso de ejercitación creciente permitirá un progresivo cambio catéctico, ahora desde la unidad dual simbiótica hacia los aparatos autónomos y las funciones del yo. Este segundo cambio de catexias también puede darse en forma progresiva y luego presentar regresiones. El pequeño tiene que asegurarse continuamente de que si deja de preocuparse activamente por la madre, ésta permanecerá preocupada por él.

El cambio desde la autoagresión hacia la agresión dirigida que se observa en la situación explosiva inicial, constituye un logro importante. En la agresión dirigida hacia afuera el niño puede ser ayudado por la atmósfera libidinal que lo contiene y lo calma, y así se permite una progresiva neutralización al experimentar que esta agresión no tiene como consecuencia un castigo o el dolor que se siente en la autoagresión. La participación activa del terapeuta para impedir que el niño se haga daño es muy importante. Sin evitar la expresión de los impulsos puede así brindarle un ambiente de contención para los mismos.

Acercamiento:

Conforme el niño se sienta con libertad de expresar toda esta agresión contenida, y asimismo, hacer uso de sus funciones autónomas, parece también buscar una nueva relación con la madre y no solo como contención a sus impulsos. Quiere compartir con ella sus logros.

La fuente de placer empieza a desplazarse desde la locomoción y la exploración del mundo inanimado hacia la interacción social.

Se puede dar una mayor interacción con el terapeuta y se inicia un nuevo tipo de relación también con el mismo.

Ante las ausencias de la madre el niño de este período, en el proceso normal de desarrollo, parece responder con gran inquietud, como defensa quizás al estado afectivo de tristeza. En estos pequeños lo que se observa, desde el principio, es un apagamiento: la tolerancia de la ausencia de la madre es un logro muy paulatino.

Parece ser que las separaciones breves de la madre hacen que la misma se convierta en la madre mala abandonadora y tiene que refugiarse en la imagen buena interna. Es difícil recuperar la imagen buena por la frustración que despierta la ausencia. Esto se dificulta aún más por el retraso en la aparición de la inteligencia representacional.

La preocupación por la ausencia de la madre puede consumir toda la energía que el niño requiere para continuar su actividad, de ahí que sea necesario que la madre se encuentre disponible.

Sin embargo, también en el trabajo terapéutico, parece llegar un momento en que el niño entra en el dilema de si ir hacia la madre o permanecer en el juego. Se puede optar entonces por una solución intermedia: la madre compartirá los logros del pequeño y participará en la sesión cuando éste lo desee, pero progresivamente permanecerá en la sala de espera, con la puerta abierta si el niño así lo quiere, de tal manera que él decidirá cuando necesita que participe y cuando necesita hacerlo solo.

La agresión se pone entonces al servicio de la separación, actuando de una manera neutralizada.

Pareciera ser que durante todo el proceso terapéutico, el atravesamiento por las distintas fases tuviera siempre cierto tinte de esta subfase de acercamiento y del conflicto más típico de la misma: el dilema entre querer ser autónomo, por un lado, y querer aferrarse a la madre, por el otro.

El pequeño que ha sufrido una pérdida temprana vivirá el impulso de la individuación como una verdadera amenaza de abandono. Es hasta que el niño logra asegurarse de que la madre estará disponible y que puede conservar una relación específica con ella, que puede empezar a disfrutar de sus funciones autónomas, sin embargo no se da espontáneamente ese sentido inflado de omnipotencia propio de la segunda parte de la subfase de ejercitación, cuando el niño siente que

comparte los poderes mágicos de la madre a través de su desarrollo locomotor. Como se señaló anteriormente, el narcisismo de estos pequeños resulta seriamente dañado. Es a través de la "admiración" por los nuevos logros en el proceso terapéutico que puede intentar resanarse algo de esta herida, de ahí que sea muy importante el hecho de que aunque el niño ya camine desde tiempo atrás, pueda retribuírsele con un reconocimiento cuando busque ser visto, pues está queriendo decir que este logro lo vive ahora de otra manera: como una conquista de autonomía, misma que le significa un gran esfuerzo, no físico, pero sí emocional.

Parece venir entonces, y con mayor intensidad, un nuevo episodio de ejercitación, donde sí es característico el gozo por el ejercicio, que ha perdido su carácter omnipotentemente destructivo.

Dice Malher:

"Es el amor de la madre por el deambulador y su aceptación de la ambivalencia de éste lo que permite al niño catexiar su autorrepresentación con energía neutralizada" (6)

Esto es particularmente cierto en el tratamiento de este pequeño, en quien la ambivalencia, en razón de la frustración sufrida, llega a ser tan fuerte. Al poner la agresión al servicio de la ejercitación de las funciones autónomas, disminuye la necesidad de disociar tal impulso, favoreciéndose la neutralización y el desarrollo.

La participación más directa del terapeuta con el pequeño, se posibilita progresivamente ya que la interacción social constituye un nuevo interés. Por otro lado, si el terapeuta ha seguido de cerca todo este proceso, de alguna manera puede ser vivido como un objeto que contiene y soporta la relación entre madre e hijo. Esto parece ser vivido por ambos miembros de la pareja.

En razón de la dificultad que el niño presenta para manifestar los impulsos agresivos hacia la madre, la presencia del terapeuta puede favorecer la tramitación de los mismos. El pequeño puede hacer una escisión y poner, en determinado momento, toda la parte agresiva en el terapeuta, lo que le resultará menos amenazante y conforme se percata nuevamente de que él mismo no se destruye, puede hacer una integración progresiva de sus propios impulsos y del objeto.

Cuando, sin embargo, la angustia por la agresión que aflora en el proceso terapéutico es muy grande, el niño puede requerir que la madre nuevamente esté muy cercana. Incluso puede necesitar salir a percatarse de que sigue ahí esperándolo, o presentar todo un cuadro regresivo en el que busque nuevamente la fusión con la madre.

Al igual que en el proceso normal parecen delinearse dos etapas en el proceso de acercamiento. En la primera el niño

parece querer compartir casi cualquier logro con la madre. En este momento del tratamiento puede favorecerse este proceso contando, dentro del mismo consultorio, con dos áreas, entre las cuales no haya una separación física que impida el contacto visual pero que de alguna manera sí le permita al pequeño ir y venir entre las mismas ,como dos espacios diferenciados.

La participación de la madre en este momento es muy importante, compartiendo los logros del pequeño, alentándolo y respetando su intimidad cuando el quiera hacer las cosas solo. La labor terapéutica con la madre se enfocará precisamente a ayudarle a tolerar la ambivalencia y a comprenderla.

En la segunda etapa de acercamiento el pequeño necesita incluso mayor espacio e intimidad. En este momento la mamá puede pasar a la sala de espera.

Pudiera parecer de pronto un tanto artificial el hecho de que, mientras en otras situaciones el niño tiene que tolerar una separación pasiva y brusca de la madre, por ejemplo cuando ésta tiene que ir al trabajo o el pequeño a la escuela, en ésta se cuida tanto del proceso gradual. Sin embargo es que es sólo en este medio terapéutico donde el niño encuentra el espacio para trabajar las fantasías que se desarrollan en tales momentos, es un espacio en el que, tanto madre como hijo, pueden retomar lo que sucede entre ellos en la vida cotidiana.

Si esto se logra, el proceso en busca de la constancia objetal sigue su paso, en esa gradual internalización de la imagen constante y positivamente catexiada de la madre.

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1) Malher. El nacimiento psicológico del infante humano, 1977, pag. 14 .
- (2) Levovici. El conocimiento del niño a través del psicoanálisis, 1970, pag. 205.
- (3) Ibidem, pag. 404.
- (4) Ibidem, pag. 402.
- (5) Ibidem , pag. 423.
- (6) Malher. Op. cit., pag. 91.

SEGUNDA PARTE

VII-INTRODUCCION.

En la primera parte de este trabajo he intentado hacer una revisión teórica de los aspectos relacionados tanto con la estructuración de la personalidad del pequeño que ha sufrido depresión anaclítica, como con aquellos elementos que tienen que ser considerados en el tratamiento del mismo. En cuanto al primer punto se llegó a la conclusión de que si bien se logra una recuperación del síndrome en un tiempo relativamente corto, existen cicatrices profundas en el desarrollo de la personalidad. En relación al segundo aspecto se propuso un modelo terapéutico combinado, inicialmente tripartita (madre-hijo-terapeuta).

En esta segunda parte, a través del trabajo terapéutico realizado durante dos años y medio directamente con un pequeño que sufrió este síndrome, busco hacer un análisis del proceso clínico; intentando corroborar las hipótesis planteadas en la sección metodológica.

En el cuadro que se presenta en tal sección, se propone, para el trabajo de cada una de las hipótesis, un abordaje teórico y otro práctico, lo que corresponde precisamente a las dos secciones del presente trabajo. Finalmente en la discusión de resultados, intento hacer una síntesis de ambas secciones. (Nota 1)

Me gustaría retomar aquí estos planteamientos con el fin de poder puntualizar los aspectos del material clínico que son revisados con mayor detenimiento y que tienen que ver con estas hipótesis.

En cuanto a la estructuración de la personalidad se planteaba la hipótesis de que existe en estos pequeños una importante dificultad para la integración del objeto libidinal por exceso de ansiedades paranoides. Ya en la parte teórica se analizaron extensamente los obstáculos que este pequeño enfrenta para el paso desde la posición esquizo-paranoide a la depresiva debido a: el exceso de impulsos agresivos, la excesiva idealización, escisión y proyección así como a la falta de confianza en la capacidad reparatoria tanto del yo como del objeto.

En relación al análisis del material clínico considero que estos aspectos tienen una manifestación observable; es decir, al darse la proyección de los objetos persecutorios el niño

presenta más frecuentemente y con mayor intensidad miedos irracionales tales como fobias, terrores nocturnos o miedo a objetos inanimados, ya que está poniendo en ellos sus propios impulsos agresivos disociados. En el sentido inverso podemos decir que si en este pequeño pueden observarse tales conductas, encontramos una explicación dinámica a las mismas. Tal fenómeno se explica debido a la proyección del impulso agresivo, aumentado desgraciadamente por la propia experiencia de frustración; y manifiesta cómo el niño vivió un mundo poblado de perseguidores. El retraimiento constituyó así una acción defensiva ante la excesiva frustración y angustia persecutoria.

Al recuperar el contacto, la proyección de los impulsos agresivos se manifiesta claramente solo que, en el caso en estudio, en un medio donde ahora pueden ser tramitados. En estos miedos y fobias, si la hipótesis planteada es cierta, podrá observarse claramente la angustia ante la posibilidad de la propia destrucción, de la pérdida de la integridad corporal, características de la angustia paranoide.

Siguiendo con las dificultades en relación a la estructuración de la personalidad, se planteó como hipótesis que al no existir un objeto total, se dificulta el proceso de simbolización y desarrollo del pensamiento.

Teóricamente se ha analizado como la excesiva identificación proyectiva patológica y el ataque al aparato mental, la inhibición en la formación de símbolos y el serio daño que sufre el pensamiento preverbal, inciden en el desarrollo de las funciones yoicas (percepción, pensamiento preverbal y verbal, principio de realidad).

Considero que esta afectación tiene una expresión clara en el área clínica entre otros aspectos, en un serio retraso y distorsión de la función simbólica en general : lenguaje, juego simbólico, imitación, etc. Así como en una evidente dificultad para diferenciar entre fantasía y realidad.

El retraso en el lenguaje, que puede constituir un parámetro claro dentro de la evaluación clínica, resulta comprensible así. En la medida en que se atacó al aparato perceptivo defensivamente así como al pensamiento preverbal, con el fin de "destruir" la "conciencia" de frustración, no se contó con el material primo sobre el cual puede construirse el pensamiento verbal. Además, ya se analizó también cómo este pensamiento implica la existencia de objetos totales, mismos que no han logrado una integración en este pequeño. Por otro lado, aunque en todos los niños hay un proceso creciente de diferenciación yo - no yo que requiere de una elaboración paulatina, en este pequeño se hace evidente no sólo una falta de diferenciación sino incluso una verdadera confusión de los límites yoicos. Esta confusión se expresa también en la falta de diferenciación entre fantasía y realidad que constituye una constante sobre la cual hay que trabajar continuamente, además de que las fantasías prevaletentes son muy amenazantes.

En relación al logro de la constancia objetal se planteó la dificultad que estos pequeños tienen para elaborar el proceso de separación-individuación, ya que éste es precedido por una grave retracción regresiva y por una resimbiotización defensiva ante la angustia de perder nuevamente a la madre cuando logra salir de la retracción.

Lo observable de estos complejos procesos está precisamente en esta evidente retracción progresiva conforme se desarrolla el síndrome de depresión anaclítica y en lo difícil que resulta romper posteriormente la barrera contra los estímulos, así como en la liga tan estrecha que se establece más tarde con la madre, vínculo que no corresponde con las capacidades motoras del pequeño: la madre continúa funcionando como "yo auxiliar" y el niño demanda continuamente su ayuda, aún en aquellas actividades que pudiera realizar solo.

Malher (1977) plantea como el lenguaje y la locomoción erecta constituyen los parteros psicológicos, los signos evidentes de una creciente autonomía. El retraso de tales funciones en estos pequeños se debe a la angustia que provoca la separación. El niño buscará estar pegado a la madre para sostener la ilusión de constituir una unidad con ella aún cuando su desarrollo motriz le permitiera alejarse y regresar. La ausencia de la madre, aunque sea temporal, provocará evidentes signos de angustia: llanto, inquietud, así como reacciones de matiz depresivo; apagamiento, retracción, desinterés por la actividad que estaba realizando, etc, permitiéndonos observar las serias dificultades que enfrenta este pequeño para el logro de una constancia objetal. El objeto libidinal interno se encuentra tan amenazado por las propias fantasías, que la presencia externa tiene que desconfirmarlas una y otra vez.

En cuanto al desarrollo libidinal se hipotetiza una fijación oral que contaminará la elaboración de los conflictos propios de las siguientes etapas. En la parte teórica se analizó el aumento de la voracidad, relacionado con la frustración excesiva. Así mismo se habló sobre las dificultades relacionadas con la neutralización de los impulsos debido a la ausencia del objeto en un momento crucial del desarrollo perdiéndose así el espacio en donde tramitar la ambivalencia. Mientras el sujeto tiene que preocuparse por controlar los impulsos pregenitales, la libido no avanza y se dan los puntos de fijación.

Es difícil poder delimitar concretamente cómo pueden ser apreciados estos complejos procesos en la conducta observable sin embargo, la aparición continua de impulsos y ansiedades de tipo oral canibalístico, que serían la expresión de esta fijación, encuentran un canal de expresión a través del juego, en el que se harán evidentes contenidos relacionados con el deseo y el miedo de ser devorado.

Por otro lado, debido a esta fijación, el paso a la siguiente etapa, en este caso la anal, presentará dificultades que se evidenciarán a través de complicaciones

significativas en el aprendizaje del control de esfínteres, entre otras causas, por el significado que puede dársele a las heces fecales y a la pérdida de las mismas. Más tarde, en la elaboración del conflicto edípico, en razón del aumento de la impulsividad, nuevamente pueden resurgir fantasmas canibalísticas, en donde se equipare castración y ser devorado. Este período, por constituir ya en sí mismo una fase difícil del desarrollo, puede representarle al pequeño serias dificultades. Podrán observarse procesos regresivos así como un considerable aumento de la angustia.

Dada la profunda herida narcisista que sufren estos pequeños por la temprana desilusión de su omnipotencia al perder a la compañera simbiótica que realizaba sus deseos, y al más tarde, no poder despreocuparse por su presencia ni sentir que el mundo les pertenece, se esperan signos claros de patología narcisista.

En un momento posterior esto puede ser observado en el proceso terapéutico en la dificultad para tolerar situaciones frustrantes, que requieren de un buen nivel de autoestima. Ante las mismas puede observarse una tendencia al retraimiento o quizás a la negación de la dificultad, o muy probablemente actitudes regresivas, tales como volver a los brazos de mamá y posiblemente ansiedades hipocondriacas, como una forma primitiva de preocupación por la integridad corporal.

De esta manera, la observación de estos indicadores, permite retomar los aspectos teóricos trabajados y así darles una interpretación desde el marco de referencia de la presente investigación, pudiendo hacer un análisis de la significación que tienen en la estructuración de la personalidad en desarrollo.

Con respecto al abordaje terapéutico, el modelo propuesto en el capítulo VI, es precisamente el que se desarrolla en esta siguiente parte de la investigación. Este modelo sigue las fases puntualizadas a partir de las hipótesis terapéuticas planteadas; la evolución del caso permitirá su confirmación o desconfirmación.

Se plantean los siguientes momentos e intervenciones:

a) La salida de la retracción del pequeño se posibilitará a través de la recatectización de la periferia corporal por medio de la estimulación corporal y la presencia continua de un objeto gratificante.

b) El siguiente paso terapéutico consistirá en el reestablecimiento de una simbiosis correctiva en la que el aspecto esencial a considerar será la capacidad emocional del

niño para tolerar la separación como punto de partida básico para el logro de una creciente autonomía. Esto se permitirá a partir de una intervención terapéutica en donde se cree el espacio de contención necesario para la elaboración de las confusiones características de un proceso en donde hay un evidente desfasaje entre las capacidades motrices y emocionales.

c) Será necesaria una reedición del proceso de separación-individuación en el que se hará evidente un aumento desbordante de la angustia ante cada nuevo logro, expresándose a través de actitudes regresivas y explosiones emotivas que deberán ser elaboradas, para pasar a la siguiente fase.

d) A través de la elaboración de estas angustias tempranas el pequeño hará un menor uso de mecanismos psicóticos (proyección, escisión, idealización, negación, etc.) dando paso a mecanismos más evolucionados, inicialmente obsesivos, por constituir las siguientes herramientas que el propio proceso de desarrollo le presenta. Esto podrá apreciarse, por ejemplo, en la disminución de temores irracionales y la aparición de rituales, como una manera de poder controlar al objeto; o formaciones reactivas, como una manera de ejercer control sobre los propios impulsos. Esto significa un enorme progreso, ya que se habla de una estructura más evolucionada (Kernberg, 1984).

VIII-ANTECEDENTES.

A) DATOS CON LOS QUE SE CUENTA PREVIOS A LA ADOPCION.

Fabián fué adoptado cuando contaba con 7 meses de edad. Según la descripción de la madre adoptiva, el cuadro que presentaba constituía el síndrome típico de una depresión anaclítica grave (marasmo); "estaba como con la mirada perdida en el vacío, no reaccionaba. Era pequeño, por la desnutrición pareciera mas un bebé de tres meses. No sonreía, tenía una mirada inexpresiva, casi permanecía inmóvil todo el tiempo".

Se tienen muy pocos datos en relación al período previo a la adopción de Fabián. A los padres tan solo les hablaron de lo que la institución calificó como un importante retraso psicomotor. Fuera de esto no se dieron datos en relación - al momento de ingreso de Fabián a la casa cuna ni de su reacción en tal momento. Algunos de estos datos se guardaban en razón de proteger la identidad de los padres biológicos. Sin embargo, en su mayor parte, tampoco podían darse pues eran desconocidos: se alcanzaba a percibir la ausencia de un sustituto materno que habría seguido el proceso de desarrollo con detalle.

Entre los pocos datos con los que se cuenta está el de que el personal de la institución es rotado continuamente, siguiendo el razonamiento de no propiciar un apego entre algún pequeño y alguna niñera que después pudiera traer implicaciones difíciles de trabajar. Pareciera como si la institución en "búsqueda de proteger a los pequeños" les negara la experiencia vital que les posibilitaría un mejor desarrollo.

No se permite tampoco cargar a los niños. Esta es una norma entre el personal dado que afirman que si alguna niñera carga a un pequeño los demás pedirían ser tratados de la misma manera y esto las desbordaría, pues tienen bajo su cuidado a 10 niños en promedio.

Puede entenderse más bien que esto obedece a otras razones, tales como lo amenazante que puede resultarle al personal una demanda tan abrumante, sin un espacio donde puedan elaborarla. Es como si buscaran protegerse defensivamente para no ser "absorvidas", "chupadas". Sería más eficaz, y mucho menos costoso, proporcionar a este personal una contención terapéutica donde pudieran trabajar sobre estas angustias y de este modo poder también ellas, a su vez, proporcionar una atención más afectuosa a estos niños. Considero que este punto requiere un abordaje especial por lo

que lo retomare más adelante con mayor detenimiento en las conclusiones del presente trabajo. Baste ahora con poder entender el ambiente en el que Fabián se desarrolla antes de su adopción.

Desgraciadamente y debido a este funcionamiento de la casa cuna no existe una persona que pudiera proporcionar datos sobre el proceso que siguió Fabián y el desarrollo del síndrome. Uno de los pocos datos con los que se cuenta, que por cierto fué un suceso muy desafortunado, es que alguna vez una de las niñas de la casa cuna, un poco mayor, se acercó a la cuna de Fabián dándole una mordida tan fuerte que casi consigue arrancarle la naricita. Hubo que hacer una intervención quirúrgica salvando su nariz, pero dejando una apreciable cicatriz.

En términos generales y con estos pocos datos, sin embargo, puede concluirse que Fabián pasó por un período no sólo de separación de la figura materna, en el caso de que esta hubiera existido, sino de graves carencias, en donde el medio no solo deja de proporcionar las experiencias gratificantes, sino que pareciera volverse franca y abiertamente hostil. No existía además nadie que pudiera rescatarlo de este estado, de otra manera se hubiera impedido que la mordida resultara tan aparatosa.

El estado de desnutrición tan grave en el que se encontraba lleva a pensar en que, a pesar de que este medio ocasionalmente podía aportar "cosas buenas", el pequeño ya no era capaz de recibirlas, creándose un círculo vicioso que llevó finalmente al cuadro tan poco pronosticable que se observaba en el momento de la adopción.

Desde la casa cuna había un gran temor de que este pequeño fuera rechazado en el proceso de adopción, por lo que se pensó en ofrecerlo a padres que manifestaran un fuerte deseo de adoptar un niño.

B) ANTECEDENTES DE LOS PADRES ADOPTIVOS.

Sergio y Johana, como llamaré a los padres adoptivos, vivieron una experiencia de tratamiento de su esterilidad muy frustrante.

Aunque al llegar a consulta, como se verá más adelante, presentaban como demanda y motivo principal la atención de su pequeño, no dejaban de plantear las serias dificultades por las que habían pasado como pareja.

Johana es de nacionalidad norteamericana y Sergio es mexicano. El había ido a estudiar a Estados Unidos, fue ahí donde conoció a Johana, se casaron y vinieron a vivir a México.

Según describen, fue un momento particularmente difícil, dado que Sergio había tenido una relación muy cercana con su madre y el nuevo matrimonio parecía difícil de asimilar para ambos. Al llegar a México vivieron inicialmente con los padres de Sergio. Al poco tiempo sintieron la necesidad de irse a vivir solos, sobre todo por las peticiones de Johana.

Se dieron una serie de fricciones entre ambos. Hablan de que su vida sexual disminuyó tanto que llegaban a pasar meses sin que tuvieran relaciones sexuales.

Sergio presentó importantes problemas de impotencia y ante la demanda de Johana se sentía "puesto a prueba" así que optó por no acercarse a ella. Johana dice haberse sentido muy rechazada, él muy lastimado.

Ambos deseaban tener un hijo, decían que con la esperanza de formar una familia y que las cosas mejoraran.

La dificultad de acercamiento se hizo aún más compleja cuando al no poder fácilmente embarazarse los doctores prescribían relaciones sexuales en los días fértiles de Johana. Sergio se sentía más "a prueba" y el problema de la impotencia fue haciéndose más frecuente.

Desarrolló entonces un cuadro depresivo por lo que fue indispensable que recibiera atención psiquiátrica. Johana también se sentía muy mal, según lo que ella refiere, por lo que decidió entrar a terapia. Esto pareció ayudarlos mucho al confrontarlos con el proceso destructivo en el que se encontraban. Incluso pensaron en la posibilidad de entrar a terapia de pareja, sin embargo sus correspondientes terapeutas consideraron que en tal momento era más recomendable la atención individual de cada uno.

En relación a la historia de Johana, una serie de datos se obtuvieron hasta muy avanzado el tratamiento del pequeño. Esto pudo entenderse en razón de importantes fantasías inconscientes relacionadas con los mismos. En la familia de Johana habían graves antecedentes de enfermedad emocional. Su padre había sido un alcohólico crónico. Por lo que ella refirió cuando pudo hablar sobre esto, pareciera ser un sujeto con una estructuración fronteriza de la personalidad.

La madre presentaba una neurosis obsesiva grave, y como puede esperarse tenía serias dificultades para expresar el afecto y presentaba una gran rigidez. Su único hermano, dos años menor, había sufrido un quiebre psicótico a los dieciocho años, del cual no se había recuperado, se le había diagnosticado como esquizofrénico paranoide.

Johana viene a Mexico, con su esposo, con la ilusión de formar una familia, y al mismo tiempo con la culpa abrumadora de dejar una familia tan enferma. Pareciera ser que en la formación reactiva que se alcanza a percibir en este proceso, el retorno de lo reprimido la lleva a ligarse con un hombre también enfermo, con importantes dificultades, mismas que se potencializan en la relación con ella que le devuelve toda la imagen de incapacidad de ser hombre, de su impotencia. Al mismo tiempo que Sergio le devuelve a ella la falta de aprobación que Johana sintió de sus propios padres, entrando así, en un proceso muy destructivo para ambos.

Johana había sido la encargada de ayudar a su hermano, que desde pequeño había manifestado serias dificultades de adaptación. La madre le exigía, como hermana mayor, que lo cuidara y lo enseñara, lo apoyara en la escuela, en última instancia, que lo curara.

Todo esto permanecía muy oculto en el proceso terapéutico de Fabián. Es hasta después de unas vacaciones en que van a ver a la abuela materna que Johana se desespera ante la queja continua de su madre y la observación que ésta hace de que Fabián "no está normal". Johana se siente como cuando tenía que cuidar a su hermano. Es dentro de esta confusión que tanto le angustia, que puede empezar a diferenciarlos.

C) LA ADOPCIÓN.

La adopción constituyó, según Sergio y Johana plantean, una decisión difícil pero benéfica. Parecía descargarlos de la exigencia punitiva y superyoica de tener que concebir un hijo.

Hubo un largo período de elaboración anterior a este paso. Tanto Johana como Sergio se encontraban ya en atención terapéutica.

La casa cuna puso inicialmente muchas trabas. Esto reavivó todos los temores de castigo. "Pareciera ser como si el destino nos dijera que no podríamos tener una familia". Pasaron por un largo período de pruebas, entrevistas, etc. "Era más de lo que podíamos tolerar", dicen, refiriéndose a la manera en que vivieron este proceso.

Cuando finalmente "los aprueban" les ofrecen a Fabián, como si fuera una nueva prueba. Cuando se los describen dicen que les parece que no podrían recibirlo, era un niño muy enfermo. Parecía que la fantasía de Johana se cumplía nuevamente: "Yo sólo podía tener una familia enferma, y no quería. Pero en el momento en que tuve a Fabián en los brazos pensé que justo así podría ser nuestro hijo, y quise llevarlo a casa".

Nuevamente aparece aquí el retorno de lo reprimido, pero parece apreciarse aquí una nueva calidad: la necesidad de una acción reparatoria, y no sólo para el niño, aunque se dirigiera inicialmente al mismo. La identificación que se da en este momento con el pequeño, al que ven tan necesitado como a ellos mismos, les permite conectarse con él e iniciar un proceso de recuperación en donde el trabajo cariñoso con el niño los incluye a ellos también en una búsqueda de curación para la familia.

Esta identificación se da a partir de un narcisismo seriamente dañado: era su hijo, pero sólo porque pudieron vivirlo como tal es que pudieron entender sus necesidades como si de verdad "hubiera estado un poquito en su vientre".

IX-INICIO DEL TRATAMIENTO.

A) IMPORTANCIA DE LA LABOR TERAPEUTICA REALIZADA POR LOS PADRES.

Fabián llega a la casa adoptiva en un serio estado de desnutrición. Lo primero que había que hacer era mejorar su estado físico. La debilidad del pequeño era muy grave." Sin embargo comía tan poco", Johana me dice, "Pedí un permiso indefinido en mi trabajo y aunque era un pequeñito de siete meses lo veía tan indefenso que me parecía como un recién nacido al que había que cuidar mucho."

Empieza a alimentarlo, poco a poco, varias veces al día, según el pequeño lo aceptara. Paralelamente, ella y Sergio se dedicaron a hacer una estimulación de todo su cuerpecito. Le quitaban la ropita y lo acariciaban, buscaban que sintiera el contacto con la piel. Invertían un largo rato en el baño diario.

El pequeño comenzó a subir de peso rápidamente. Cada vez más empezó a demandar más alimento y a responder en forma creciente a los estímulos. A los tres meses de haber sido adoptado tenía ya casi el peso normal. Asimismo y al lado de esto parecía estar desarrollando crecientemente sus funciones. Se dió un desarrollo motor notable, tanto que inició la marcha dentro del período normal para cualquier pequeño, aunque nunca gateó. Refiere Johana que aunque caminó pronto era muy torpe y se caía continuamente. No era una actividad que desarrollara abiertamente "prefería estar cerca de mí cuando yo estaba cerca"

En términos generales tanto Johana como Sergio pensaron que había alcanzado un nivel normal respecto de otros niños. Johana sintió que podía regresar al trabajo durante las mañanas inscribiendo a Fabián en una guardería y pasando las tardes con el pequeño.

Sin embargo, conforme pasaba el tiempo, se percataron de que una serie de funciones, entre ellas les parecía muy evidente la del lenguaje, se atrasaban mucho en su desarrollo. Por otro lado se habían percatado de que Fabián tenía muchos miedos, que al principio les pareció que serían comunes también en otros niños, pero al preguntar a otras mamás los encontraron excesivos. A veces no podían entender qué era lo que lo atemorizaba. Fue entonces cuando decidieron llevarlo a tratamiento.

Antes de iniciar el análisis del proceso terapéutico en el que participé ya directamente, me gustaría recalcar lo ya

evidente: esta atención no hubiera sido posible sin la labor previa realizada por Sergio y Johana. Ellos fueron los primeros terapeutas de su hijo y con gran sensibilidad e intuición, así como buscando asesoría en momentos difíciles, consiguieron sacar al pequeño de la retracción autista en la que se encontraba y propiciar el reestablecimiento de un vínculo humano, que constituyó su posibilidad de existencia .

El trabajo que realizaron Sergio y Johana a través de esta estimulación corporal consistió en la recatectización de la periferia corporal, lo que posibilitó a su vez que Fabián pudiera irse conectando progresivamente con el medio y aceptar un "principio maternal".

A partir de este primer paso, y a través del arrullo del pequeño junto a su alimentación, se fue permitiendo la instauración progresiva de la percepción a distancia (Spitz, 1965) y el paso a un estado de vigilia alerta que Fabián había abandonado defensivamente.

Johana permitió, a través de la comprensión de este delicado proceso, que Fabián fuera recreando el pecho satisfactor y cargándolo paulatinamente de libido. Lograron así romper el proceso de defensa autista y modificar la distribución económica.

De acuerdo con lo que señalan diversos autores (Levovici 1970, Recamier 1963, entre otros) la única posibilidad de mejoría en un niño que sufre depresión anaclítica grave la constituye la recuperación de la madre o de un sustituto adecuado de la misma.

La intervención terapéutica ,desde el especialista, puede darse, en este momento, solamente en relación a la contención de este proceso. Más adelante, en el trabajo con las secuelas de este síndrome, es que la atención inicial a la diada y al grupo familiar y posteriormenmete el trabajo directo con el niño puedentener lugar.

B)EVALUACION DIAGNOSTICA.

Después de la entrevista inicial con Sergio y Johana trabajé durante varias sesiones con Fabián. Johana lo trae a consulta y me parece interesante observar que aunque Fabián sabe caminar perfectamente le tiende a la mamá los brazos para que lo cargue. Johana entra con él en brazos, Fabián quiere permanecer sentado en sus piernas, como con mucha angustia ante mi presencia, la de una extraña. Me hace pensar en lo que Spitz (1965) describe como la angustia del octavo mes. Saco algunos juguetes y los pongo en el suelo, a los pies de mamá y me siento al lado. Fabián se desliza tímidamente pero sin despegar su vista de Johana. Requiere que alguna parte de su cuerpo esté en estrecho contacto con el de mamá. Se recarga en sus piernas y toma los juguetes más cercanos. Cada caja se la da a mamá, mamá la medio abre y deja que Fabián termine de hacerlo. Fabián regresa a sentarse en las piernas de mamá, la abraza y se voltea para otro lado.

En la siguiente entrevista sucede algo similar. A mamá se dirige mas bien con gestos, no habla mas que algunos vocablos: "mamá", "papá", "teté" (leche). Johana parece adivinar lo que el quiere; parecían todavía instaurados en una comunicación preverbal, a pesar de que Fabián ya contaba con dos años ocho meses en ese momento.

Su carita era poco expresiva, aunque de pronto dejaba asomarse una clara expresión de miedo, que precedía al regreso a los brazos de mamá. Toma los juguetes sin mucho interés. Invito a la madre a que se siente en el suelo. Fabián parece interesarse entonces por un carrito. Lo toma y lo desliza imitando el movimiento de un carro, pero sin hacer ruido. Después de un rato lo tapo con un trapo para ver si lo busca. Pareciera como si el objeto hubiera desaparecido, no hace lo posible por recuperarlo, ni siquiera llora o se enoja.

Tomo un gis y pinto sobre un pequeño pizarrón. Fabián me imita pero empieza a "probar" sobre distintas superficies : el pizarrón, el avioncito de madera, el cochecito de plástico. Escoge aquéllos materiales sobre los cuales puede pintar y sigue haciéndolo. Este hecho llama favorablemente mi atención, parece una conducta muy inteligente que contrasta con el demás rendimiento.

En un primer momento me aparece como claro un retraso cognitivo evidente. Algún especialista le había diagnosticado ya como un deficiente mental. Me pregunto si no ha construido aún la categoría de objeto permanente, pues no busca el juguete, mucho menos sigue los desplazamientos del mismo tras una pantalla. Sin embargo me imita, hay esquemas de acción, la inteligencia representativa parece encontrarse en proceso de construcción, entonces el retraso en el rendimiento en cuanto al objeto permanente parecía estar más en relación con

una dificultad emocional, con la falta de tolerancia a tal frustración más que con una verdadera incapacidad cognitiva.

Sin embargo y a pesar de que no pueda hablarse de una deficiencia mental, sí se observaba un franco retraso en el desarrollo cognitivo, relacionado no solo con la falta de experiencia, sino con una especie de inhibición de todo interés hacia el aprendizaje y con la dificultad que le representa aventurarse a la manipulación de los objetos. La investidura libidinal de la madre utilizaba toda su atención y energía. Pareciera no querer siquiera diferenciarse de ella, como defendiendo la ilusión de ser una prolongación de la misma al no tolerar despegarse físicamente de ella.

Fabián se encontraba en una situación simbiótica. Había conseguido la salida de la retracción autista, pero en ese momento, el crecimiento progresivo le representaba una seria amenaza de ruptura de la unidad dual, la que intentaba mantener a toda costa, (Malher, 1977).

Por otro lado Fabián no presentaba las manifestaciones agresivas propias de esta edad, si acaso la de aferrarse a la madre, pero no había pataletas, ni berrinches. No arrojaba objetos, parecía tomarlos tímidamente como si pudiera romperlos. Ni siquiera podía aplicar su fuerza para abrir una caja. Más que un problema de coordinación parecía deberse a esto el fracaso cuando intentaba tomar algún juguete.

El retraso cognitivo constituía así un síntoma más, y a pesar de su seriedad, no constituía el principal problema.

El aprendizaje se posibilitaría si la angustia bajaba.

También era manifiesto un importante retraso en el lenguaje. Incluso que podía ser apreciado a nivel fonológico y no sólo sintáctico y pragmático. La madre, por ser norteamericana, se encontraba seriamente preocupada por el hecho de si podría o no hablar a su hijo en su lengua materna. Considerando que lo más importante era el vínculo, y que el poder hablar en su propio idioma tenía un significado especial para la madre, pensé que era más significativo este factor aunque también no dejé de plantearles que se alargaría el proceso de adquisición del lenguaje, al tener Fabián que integrar paralelamente las reglas pertenecientes a dos idiomas. Sin embargo, si mi hipótesis diagnóstica era acertada, el retraso cognitivo disminuiría en la medida en que el pequeño pudiera ir haciendo uso de sus funciones autónomas. Seguramente, al igual que sucede con otros niños bilingües, mezclaría los dos idiomas, utilizando reglas de uno y otro, pero finalmente llegaría a diferenciarlos y a utilizarlos correctamente.

Mi diagnóstico fue así el de una simbiosis sostenida defensivamente, ante el amenazante proceso de separación-individuación, como secuela de un cuadro de depresión anaclítica grave.

Este diagnóstico implicaba una importante distorsión del desarrollo en una etapa previa: la oral. La frustración sufrida impedía un avance libre del desarrollo libidinal.

Los aparentemente irracionales temores que presentaba continuamente y que los padres ubicaban con mayor frecuencia en la noche o cuando podía anticipar alguna separación, por breve que ésta fuera, parecían estar relacionados con una cantidad de temores paranoides, asociados con la experiencia de haber sido muy dañado previamente. La propia mordida podría haber sido vivida, desde la fantasía, como la retaliación del objeto en razón de la propia voracidad, inhibida posteriormente al grado de llevarlo a la desnutrición y casi a la muerte.

Todas estas eran hipótesis a ser confirmadas a través del tratamiento.

Lo que sí constituía una evidencia clara era la simbiosis forzada en la que el niño trataba de ubicarse. La madre aparecía como un objeto parcial aún, como una extensión del propio cuerpo, de la cual intentaba ansiosamente no diferenciarse.

Desde los padres había también que hacer una evaluación y con esto no me refiero a una evaluación psicodiagnóstica de su personalidad o de su patología, sino más bien al hecho concreto de qué tanto estaban en búsqueda de una atención, qué tanto estaban preparados para "tolerar" la salud de su hijo, qué tanto le iban a permitir seguir un proceso de recuperación.

En la devolución de resultados se trabajó profundamente sobre este aspecto. Parecía ser que la atención de Fabián constituía un nuevo momento en la familia en que todos estaban trabajando por la propia salud.

Los padres manifestaron sentirse contenidos y con la decisión de reiniciar el proceso terapéutico de su hijo. Parecían muy comprometidos. Les hablé con franqueza de lo grave de las secuelas que se encontraban en tal momento, y no solo del retraso cognitivo, que fue la preocupación inicial de los padres, sino también de los serios problemas existentes a nivel de estructuración de la personalidad. Parecieron tolerar todos estos señalamientos así como la incertidumbre ante el alcance y las posibilidades reales de curación.

El trabajo se iniciaría primero una vez por semana con Johana y Fabián en el consultorio para subir a dos sesiones cuando Fabián empezara a manifestar una conducta menos angustiada en el consultorio. Habría también la apertura para que Sergio asistiera cuando él lo deseara, así como una reunión periódica con ambos para intercambiar puntos de vista, hablar sobre sus apreciaciones, plantear dudas etc.

A nivel transferencial Johana depositaba en mí la expectativa de recibir apoyo para a su vez poder apoyar a su hijo. Apoyo que parecía faltar en las figuras masculinas de su historia. Hubo que trabajar sobre este aspecto y revalorar la participación de Sergio.

Por su parte Sergio parecía tener la expectativa de que

yo lo descargara de la demanda que sentía tan abrumante de parte de Johana, que lo enfrentaba una y otra vez con su "impotencia". En algunas ocasiones también para ambos yo personalizaba la parte negativa: "no curaba al hijo", "ni les brindaba un apoyo incondicional". Estos aspectos, sin embargo, pudieron trabajarse en las sesiones que teníamos periódicamente.

A nivel contratransferencial sentía un verdadero deseo de realizar este trabajo. Me parecía que en medio de toda esta enfermedad había la búsqueda sincera y honesta de la curación. Los padres estaban de hecho comprometidos en su atención individual y la búsqueda de atención para el pequeño parecía concretar el deseo, ahora más como reparación que como formación reactiva, de tener una familia más sana.

X-ALREDEDOR DE LA SIMBIOSIS.

1.- Manifestación del problema:

Como se ha señalado en repetidas ocasiones, se hacía particularmente evidente un desfase entre la capacidad motora de Fabián y su capacidad para tolerar la separación. Se encontraban, madre e hijo, aún dentro de esa órbita simbiótica en donde la madre, identificada con su bebé, sabe cuáles son sus necesidades, solo que Johana se encontraba muy agobiada por que no parecía que esta situación pudiera cambiar, provocando una actitud muy ambivalente en ella: se sentía cansada de las demandas continuas de Fabián, pero también muy culpable cuando lo dejaba para ir a trabajar, no pudiendo permitirse un momento de descanso, lo que la hacía sentir aún más abrumada.

Todos estos hechos comenzaron a convertirse en una situación más difícil de manejar conforme se fueron estableciendo además comparaciones entre el desarrollo de Fabián y el de los primitos y vecinos.

Johana manifestaba que esto le provocaba una gran confusión pues no sabía si cumplir las demandas que Fabián le hacía y si esto lo haría más dependiente, o si negarse a tal satisfacción. Sin embargo cuando hacía esto último observaba que el niño se retraía o se ponía aún más demandante.

Johana cargaba a Fabián al entrar al consultorio con cara de cansancio, el mismo peso del niño daba la impresión de ser mucho para ella que es sumamente delgada. Parecía querer empujarlo a jugar conmigo, verlo más activo. "Deshacerse de su paquetito". Pero en cuanto lo veía lejos era como si algo le faltara y ella misma buscaba también el contacto. Su actitud ante el crecimiento del niño era muy ambigua.

La inhibición del pequeño era evidente, así como su preocupación continua acerca del estado de la madre, como no pudiendo entender lo que la alteraba, pero sí percibiéndolo. Cuando Johana se desesperaba Fabián empezaba a llorar y se aferraba a ella con mayor insistencia. Esto provocaba nuevamente angustia en la madre que terminaba por decir sentirse incapaz de ayudarlo.

2.- Interpretación de los datos.

Pareciera ser que Johana se sentía desbordada y que era ella quien acudía a pedir ayuda. Después de la importante

labor terapéutica que había realizado no podía tolerar la actitud tan regresiva del pequeño, y al no tolerarla le confirmaba a éste la omnipotencia de sus impulsos y su destructividad. Por otro lado, no sabía como favorecer la separación ya que ella misma tenía sentimientos ambivalentes ante el crecimiento de su hijo.

A pesar de la simbiosis forzada que Fabián trataba de mantener a toda costa pareciera no poder negar, paralelamente, la clara conciencia de estar separado de la madre. Su capacidad perceptiva y motora, aunque no al nivel esperado en un proceso normal, habían evolucionado, enfrentándolo a tal suceso, mismo que intentaba negar a través de ese contacto corporal, como para seguir "conectado" con la madre.

El haber renunciado al libre ejercicio de sus funciones autónomas constituía el precio que estaba "dispuesto" a pagar con tal de mantener la ilusión de esa unidad con la madre, que al sentirse tan abrumada favorecía aún más la inseguridad y la reacción de aferrarse más a ella de Fabián.

3.-Intervenciones terapéuticas. Manejo de la transferencia y contratransferencia.

Durante este período la única intervención terapéutica fue la de proporcionar a la madre y a Fabián un ambiente sin exigencias en el que pudieran empezar a disfrutar del estar juntos. No había demandas sobre lo que se esperaba que hiciera el niño, aunque Johana ponía en mi frecuentemente a la figura de la madre que la criticaba sobre el cuidado que tenía de su hijo. Esta fantasía se interpretaba cuando se consideraba pertinente. Por el otro lado se le ayudaba a Johana a "jugar" con su hijo; se le alentaba a arrullarlo, a sentarse en el suelo con él.

Esto pareció tranquilizar mucho a la madre y la situación se fue haciendo menos tensa para ambos miembros de la diada.

Mi participación directa con Fabián era muy reducida. A veces me utilizaba como un apoyo físico, otras como una extensión de él mismo para que le alcanzara algún juguete, aunque paulatinamente sentí que iba convirtiéndome en alguien o algo familiar para él. Parecía empezar a disfrutar las sesiones.

En realidad el título de este capítulo expresa con bastante exactitud la intervención que tuve durante este período de tratamiento: una participación orbital alrededor del vínculo entre la madre y el pequeño, en donde se permitía que la madre sintiera cómo estaba su hijo y no partiera de la angustiante exigencia superyoica, del cómo debería de estar, misma que conseguía tan solo paralizarla.

4.-Evolución del cuadro.

A través de esta fase de tratamiento lo que pudo conseguirse finalmente fue que Johana pudiera devolverle al pequeño, en espejo, una imagen menos abrumada, sin tantas exigencias. En Fabián se fué dando un proceso paulatino en el que podía disfrutar cada vez más de los intercambios con mamá.

Al poco tiempo empezó a atreverse a gatear alrededor de la madre y a alcanzar algún juguete que le gustaba, el cual ya buscaba detrás de una pantalla.

Esto marcaba el comienzo de otra fase y la baja de angustia, tanto en Fabián como en Johana, al cabo de dos meses de trabajo, permitió pensar en la conveniencia de dos sesiones por semana.

XI-EL PROCESO DE SEPARACION-INDIVIDUACION.

Resulta muy difícil hacer una presentación del material sin tener que recurrir a cierta organización, algo artificial del mismo, dada la cantidad de datos que se fueron recabando durante el tratamiento.

Esta situación se hizo más compleja en la redacción del presente capítulo, dada la cantidad y riqueza de la información obtenida.

He intentado respetar el proceso histórico del caso, y al mismo tiempo, hacer cierta clasificación de los datos, que le den a la exposición cierta estructura, presentando así un relato progresivo, pero dividido en grandes apartados, según el problema principal, que considero estaba implicado en tal momento en el proceso terapéutico. Quisiera aclarar que en determinado momento dos aspectos de la exposición se enciman en el tiempo, solo que por cuestiones de orden he tenido que exponerlos en secuencia. Cuando esto suceda se hará la aclaración pertinente en el espacio donde se trabaje el tema.

Se cuenta, al lado de esto, con un registro escrito de cada una de las sesiones que no se incluyen en el presente trabajo por cuestiones de espacio.

A) MAMA Y FABIAN EN EL CONSULTORIO.

-Inicio de la ejercitación-

1.- Manifestación del problema.

Fabián empieza a gatear cerca de mamá. A pesar de que sabe caminar perfectamente bien, sólo se aventura a gatear alrededor de ella. Cada vez más regularmente toma un carrito y da vueltas alrededor de donde está sentada mamá. Han pasado casi cuatro meses de tratamiento.

Empieza a hacer ruido imitando a los coches y los va colocando uno tras otro en hilera, como formando un tren. Esto se repite durante varias sesiones. Me permite que yo lo siga gateando alrededor de mamá y después de varias sesiones, cuando él inicia su gateo, me dice "Tita" como invitándome a participar con él.

Poco a poco empieza a atreverse a ir un poco más lejos. En ocasiones llega ya hasta donde está el juguetero y regresa con mamá. A veces vuelve a sentarse en sus piernas pero cada vez lo va haciendo con menos frecuencia y tomando menor tiempo de la sesión.

Al llegar busca los coches, aunque casi no habla y no los solicita.

El juego, durante todo este período, es casi siempre el mismo, pero progresivamente su gateo es menos tímido: es más rápido y se aventura a lugares más alejados, aunque sin perder de vista a mamá. Pareciera estar haciendo un circuito que envuelve a mamá dentro del mismo. Logra ir un poco más lejos cuando yo lo acompaño en su gateo.

Conforme va llegando hasta el juguetero comienza a utilizar más juguetes. Se empieza a interesar por las cajas de plástico donde se guardan usualmente los juguetes, las llena de canicas y las lleva por todo el consultorio, como si fueran carritos, pero ahora llenos. Se acerca hasta donde está mamá y le da una parte de las canicas que lleva en la caja. Da otra vuelta y le da nuevamente más canicas, hasta que mamá tiene casi todas las canicas en las manos y la caja de Fabián está casi vacía. Algunas veces también me da canicas a mí, pero siempre le da más a mamá. No se contenta sino hasta ver que las canicas ya no le caben en las manos.

Para este momento yo permanezco en el área destinada a juego, en el fondo del consultorio, mientras que mamá está sentada en la parte de enfrente, cerca del escritorio. Fabián tiene que recorrer una distancia más larga para hacer su circuito en el que mamá y yo somos ahora dos extremos del perímetro que recorre. Parece disfrutar el juego, hace ruido

con las canicas. Vuelve a llenar su caja y le lleva más canicas a mamá. Repite este juego incansablemente durante varias semanas.

Johana recibe las canicas y le da las gracias, haciendo expresión de satisfacción. Parece que ella también disfruta el juego. Está muy pendiente de todo lo que hace Fabián. Aunque entra con una revista para leer, casi siempre la deja para ver lo que hace su hijo.

Progresivamente Fabián empieza a hacer algunos tramos en locomoción vertical.

Al poco tiempo de esto quiere que empecemos a jugar con unos cojines que están en el área de juego para sentarnos en el suelo. Con gestos y diciéndome "cad" (car) me pide que los pongamos en hilera, nos subimos y hace ruido de coche; en otra ocasión me dice "illa" yo no comprendo pero Johana me traduce: "es resbaladilla". Acomodo los cojines de tal manera que pudiéramos "deslizarnos" por ellos. Me dice "tú", luego él se "tira". Los juegos de la resbaladilla y del coche se convierten en sus predilectos. Ha empezado a correr por todo el consultorio, nuevamente recorriendo un circuito entre mamá y yo. Llega hasta donde mamá está y le da un abrazo, vuelve a correr.

Un día se aventura arriba del juguetero. Me pide con los brazos que lo suba. Desde ahí empieza a arrojar todas las cajas, las que hacen un fuerte ruido al caer. Al principio lo hace muy tímidamente, volteando a ver a mamá, después a mi, parece entonces que cuando ve que no sucede nada lo hace entonces con más fuerza. El material es irrompible, pero Johana parece de pronto muy desconcertada y como teniendo el impulso de ir hacia Fabián; le pido que lo deje.

Este juego se repite esporádicamente. Solo ponemos una regla, si quiere que subamos al juguetero o a los cojines tenemos que quitarnos los zapatos para no estropearlos. Esto parece gustarle a Fabián y se convierte en una especie de rito: el consultorio es el lugar donde uno se puede quitar los zapatos, donde se permite aventar cajas, donde se pueden hacer otras cosas distintas a las de la escuela o la casa.

Cada niño tiene un cajón en el juguetero. Fabián quiere guardar muchas cosas dentro del suyo. Saca un avión de madera que se ha convertido en su preferido y "vuela" por el consultorio recorriendo el mismo circuito, que parece que ahora ya le queda chico.

2.-Interpretación de los datos.

El proceso de ejercitación que en el desarrollo normal parece situar al niño en una actitud despreocupada hacia la madre, no se dió de igual manera en Fabián. La preocupación por la presencia y estado de la madre era un hecho constante.

Anteriormente señalé que todas las subfases parecían tener un tinte de la subfase de acercamiento; me refería específicamente a esta necesidad y constante preocupación por

la presencia de la madre.

Lo que hace Fabián es recorrer inicialmente un círculo alrededor de la madre, como envolviéndola, como no dejándola fuera de su ejercicio, como teniéndola en medio de todo este proceso. Después, cuando llena las cajas con canicas y las hace deslizarse formando un circuito que nos une a mamá y a mí, parece estar simbolizando que si está lleno puede moverse, la mamá ahora está dentro, por eso el círculo ya no necesita envolverla, aunque sí tocarla. El también deposita en mamá sus partes buenas, y la llena de canicas para que mientras él se aleja no se pierda la madre buena, a la que regresa continuamente. A veces le pide las canicas y vuelve a llenar su caja, como en un intercambio de proyección, introyección del objeto bueno.

Esto también parecía tener que ver con el hecho de no dejarle a mamá los brazos vacíos ahora que su "bebé empezaba a caminar". Garantizar así que ella, mientras él se alejaba, no iba a desarrollar impulsos hostiles o abandonarlo por dejarla sola. Ciertamente que esto tenía que ver con la proyección de lo que Fabián sentía, pero también estaba relacionado con la percepción de la dificultad, también existente en Johana, de separarse de su hijo.

Conforme Fabián se va sintiendo "lleno" puede aventurarse cada vez más lejos y empezar a desinhibir su agresión. Al darse cuenta de que ésta no es omnipotentemente destructiva es que puede hacerla más manifiesta, y conforme ésta pierde su peligrosidad puede utilizarla progresivamente en el desarrollo de sus funciones autónomas. Es entonces cuando aparece un franco episodio de ejercitación, incluso muy agitada, como si estuviera destapándose un "volcancito". El contacto visual de la madre así como la aceptación de este estado de impulsividad resultaron muy benéficos en esta fase del tratamiento.

3.-Intervenciones terapéuticas. Manejo de la transferencia y contranferencia.

Al inicio de este período la intervención central fue la del acompañamiento de Fabián en su intento de alejarse de la madre, brindándole un apoyo cuando la madre estaba un poco más lejos de lo que él acostumbraba.

El trabajo con Johana consistió, más que nada, en la contención de su angustia, sobre todo en la fase siguiente en donde la ejercitación de Fabián empezó a ser más abierta y se hizo manifiesto el impulso agresivo. Para favorecer el proceso se le explicó a Johana lo que estaba pasando. No se dejó de considerar el riesgo de una intelectualización, dadas además las características de personalidad de Johana, sin embargo, el poder poner bajo control lo que sucedía disminuyó significativamente la angustia y le permitió tolerar lo que pasaba con su hijo. Era una alianza inicial con su defensa en beneficio del proceso terapéutico de Fabián. Sin embargo, también se consideró la necesidad de retomar la fantasía inconciente de Johana relacionada con esta angustia.

Ocasionalmente se le hacían preguntas tales como : "¿Qué puede pasar con que Fabián aviente las cosas?; no se rompen" o, "¿Por qué me cuidas tanto de lo que Fabián hace?. Buscando enfrentarla a la omnipotencia que ella proyectaba en los actos agresivos de Fabián.

En este proceso la pareja parecía estar jugando conmigo en la transferencia el deseo ambivalente de separarse y de refusionarse. De pronto para Fabián el estar jugando conmigo le significaba separarse de mamá, entonces yo me convertía en un objeto temido y tenía que regresar con ella. Cuando por ejemplo se había dormido en el coche antes de llegar a la sesión esto era muy notorio. Incluso había sesiones que volvía a pasar sentado en las piernas de mamá mientras yo lo esperaba del otro lado del consultorio. Mamá a veces me preguntaba abiertamente qué tanto estaba yo segura de que dejar a Fabián hacer todo "ese desastre" le serviría. La demanda de Johana, parecida a la demanda materna que a su vez le hicieron a ella de pequeña, se dirigía ahora a mí, permitiendo a Fabián un espacio más libre.

En una ocasión al llegar el final de la sesión, Fabián no quería irse, y entonces mamá le dijo : "¡Ah!, entonces te quedas a dormir aquí?" Esto me permitía ver lo difícil que le estaba resultando también a ella el proceso de separación y cómo en ocasiones me veía como aquella que le quitaba a su hijo, quizás relacionado también con las fantasías en torno a su problema de "esterilidad".

La manera en que se manejó esta situación fue a través de la interpretación y verbalización de tales fantasías. Aunque estas intervenciones eran dirigidas principalmente a Fabián, tenían también la intención de que fuesen escuchadas por Johana. Le decía por ejemplo: "Que miedo da irse de mamá, como si no pudieras regresar y encontrarla"; o "Fabián quiere que mamá le explique que no pasa nada grave si uno se enoja", o "Fabián abraza a mamá para decirle que está contento por todo lo que ha crecido", etc.

Contratransferencialmente me sentía funcionando como un puente en donde los dos me pedían que les garantizara que a pesar de la progresiva separación no iba a darse una ruptura.

4.-Evolución del cuadro:

A través de este proceso se permitió una gradual recuperación de la función motora y del gusto por la misma. Sin embargo no debían de ser evidentes importantes retrasos en relación a la coordinación fina y gruesa que se explicaban a partir de la falta de experiencia previa. Considero que la evolución fué muy favorable, y conforme ambos miembros de la diada pudieron ir experimentando un nivel más evolucionado de relación, bajó considerablemente la angustia y se posibilitó una retroalimentación favorable entre ambos.

-Dificultades en el lenguaje-

1.-Manifestación del problema.

A pesar de que Fabián estaba cercano a cumplir los tres años de edad, su lenguaje no iba más allá de un conjunto de vocablos que utilizaba a manera de palabras-oración.

Durante el período descrito (inicio de la ejercitación) su expresión verbal fue en aumento.

Inicialmente y mientras gateaba alrededor de mamá, sus vocablos iban dirigidos casi exclusivamente a ella. Esporádicamente se dirigía a mí con alguna expresión que la mayoría de las veces Johana tenía que "traducirme". Empezó a emitir cada vez más frecuentemente sonidos mientras jugaba. Su fonología no era clara, independientemente del retraso en el vocabulario y estructuración del lenguaje y de la diferente dicción en inglés y español.

Cuando se aventuró a ir hacia el juguetero ocasionalmente tomaba una caja que estaba llena de objetos y muñecos. Los iba sacando uno por uno y decía su "nombre". En ocasiones volteaba a verme, supongo que cuando no sabía el nombre del objeto. Algunos los nombraba en "inglés" otros en "español" yo me adecuaba a esto. Al poco tiempo repetía el nombre de todos los objetos y abandonó esta actividad.

Johana habla a Fabián preferentemente en inglés y su papá en español.

Un día Johana llegó muy contenta a sesión a contarme que Fabián ya se sabía los colores. Fabián decía los colores de los objetos que mamá le mostraba: "lelow"(yellow), "reen" (green), "tet" (red), "lu" (blue) etc.

Una de las sesiones siguientes Fabián venía adormilado, y no quería ponerse a jugar. Johana va con él hacia el fondo del consultorio donde hay un ventanal y desde ahí ven pasar los coches e inician un juego en donde cada uno dice el color del coche que se ve venir. Después de esto Fabián quizo finalmente bajarse de los brazos de mamá y ponerse a jugar mientras mamá se fué a su silla.

En las sesiones siguientes Fabián empezó a trabajar con papel. Tomaba los plumones y decía el color mientras ponía una raya sobre el papel. Más tarde pegaba canicas, con resistol, sobre su trabajo, diciendo también el color pero no buscaba una correspondencia entre el color de la raya y de la canica. Más tarde iba hacia mamá a enseñarle su trabajo. La participación que solicitaba de mí era únicamente la facilitación del material.

En una ocasión mamá tuvo que salir a estacionar el coche. Desde la ventana la vimos salir del edificio. Fabián regresó a su cuaderno y pegaba con diurex los plumones al papel. Estaba entretenido en esto cuando tocaron a la puerta y Fabián dijo como habiendo hecho un descubrimiento "¡mamá!".

Paulatinamente pareció iniciarse una costumbre de hablar mientras hacía sus cosas, utilizaba sustantivos, como

relatándose lo que estaba haciendo. Más que una conversación era un soliloquio que acompañaba a cada uno de sus actos.

Empezó a utilizar algunos verbos, nuevamente combinando los dos idiomas y progresivamente sus frases eran cada vez más de dos palabras. Fue incluyendo algunos conectivos (y, o, de).

2.- Interpretación de los datos.

Malher (1977) considera que los dos parteros del nacimiento psicológico son:

- la locomoción vertical libre
- la inteligencia representacional

No siendo casual que estos dos procesos vayan de la mano, pues implican una creciente autonomía en el pequeño. Es la gradual desidentificación de la madre con su pequeño (Winnicott, 1962) y la frustración óptima lo que va permitiendo el gesto creador del niño.

En la medida en que Joaha va adivinando menos lo que dice Fabián el hace un intento por comunicarse y ser entendido.

Por otro lado el lenguaje va de la mano con el desarrollo de la inteligencia representacional (Piaget, 1959). Es una de las funciones de la misma. Cuando el niño ha construido un objeto permanente, puede conservar la imagen del mismo aunque éste haya desaparecido del campo perceptual y evocarlo, aún cuando no lo vea. Fabián ha construido tal capacidad, que además, en razón de su experiencia, constituía un logro muy complejo. En el momento que Fabián se siente menos inseguro de la presencia de mamá puede utilizar su creciente capacidad de simbolización. Cuando mamá se ausenta y Fabián trabaja con los plumones, es como si pudiera retomar la experiencia agradable con la madre en torno al aprendizaje de los colores y entonces entender que para eso sirven los símbolos, para guardar una imagen mental de quien no está presente. A partir de aquí se da un despliegue creciente de su capacidad de simbolización.

Esto también alude, por otro lado, a una mayor integración del objeto libidinal. La mamá que no está es la misma que estaba hace un momento, la que regresa, la que enseñó los colores. Puede retener una imagen preponderantemente buena de la misma mientras no está, aunque hace un verdadero trabajo para poder rescatarla en su ausencia. No se retrae, como antes lo hacía hacia el objeto interno totalmente bueno, sino que su concentración obedece a un proceso elaborativo. Busca en su conjunto de huellas mnémicas aquella que le permita retomar el recuerdo de la madre, y lo simboliza, utilizando un objeto físico en el exterior que le sirva para representarla, es un signo de la presencia de la madre en su mundo interno, que no niega la ausencia temporal externa ni trata de sustituirla omnipotentemente.

El progresivo desarrollo del lenguaje permite ver un proceso de individuación en donde la separación es tolerada un poco más.

Considero que las dificultades fonológicas tienen que ver no sólo, ni principalmente, con el carácter bilingüe de su aprendizaje, sino y principalmente con la ausencia que muy probablemente se dió, de vocalizaciones durante los primeros fases de desarrollo.

El proceso de adquisición del lenguaje, aunque retrasado, sigue el mismo camino que se observa en el proceso de desarrollo normal.

3.-Intervenciones terapéuticas:

El desarrollo del lenguaje pareció darse en forma paralela a la ejercitación sin que se haya hecho nada especial para favorecerlo excepto: estimularlo a expresarse verbalmente y solicitar a Johana que "no adivinara" todo lo que Fabián quería decirle y le preguntara, antes de responderle, cuando su expresión fuera poco comprensible.

4.-Evolución del cuadro

Aunque el retraso en el lenguaje sigue siendo evidente aún ahora (a los 5 años 3 meses de edad), las dificultades que se manifiestan son en torno a la utilización de conectivos (conjunciones y artículos), errores de género y número y falta de una buena dicción. Sin embargo su expresión verbal es comprensible en términos generales para cualquier gente. El inglés lo comprende muy bien pero habla preferentemente en español, aunque hay algunos vocablos que utiliza siempre en inglés, sobre todo nombres de los juegos preferidos y de la relación de parentesco con la familia de Johana ('grandpa', 'aunt').

-La analidad vivida desde lo oral-

1.-Manifestación del problema.

Fabián no consigue ir al excusado cuando desea evacuar. Johana me dice que está muy preocupada pues Fabián tiene más de 3 años y tiene que usar pañal aún durante el día. En la guardería le han dicho que ya no van aceptarlo, pues ya está en edad de "avisar". Por la manera en que me lo plantea la siento excesivamente angustiada. Ha ido a hablar con el personal para "explicarles el problema de Fabián".

Fabián está escuchando todo esto mientras juega con los cojines. Johana sigue hablando sobre el tema. Me dice que Fabián se asusta mucho cuando va a hacer "popo": No sabe si se lastima. No quiere sentarse en el excusado pues le da miedo. "Parece como si siempre quisiera esperarse mucho y cuando finalmente hace popo llora fuertemente, no se si tenga

problemas de estreñimiento como yo, parece que nada lo calma en esos momentos".

Johana sigue hablando, parece querer descargarse. Acaba de regresar de un viaje de visita a su familia en Norteamérica. Continúa hablando. "A veces tengo ganas de adoptar otro bebé, pero con todo esto, no se". En ese momento Fabián parece estar pujando y rompe a llorar desesperado. Johana me dice en tono angustiado "mira, no se que le pasa!".

Me acerco a Fabián, le pregunto que pasa y sigue llorando. Le pregunto si hizo "popo" y responde negativamente con la cabeza. Lloro desesperadamente, parece no poder calmarse. Se abraza de mamá. Johana me dice "se hizo". Le propongo que vayamos al baño. Johana le quita el pañal. Tomo el pañal y le digo a Fabián, "mira es tu popo, no hace nada, tu la hiciste, que bonita popo!". Fabián se aleja volteándose hacia el otro lado, tiene expresión de mucho miedo. Entonces digo dirigiéndome a Johana "¿Verdad mamá que la popo de Fabián no hace nada?". Johana responde "no". Fabián empieza a calmarse. "¿Qué te parece Fabián si tiramos la popo al excusado y le decimos bye bye?" Asiente con la cabeza, ya ha dejado de llorar. Le decimos "bye,bye" pero en el momento que tiro de la cadena rompe a llorar otra vez. Se tranquiliza y se asoma al excusado, me pregunta "bye,bye,popo, ¿se la comio?" como si el excusado se la hubiera tragado. Le digo que no se la comió, sino que el agua la arrastró hasta un río donde van las "popos". Está más tranquilo, llegamos al consultorio, toma unas galletas que están sobre mi escritorio y se las come una tras otra, desesperadamente. Mamá le dice que no coma tanto. Entonces le digo "Fabián siente que perdió algo suyo cuando se fue la popo y quiere volver a llenarse comiendo" Johana entonces le permite que siga comiendo. Quiere llevarse más galletas, apenas y puede cerrar sus manitas por la cantidad.

La siguiente sesión Johana habla sobre su familia aportando datos muy importantes que se retomarán en el siguiente apartado. Fabián se dirige a jugar con las cajas donde hay objetos, los empieza a clasificar y a guardar. De pronto me parece que nuevamente ha evacuado. Seguimos jugando, parece incómodo y se concentra cada vez menos en su juego. Le pregunto si ha hecho "popo" y nuevamente rompe a llorar desesperado. Esta vez no se abraza de mamá aunque me mira con una expresión de desconsuelo. Le pregunto si quiere ir a decir "bye,bye" a la "popo". Me responde inicialmente que no pero despues acepta. Está asustado aunque ya no llora, hago lo mismo que la vez anterior solo que ahora espero para tirar de la cadena hasta que Fabián me dice "bye,bye". Se asoma y se hace hacia atrás asustado, el ruido del excusado lo asusta nuevamente, pero no llora.

Esto se presenta en varias sesiones. Johana refiere que en la casa no quiere usar el excusado. Le sugiero una nica y trae una nica en forma de excusado también al consultorio.

Las veces en que se presentó esta crisis con mayor intensidad fué en momentos en que Johana estaba hablando

conmigo, ya sea quejándose de esta dificultad o de su familia, o cuando hacía alusión a querer adoptar a una niña.

Al cabo de dos meses en que frecuentemente se presenta la necesidad de ir al baño ,cada vez con menos angustia, Fabián empieza a dibujar víboras y rocas y a regalárnolas a mamá y a mí.

Aunque pasa todavía un largo período utilizando pañales, la angustia en relación al tema parece disminuir, tanto en Fabián como en Johana. Esta última pensó en dar una cuota extra a una de las niferas de la guardería para que cambie a Fabián cuando haga falta, de esta manera se facilitaba mucho el manejo de la situación.

Al final de una sesión Fabián avisa que se ha hecho "popo". Esto pone contenta a mamá. Le digo que yo no puedo acompañarlos pero que pueden ir solos. En una siguiente ocasión avisa antes de hacer "pipí" y utiliza la nica del consultorio.

Otra de las cosas que desconcierta a mamá en esta etapa , y que considero muy relacionada con estos sucesos, es la negativa de Fabián para obedecerla. En una ocasión se le soltó de la mano en la calle y casi lo atropellan. Johana parece no tener muy claro cuando tolerar los impulsos de Fabián y cuando protegerlo de los mismos.

En una de las sesiones Fabián empieza a abrir mis cajones y sacar papeles. Le digo varias veces que ese no es su cajón. Sigue tomando los papeles y arrugándolos, los hace "bolita". Me acerco hasta donde está y, con mucho cuidado de no lastimarlo pero siendo firme, le quito los papeles y los guardo. Se enoja mucho y empieza a darme patadas y golpes. Lo abrazo de manera que no pueda golpearme ni golpearse, tratando de no ser brusca pero sí firme. Cuando se tranquiliza un poco lo suelto, sigue enojado .Johana comenta que este suceso le aclaró como poder hacer con Fabián cuando éste haga esos berrinches. Al terminar la sesión Fabián no quiere despedirse, pero al llegar a la puerta regresa hasta donde estoy y se para de puntitas para darme un beso de despedida.

2.- Interpretación de los datos.

Pareciera que Fabián tratara de retener sus excrementos, pues al ser expulsados se convierten en un objeto persecutorio que cuando tiene dentro puede controlar. La retención de sus excrementos puede estar relacionada con la fantasía de perder al objeto a través de la expulsión de las heces (Abraham 1924). Por eso intenta retenerlo a toda costa. Al salir el objeto, al abandonar su cuerpo, se convierte en perseguidor. Por otro lado la angustia de mamá ante estos sucesos le confirman la calidad omnipotentemente destructiva de los mismos . Johana no se siente con recursos para poder manejar la analidad de Fabián pues la enfrenta con conflictos no resueltos, con su dificultad para integrar su propia

agresividad, con sus mecanismos obsesivos, con su propia ambivalencia...

Fabián parece además poner en sus excrementos los impulsos hostiles dirigidos hacia mamá cuando ésta habla de la posibilidad de adoptar una niña, o cuando se queja de las dificultades de Fabián. Pareciera entonces que Fabián hace una expulsión como intentando llenar al pecho con las heces (Klein, 1945). Cuando Johana se enoja tanto al ver que Fabián "se ensucia" le confirma esta fantasía.

Paralelamente, y junto con esto, se da también la angustia a perder parte de su cuerpo, que es "tragado por el excusado", tiene que recuperarlo a través de la incorporación oral: comiendo galletas. Estos constituyen procesos muy primitivos que hablan de una importante fijación oral. La pérdida de las heces puede equipararse a la pérdida temprana, por eso se retienen. Al salir lastiman, convirtiéndose en malas.

En la medida en que pueden irse elaborando estas fantasías y angustias primitivas se va posibilitando la entrada a la siguiente fase. Las heces comienzan a verse como un regalo, del que hace objeto a mamá: le regala rocas y víboras en un papel. Asimismo empieza a hacerse más evidente el negativismo propio de la fase anal.

3.-Intervenciones terapéuticas. Manejo de la transferencia y contratransferencia.

De pronto Johana parecía demandarme, al igual que su madre había hecho con ella, la curación mágica de su hijo y reclamarme la incapacidad de Fabián para responder a sus expectativas. La pareja madre-hijo parecía confrontarme nuevamente con la enfermedad de la cual no podían escapar.

Contratransferencialmente llegué a sentir angustia y la responsabilidad de entrenar rápidamente a Fabián para tener a Johana contenta, entonces entendí que era lo que Johana había sentido frente a su madre. Después de interpretárselo esta demanda se hizo menos apremiante.

Fabián con su llanto, a veces tan desesperado, también me provocaba angustia, la angustia de no saber qué le pasaba, sobre todo las primeras veces. También pude entender que era la angustia de Fabián, por lo que sentí que, echar mano de la explicación en estos momentos, permitía poner nombre a la angustia en ese momento innombrable y en este sentido resultaba terapéutico, pues estaba en función de la necesidad de dar un continente a tal contenido (Bion, 1962) así como del manejo de la identificación proyectiva en el proceso terapéutico.

De esta manera, la intervención terapéutica principal consistió en brindar un continente a esta angustia, desbordante, aceptar la identificación proyectiva tanto de Fabián como de mamá y a través de la comprensión (Bion, 1957) devolverles este contenido en una forma en que fuera susceptible de elaboración.

El que Fabián hiciera berrinches también en sesión y el que Johana pudiera observarlos, bajó las exigencias superyoicas que Johana se imponía e imponía a su hijo, permitiéndole formarse un criterio en relación a la necesidad de intervención firme, la que lejos de constituir siempre una imposición contraproducente, respondía a la necesidad de proteger a Fabián de sus propios impulsos. Así mismo se lograron flexibilizar un poco algunas reglas de disciplina en las que sí era evidente un exagerado control y en donde no le era muy fácil poder detectar este problema.

4.-Evolución del cuadro.

Sin dejar de reconocer las importantes dificultades en el manejo de la angustia, señaladas anteriormente, se logró, de alguna manera, que Johana y Fabián enfrentaran este proceso con menos angustia y con menos exigencia. Johana pudo ir transmitiendo esta actitud a Sergio. Considero que esto fué un importante punto en el tratamiento de Fabián, pues de otra manera se hubiera entrado en un nudo en el que sería muy difícil desenmarañar la patología propia de la madre, del hijo y del padre, pues todas parecían hacer eco para resonar en una situación ante la cual contaban, en ese momento, con pocos recursos para afrontarla.

-Renuncia de la madre al bebé enfermo-

1.- Manifestación del problema.

Parecía curioso que Johana no hubiera hablado de los problemas psiquiátricos de su familia hasta este punto del tratamiento. Esto obedecía a razones inconscientes muy poderosas.

La dificultad en la educación esfinteriana pareció enfrentar a Johana con sus propios conflictos. En la sesión que siguió a su regreso del viaje de visita a su familia habló de que la situación se le había hecho más difícil a partir de que su madre le había señalado que Fabián no era normal. "Es que es muy nerviosa, ya sabes, por lo de mi hermano". Cuando le digo que no se a qué se refiere empieza a hablarme de la esquizofrenia de su hermano menor, de cómo, desde pequeños, su madre la hizo responsable de su cuidado, de cómo se sintió culpable cuando enfermó. De las dificultades que observó siempre en su desarrollo, por lo que ella tuvo que ver por él continuamente no solo en casa, sino que los colocaron en la misma escuela con el fin de que Johana pudiera encargarse. Cuando le pregunto si hubo problemas en relación con la educación higiénica me dice que sí, su madre se desesperaba: "Aunque siempre hubo problemas con él en todo, siempre fue muy atrasado".

Fabián empieza a hacer "popo". Se acerca a mamá, quien le

pregunta si se ha hecho. Fabián dice que no y viene un episodio de lágrimas. Johana empieza a quejarse abiertamente conmigo y a decirme que está muy preocupada pues la maestra ya no lo va a admitir así.

Le pregunto entonces si no está hablando más bien de su mamá y de lo mal que se sintió de que ella le señalara lo que pasaba con Fabián. Nuevamente empieza a hablar de su hermano y de sus problemas de desarrollo. Entonces yo agrego: "Y Fabian tiene también problemas en su desarrollo "; asiente; está muy triste. Yo continúo "Y tiene cosas mágicas, como el tenerle miedo a la popo cuando sale", me responde " Si como mi hermano, tenía tantos miedos", pero entonces vuelvo a intervenir diciéndole; "Solo que Fabián tiene 3 años y tu hermano 36" .Tratando ahora de señalar las diferencias. Johana se queda pensativa, está triste pero más tranquila. Le digo finalmente; "Podría ser Johana que la demanda tan importante de que Fabián haga popo en el escusado tenga que ver con el deseo de regresarle a tu mamá un hijo sano". Tiene los ojos llenos de lágrimas y me dice "Es que si yo hubiera podido ayudarlo, quizás por eso me siento tan poco valiosa, quizás por eso siento que mi mamá realmente nunca me quiso."

Le preguntamos a Fabián si quiere ir a dejar la "popo" al 'escusado'; él también está más tranquilo . Vamos juntos.

Regresa contento al consultorio, quiere una galleta y llevarse un coche a casa, se lo permito. Nos despedimos.

En una de las sesiones siguientes Fabián toma un avión y escoge entre los muñecos para que sean la mamá, el papá ("la papá") y el hijo. Como mamá ha escogido una muñeca muy bonita y joven, como papá ha escogido a un viejito y como hijo a un muñeco de German Mounster, a pesar de que hay entre los muñecos algunos niños . Los lleva a dar un paseo y del avión se cae una vez tras otra el papá. La mamá va hasta adelante manejando el avión. El hijo le pide continuamente a la mamá que lo ayude.

2.- Interpretación de los datos.

A pesar de que Fabián no había sido físicamente escogido por la madre, después de esta serie de datos puede entenderse por que se da esta liga y esta identificación tan importante con un niño tan enfermo. Me gustaría aquí retomar lo que Francoise Doltó (en Mannoni, 1985) señala en relación al apriori simbólico que el niño hereda de sus padres. Fabián parecía ser, en la fantasía de Johana, su propio hermano, al que debía curar, para obtener de nuevo la aprobación de mamá, quizás las fantasías en relación a la esterilidad tendrían que ver con todo esto. Para que no se le siga tachando de incapaz, de mala hija mayor, tiene que curarlos (al esposo y al hijo) pero paralelamente, si los cura, entonces quién va a cargar con su patología: necesitaba a un bebé enfermo, porque era el hijo que "podía tener", el que "se merecía", y también el que le permitía poner en algún lugar su parte dañada, de

la que no podía separarse .

Fabián parece haber captado el mensaje y elaborarlo además desde su propia experiencia: era una especie de "niño feo" , raro, parecido a ese muñeco que escoge para representarse. Sin embargo fué precisamente su condición de enfermedad la que le permitió la conexión con su madre. La situación es así bastante compleja. Intentando traducir el dilema que enfrentaba Fabián a un lenguaje verbal sería algo así como: "Mamá se encarga de cuidar a los enfermitos, y si me curo quién sabe si mamá seguirá haciéndome caso, pues a papá le hace caso también porque es débil".

3.-Intervenciones terapéuticas.

El permitir hablar a Johana de las semejanzas que encontraba entre Fabián y su propio hermano era la manera de acceder a que pudiera diferenciarlos. Mientras Fabián realizaba alguna actividad, Johana hacía comparaciones. Me parecía muy importante pues aclaraban la compleja situación que parecía presentarse en torno a estas crisis que presentaba Fabián.

De acuerdo con lo que señala Doltó:

"Las palabras adecuadas que explicitan una situación son las únicas que pueden proporcionar al niño un ambiente coherente a partir del cual desarrollarse, por muy dolorosas que estas sean" (1)

En un momento dado Johana señala que la diferencia entre su hermano y Fabián estaba en que, mientras el primero debía ser cuidado por sus padres, ella esperaba que Fabián cuidara de ellos. Puede apreciarse que asociados estaban en el inconsciente : ninguno e los dos se separa de los padres.

El retomar todos estos elementos e incluso hacer interpretaciones directas no descuidó, por otro lado, el hecho de que Johana tenía su propio proceso terapéutico a donde se le sugería que llevara todo este material.

4.-Evolución del cuadro.

En la medida en que Johana pudo diferenciar a Fabián de su propio hermano y pudo ir entendiendo su liga con la enfermedad pareciera como emancipar a Fabián de esta carga.

Esto se ha llevado mucho tiempo, incluso no creo que sea un aspecto que se ha ya elaborado lo suficientemente y continuamente requiere ser retomado, en relación a distintos contenidos, incluso actualmente. Durante este proceso de reconocimiento de Johana de su propia necesidad de contar con alguien enfermo en casa pasó por momentos muy

difíciles, que se manifestaron a nivel de la dinámica familiar. Se llegó incluso a presentar la posibilidad de una separación. Johana se cuestionaba a cerca de su estado de ánimo, de su incapacidad para ser feliz y para dar a las gentes que quería y a ella misma cosas buenas.

La evolución que ha seguido este aspecto, sin estar aún suficientemente elaborado, sin embargo, ha permitido una serie de cambios muy favorables para la familia. Johana ha dejado de "presentar" a Fabián en las escuelas disculpándose de antemano por los problemas que "seguramente" va a presentar. Las maestras del kinder al que ha entrado se han explicado su retraso en el lenguaje debido a su experiencia bilingüe y no han hecho observaciones adicionales. Ha permitido, asimismo una participación de Sergio mas activa y le pide cosas que se encuentran más a su alcance. Por su parte Sergio comparte más tiempo con Fabián. Aunque Johana todavía requiere mucho de controlar las situaciones, y ahora que permanece en la sala de espera cotidianamente baja el volumen del radio para poder escuchar lo que sucede dentro del consultorio. Cuando dejan a Fabián para venirlo a recoger más tarde trabaja más relajadamente, como percatándose claramente de esta situación.

Sin embargo, y a pesar de esto, no pueden dejar de apreciarse cambios muy significativos en la dinámica familiar. Un aspecto de particular importancia es que cuando se dió la posibilidad de una nueva adopción, después de haber pasado por un largo período de elaboración incluso de la posibilidad de continuar como pareja, pudieron escoger a una niña preciosa, sana, muy despierta y que contaba con apenas unos cuantos días de nacida. Esto imprimió una nueva dirección en la familia.

B) MAMA EN LA SALA DE ESPERA Y FABIAN EN EL CONSULTORIO.

Los progresos en el desarrollo de la inteligencia representacional de Fabián así como, y principalmente, su creciente capacidad emocional para tolerar la separación de la madre, posibilitaron implementar cambios en la estrategia terapéutica.

Por otro lado, Johana había empezado a tomar cada vez más tiempo de la sesión para hablar de sus dificultades. Estas estaban relacionadas con lo que su hijo le revivía, claro está, pero no constituía este el espacio adecuado para trabajarlas y parecía además serle molesto a Fabián que empezaba a golpear con un palo en el suelo cada vez que mamá tomaba parte de la sesión, como señalando su presencia y reclamando su tiempo. Era necesario que Johana pudiera hablar de todo esto, pero requería un espacio aparte.

Con el fin de que Johana no se sintiera de pronto excluida del proceso se le dio la opción de solicitar las sesiones que ella considerara necesarias, aunque también se le señaló, en relación a algunos aspectos que el lugar más conveniente para trabajarlos era en su propia terapia.

Estas reuniones constituyeron un elemento importante en el tratamiento. Se siguen haciendo hasta ahora con una frecuencia promedio de una al mes. Sergio también participa en las mismas.

Durante las primeras sesiones en que mamá pasó a la sala de espera, la puerta del consultorio permanecía abierta, hasta que Fabián quisiera cerrarla. Igualmente eran frecuentes las salidas de Fabián a la sala de espera; cuando ya se animó a cerrar la puerta, alrededor de la tercera sesión con esta nueva modalidad, pareció trabajar más libremente, aunque tenía que salir frecuentemente para checar si mamá seguía ahí.

-La agresión al servicio de la individuación-

1.-Conductas manifiestas.

En este período pareció darse un despliegue notorio de las capacidades de Fabián.

Empezó a querer jugar en el baño con agua. Lavábamos el piso, las paredes, los juguetes...Estando ahí y aparentemente, sin mayor problema, empezó a avisar cuando quería evacuar. Al poco tiempo ya no necesitaba usar pañal. Johana permitía, sin manifestar gran dificultad, que Fabián jugara con agua e incluso lo festejaba cuando llegaba mojado a la sala de espera; esto nos dio mucha libertad.

Debido a que Fabián contaba ya con casi cuatro años de edad se pensó en la posibilidad de que ingresara al kinder.

Su mamá propuso un kinder Montessori. A mi me parecía un buen sistema para favorecer el desarrollo psicomotriz de Fabián. Le hicieron las pruebas de ingreso. Johana estaba muy temerosa de los resultados pero no puso "sobre aviso" a las maestras. Ellas simplemente le hablaron de cierto retraso en el lenguaje y en la coordinación motora, pero que seguramente esto último se desarrollaría a partir del trabajo que realizaría en la escuela. Johana se sintió muy satisfecha y Fabián comenzó a asistir a la escuela sin presentar dificultades de adaptación, incluso parecía asistir con gusto.

A las sesiones traía en ocasiones actividades que desarrollaba en el kinder y que me enseñaba, entre éstas, canciones y vocabulario, me las mostraba como nuevos éxitos y siento que así fueron vividos tanto por los papas como por mi misma. Podía hacer dibujos, acomodar el material, juegos de construcción, etc.

Le gustaba también saltar desde arriba de los cojines. La costumbre de quitarnos los zapatos era ya un rito que incluso hasta la fecha marca el comienzo de la sesión, así como ponérselos el fin.

El lenguaje se desarrolló de una manera asombrosa. Podía darse a entender. Esto me parece que fué muy favorecido por la escuela, en donde tenía que arreglárselas solo. El poder enfrentar estos retos con éxito le devolvía una imagen más fuerte de él mismo. Repetía continuamente. "Yo niño eh, no bebé".

Diría yo que hubo un proceso de individuación, caracterizado por el desarrollo de sus capacidades, mismas que le devolvían una imagen más valiosa de él mismo a través del medio ambiente que podía reconocer todos estos avances.

Los logros principales de esta etapa fueron:

- a) El control de esfínteres.
- b) La integración escolar.
- c) El desarrollo del lenguaje.

2.- Interpretación de los datos.

Al poner a la agresión al servicio de la individuación, esta perdía su peligrosidad, a pesar de Fabián temía ser abandonado ante su actitud "abandonadora" por lo que necesitaba salir a ver si mamá no se había ido. Poco a poco sin embargo se hizo evidente para Fabián que esta separación tenía una función: favorecer el desarrollo de las propias capacidades, obtener mayor autonomía. Al percatarse de estos logros disminuyó notablemente la angustia y paralelamente se permitió una mayor neutralización al servicio de un creciente desarrollo de las funciones autónomas, desarrollo que nuevamente disminuía la sensación de desvalimiento, y en consecuencia la angustia, creándose un sistema que se retroalimentaba positivamente.

3.-Intervenciones terapéuticas.

Considero que la principal intervención terapéutica en este período fue la separación física de mamá durante las sesiones. Esto amplió enormemente el espacio vital de Fabián, sobre todo porque sabía que mamá se encontraba al alcance si llegara a necesitarla, además de que ya existía una relación transferencial. Después de un período inicial en el que necesitaba reasegurarse de la presencia de mamá y en el que jugaba durante largo rato a decirle "bye, bye" a mamá para más tarde abrir la puerta, pudo concentrarse en su trabajo dentro del consultorio.

Fabián se aventuraba cada vez más lejos, incluso al baño, en donde pasábamos varias sesiones completas y que estaba fuera del consultorio y obviamente más lejos de la sala de espera, donde se encontraba mamá. Parecía sentirse incluso más autónomo pudiendo a veces ir y venir solo entre la sala de espera donde iba a mostrarle algo a mamá, y el baño, donde yo debía esperarlo.

Mi participación se resumía tan solo a compartir sus actividades: él ponía el juego y yo lo seguía, generalmente era alguna actividad en que ejercitaba todas estas funciones adquiridas. En ocasiones tenía que poner algunos límites pues no medía el peligro, por ejemplo al abrir la ventana del consultorio, que se encuentra en un cuarto piso. Tuve que explicarle porque tenía yo que estar junto a él. O en otras ocasiones, como estábamos fuera del consultorio, había que explicarle que uno ahí afuera tenía que, por ejemplo, no mojar la escalera, pues era un espacio compartido con otras oficinas, o "ponernos los zapatos" porque aunque era la hora de sesión y se valía probar cosas estábamos fuera del consultorio y esto nos ponía algunos límites.

4.-Evolución del cuadro.

Esto permitió a Fabián empezar a distinguir con mayor claridad los ambientes, lo cual se sumaba además a lo enriquecedora que resultaba la experiencia escolar. Había lugares en donde, a pesar de que no estaba mamá, se la podía pasar bien, pero había que respetar otras reglas.

Por otro lado, el avance en estos aspectos, la creciente autonomía de Fabián, su capacidad cognitiva que cada vez más alcanzaba un desempeño normal, su lenguaje, su creciente capacidad simbólica, nos permitieron pasar a otra etapa de tratamiento, una más cercana al trabajo ortodoxo, en donde el juego simbólico constituyó la principal expresión de sus conflictos y donde se pudo trabajar más haciendo interpretaciones sobre el contenido de esta actividad lúdica.

C) PAPA TRAE A SESION A FABIAN Y FABIAN PUEDE PERMANECER CON SU TERAPEUTA EN EL CONSULTORIO HASTA QUE MAMA LO RECOGE.

Este cambio resultó en razón de la necesidad de modificar el horario, que coincidía con la terapia de Johana, entonces Sergio tuvo que traer a Fabián a consulta y mamá venir por él al final de la sesión.

Siendo un cambio inicialmente de orden práctico, resultó sumamente terapéutico, promoviendo una movilización importante, tanto en Fabián como en Sergio, quien aumentó considerablemente su participación en el proceso, permitiéndose la situación de interactuar con Fabián en espacios distintos al cotidiano, pues incluso llegó a permanecer algunas sesiones completas en el consultorio, y Fabián, muy contento y a veces preocupado por su presencia, lo incluía en las actividades de la sesión.

Sergio, como puede esperarse por su problema depresivo, es un hombre con un superyo muy punitivo y cruel. Se autocrítica severamente y esta misma actitud la tiene con Fabián en variadas circunstancias, aunque con él es un poco más tolerable. Sin embargo no le puede devolver una imagen fuerte, ya que el mismo no cuenta con ese elemento en su vida interna. Se angustia mucho y en ocasiones es muy rígido ante el miedo que le representa no poder cumplir con las expectativas que se impone. A Fabián parece exigirle que pronto llegue a un nivel normal de desarrollo, pero al mismo tiempo no puede entender que ser un niño normal implica hacer travesuras, pues el mismo no se las permitió nunca. Sin embargo y a pesar de estas limitaciones Sergio ha podido compartir progresivamente más actividades con su hijo. Incluso se ha hecho el propósito, y lo ha cumplido durante un largo período, de ir a jugar foot ball con él al parque algún día de la semana.

Al principio de su participación en las sesiones corregía continuamente a Fabián, le decía que me hiciera caso, que no me contestara de ese modo, que no aventara las cosas. Poco a poco fué disminuyendo la angustia y fué percatándose de que eran cosas que se podían hacer ahí. Hubo entonces un cambio en su actitud que me permitió entender un poco la necesidad de control sobre Fabián. Cuando Sergio se atrevía por ejemplo a hacer algún comentario alentador sobre lo que estaba haciendo Fabián, volteaba a verme, como pidiendo mi aprobación. Esto me permitió percatarme, que al igual que Johana, también Sergio había puesto parte de su enfermedad en Fabián e intentaba repararla a través de él, pero cuanto mayor era la angustia menos podía ayudarlo y ayudarse. Fabián como todo hijo, constituía de alguna manera la prolongación narcisista de papá y mamá, pero de un narcisismo seriamente dañado, de una autoestima muy lastimada. Me planteé

abiertamente un día que le preocupaba que yo no le estaba enseñando ninguna disciplina a su hijo y que quizás no podría manejar esto más adelante. Fue a partir de este momento que también él pudo ser menos disciplinado conmigo en las sesiones y un poco más flexible.

Sergio ha pasado por varios episodios depresivos, dos bastante graves, y requiere tomar medicación casi continuamente (antidepresivos mas no antipsicóticos).

Durante el tratamiento se han hecho evidentes importantes problemas cuando hay reajustes familiares: la entrada de Fabián a tratamiento, el proyecto de una nueva adopción, en los que Sergio ha entrado en importantes períodos de depresión. Sin embargo es un hombre que ha mantenido a su familia durante todo el tiempo, que se preocupa por la educación de sus hijos y se compromete en su atención, que quiere atenderse y se responsabiliza por su tratamiento. Todos estos eran aspectos que había que rescatar no solo para Sergio, sino para el mismo Fabián y para Johana, que a veces no conseguía ver las partes sanas de su esposo.

A Sergio le cuesta mucho compartir actividades de esparcimiento, no sabe jugar, de ahí que le fueran tan angustiantes las sesiones con Fabián.

No es aquí el espacio para hacer una interpretación dinámica de la problemática de Sergio, pero es importante señalar estos aspectos porque aclaran mucho de la interrelación que establece con Fabián y lo que Fabián retoma de todo esto reelaborándolo de acuerdo a su propia experiencia. Por otro lado, la relación con Johana también adquiere características importantes que es necesario retomar para analizar la triangulación que Fabián puede hacer con estos elementos.

Johana representa una imagen mucho más fuerte. El padre no es una figura con la que se pueda rivalizar sin fuerte angustia: no hay una relación sexual satisfactoria entre papá y mamá, además de que existen importantes dificultades en relación a la identidad sexual de ambos miembros de la pareja: Sergio es muy pasivo y Johana tiene dificultades para darle un lugar como hombre. Esto le confirma a Fabián la fantasía, y en este caso también la realidad, de no provenir de las relaciones sexuales de los padres, de no ser una consecuencia de su unión genital y ya se planteó anteriormente que para esto no es necesario que los padres sean los biológicos, sino que asuman su genitalidad. En el caso de Johana y Sergio hay conflictos pregenitales importantes que les dificultan enfrentar el desarrollo genital de su hijo. La gran ventaja es que desde Fabián, al tratarse de un proceso en gestación, las posibilidades de intervención son mayores.

Me parece aquí muy importante retomar lo que Françoise Dolto señala al respecto:

"Toda vez que antes de la edad de la resolución edípica (6 a 7 años como mínimo) uno de los elementos estructurantes de las premisas de la persona es alterado

en su dinámica psicosocial (presencia o ausencia de uno de los padres en un momento necesario, crisis depresiva de uno de ellos, muerte que se esconde, características antisociales de su conducta) la experiencia psicoanalítica nos muestra que el niño está informado de ello en forma total e inconsciente y que se ve inducido a asumir el rol dinámico complementario regulador como una especie de homeostasis de la dinámica triangular padre-madre-niño. Esto es lo patógeno para él. Dicho rol patógeno, introducido por su participación en una situación real que se le oculta, es superado, por el contrario, en parte o totalmente, gracias a las palabras verdaderas que verbalizan la situación dolorosa que vive y que le otorgan a ésta un sentido susceptible de ser comprendido por el otro al mismo tiempo que por el niño" (2)

-De entrada al Edipo-

1.-Manifestación del problema.

Durante varias sesiones Fabián quiere que juguemos al papá caballo y a la mamá caballo. Sergio me informa, al final de la sesión, que tienen un caballo y que están yendo los fines de semana y que a Fabián le gusta, aunque lo asusta mucho en ocasiones. No monta pero acompaña a papá.

En el juego que el propone él será el papá, sin embargo dice "la papá", y yo seré "la mamá caballo". El sale a trabajar, trae la comida, me calienta el café, me trae pastel... mientras yo debo estar dormida todo el tiempo. Este juego se repite durante varias sesiones. Le interpreto que el siente que para poder ser tan activo yo debo estar dormida. Sigue jugando y me dice que ya me duerma. Sale del consultorio y va al de al lado, que es "su trabajo". Me trae un pastel y me pone a dormir nuevamente.

Ya va al baño solo desde hace varios meses, sin embargo ahora me dice que quiere hacer "pipi" y se baja los pantalones en el consultorio. Le digo que más bien quiere que yo me de cuenta de que es hombre, se ríe y se sube los pantalones, no quiere ir al baño. Seguimos jugando.

Una de las sesiones Sergio se queda en la sala de espera. Fabián deja la puerta abierta, quiere que papá lo vea jugar e incluso pasamos largo rato de la sesión jugando en la sala de espera. El es "el hombre rana" y "nada" por toda la alfombra del consultorio. Su papá lo anima pero de pronto se duerme debajo de la silla donde está papá. Sergio lo anima nuevamente a jugar "¿Qué ya no vas a jugar Fabián? ¡Andale juega para que yo te vea!". Fabián permanece debajo de su silla y hace como que está dormido. Dice "estoy enfermo". Sergio le pregunta "¿De qué estás enfermo?" y contesta "Dame pastillas". Se vuelve a hacer el dormido, Sergio me voltea a ver como no sabiendo qué hacer. Intervengo diciéndole a Fabián que él quiere ser como papá, un hombre grande y

cariñoso, pero que siente que para parecerse a él tiene que dormir como el hace". Sergio parece entender lo que sucede y le dice a Fabián "Yo tomo pastillas porque estoy enfermo, por eso me duermo, pero tu no estás enfermo". Fabián vuelve entonces al juego y a enseñarle a papá cómo nada. Está contento. Al final Sergio pide una sesión, se la doy. Es la primera vez que él es quien la solicita, quiere hablar de la manera en que puede participar para ayudar a Fabián.

Durante las siguientes sesiones seguimos jugando a "la papá caballo" y "la mamá caballo"; aunque ya me deja que yo "cocine" mientras él se va a trabajar. Regresa y me trae pastel y me manda a dormir, pero me dice "ya es mucho tarde", yo me debo de despertar hasta que él lo hace.

Las siguientes sesiones empieza a traer sus carritos. Me dice, "¡yo niño, eh!. A veces es en el juego un niño y tiene un caballo. Otras veces yo soy el papá y él el hijo y él se va a la escuela y yo al trabajo.

Cuando jugamos me pide, no solo que me quite los zapatos, sino también "los calcetines".

2.-Interpretación de los datos.

Fabian empieza a interesarse abiertamente por la diferencias sexuales. Cuando me pide que también me quite los calcetines es para ver si soy como él. El se siente orgulloso de ser hombre pero también muy angustiado. La figura femenina aparece como la más fuerte en casa y tiene que "dormirla" para él poder quedarse con su productividad. De alguna manera, en forma inconsciente, ha podido detectar la actitud castrante de mamá hacia papá y los importantes núcleos homosexuales en papá. Ser hombre le equivale a ser débil y enfermo; también para que mamá le haga caso como le hace caso a papá cuando se duerme. La explicitación de esta fantasía permite que Fabián pueda más libremente adoptar su papel masculino, sin embargo opta por una solución en la que condensa la fortaleza de mamá y el sexo de papá "la papá": expresión que aparentemente obedecería a una dificultad lingüística; sin embargo llama la atención que esta sobregeneralización adopte el género femenino en el artículo, aunque conserve el masculino en el nombre "la caballo, la tren, etc" en objetos que además pueden estar relacionados con símbolos fálicos.

3.-Intervenciones terapéuticas. Manejo de la transferencia y contratransferencia.

Considero que la participación de Sergio constituyó una importante intervención terapéutica, a pesar de que no se planteó inicialmente como tal.

Transferencialmente Fabián depositaba en mí a la mujer fálica, castrante, que podía hacer todo; por eso me mantenía dormida, para controlarme y hacerme menos peligrosa.

Cuando se pudieron verbalizar estas fantasías bajó la

angustia, por eso pudo permitirme una mayor participación en el juego y permitirse él mismo adoptar papeles que correspondían más a su sexo.

Más tarde, cuando yo empecé a jugar el rol de papá en el juego, parecía depositar en mí la imagen de un papá fuerte, que podía rescatar en su fantasía.

A nivel contratransferencial tuve la sensación de que tanto en Sergio como en Fabián habían mucho más aspectos saludables que los que transmitía Johana en la imagen que tenía de ellos. Considero que esta expectativa favoreció la comunicación con Sergio, que aunque no se daba en forma periódica y sistemática, sí alcanzó un nivel de empatía, desarrollándose una situación en que la figura masculina adquiriría un lugar más justo.

El que Johana estuviera en atención al mismo tiempo que Fabián, favoreció que ella también diferenciara espacios terapéuticos y se diferenciara más de Fabián. Cada uno tenía su terapia y su terapeuta. Esta medida tampoco fue planeada pero pareció tener una importante incidencia terapéutica.

En este momento sigo trabajando con esta modalidad.

-Una hermanita-

1.-Manifestación del problema.

Fabián llega a consulta después de cinco semanas en las que no nos hemos visto. Yo tomé tres semanas de vacaciones y no pudieron traerlo a sesión dos semanas más pues han adoptado a una pequeña. Casualmente, su maestra de la escuela, que también se llama Margarita, ha tenido un bebé. Al entrar me pregunta "¿Tu no tienes bebé?"

Empieza a abrir los cajones de juguetes de otros niños, lo que no había sucedido antes. Le digo entonces que Fabián quiere saber si yo tengo otros niños además de él y cómo son.

Toma un palo y empieza a pegarle fuertemente al cojín. Me dice que yo lo haga también. Avienta las cosas y me dice "No toques, tene la mano sucia". No me deja acercarme a los juguetes. Me parece que es lo que le dicen cuando intenta acercarse a la hermanita. Le digo que está muy enojado pues siente que a su hermanita le hacen mucho caso y a él no lo dejan jugar con ella. Se enoja muchísimo. Me dice "Tatita fea, mi bebé bonita, eh, ¡Tu fea, tonta", se sale enojado y da un portazo. Al rato regresa. Parece que quiere pellizcarme en un brazo pero se controla.

La siguiente sesión mamá trae a la hermanita. Me la presenta orgullosa. Fabián da un portazo. Acuestan a la bebé en el sillón de la sala de espera y Fabián se queda ahí, no se quiere despegar de mamá ni de la bebé.

Johana dice que en casa no lo deja estar tan cerca de la

bebé pues ha tenido gripa.

Finalmente entra al consultorio pero está muy pendiente de lo que sucede afuera. Me dice que él es una ballena grandota, con dientes grandotes y yo soy un pesacado con dientes chiquitos. Se asoma a la sala de espera, mamá le está dando la mamila a la bebé. Regresa y se mete entre mis brazos como acurrucándose diciéndome: "soy un bebé pescado". Me pide que le ponga los cojines encima y dice "no puedo nadar" y más tarde "no, ¡sí puedo nadar!" y se quita los cojines de encima.

Quiere ir a hacer pipí. Va solo y regresa y me dice "Yo niño grande, no bebé" Empieza a aventar cosas por todo el consultorio y no quiere ayudarme a recoger los juguetes al final de la sesión. Usa un palo para golpear la pared fuertemente y dice "feos". Está muy enojado, se enoja aún más cuando no lo dejo sacar más juguetes. Azota la puerta al salir y no quiere despedirse.

La siguiente sesión llega llorando. Me dice Sergio que venía dormido. No quiere verme, se acuesta en el sillón donde había estado la hermanita la vez anterior: llora un largo rato. Se tapa la carita, me siento junto de él, se queda dormido. Al llegar mamá, que nuevamente trae a la bebé, despierta a Fabián quien se abraza de mí desconsolado. Nos despedimos cuando consigue calmarse.

La siguiente sesión está más tranquilo. Trae una canasta de juguetes. Me dice que ahora yo seré una tortuguita chiquitita y el grandotota. "Tu una bebé tortuga. Los cojines grandototes de la tortuga grandotota" Después me dice que ya es de noche y que me tengo que dormir, mientras el sigue jugando, va a "dar una vuelta", "prende la tele". "Me pone; He Man". Me dice que vuelva a dormirme y sale a la sala de espera donde está Johana y le dice "Soy una tortuga grandotota". Regresa al consultorio y me dice "Ven bebé tortuga chiquitita".

Una sesión después trae su lonchera. Saca su lunch y se lo come rápidamente como si alguien fuera a quitárselo. Me ofrece el papel del chocolate y me dice "Toma, tene chocolate" refiriéndose al chocolate que se queda embarrado. e interpreto que tiene miedo de que yo le quite su comida, como tiene miedo de que la bebé se acabe a mamá.

La siguiente sesión trae un camión y me dice "Aquí hay mucha sopa". Era un camión de carga, como haciendo referencia a que estaba lleno de sopa.

Después toma los muñecos y dice que son el papá fantasma y la mamá y el bebé. Los papás le dicen al hijo "Tu quédate, ya nos vamos a dormir" y se llevan a la bebé a dormir con ellos y la "duermen" en medio de la cama. Después quiere jugar nuevamente a las tortugas.

2.- Interpretación de los datos.

Estos son, en general, los contenidos de juego de esta etapa que tienen que ver directamente con la elaboración de la presencia de la hermanita en casa.

Inicialmente vive con mucho coraje la llegada de la hermanita, pero nuevamente inhibe la descarga agresiva, y es hasta que puede descargarla, primero abiertamente dando palazos y luego en forma más elaborada a través del enojo conmigo como un desplazamiento del conflicto con mamá, que puede retomar las fantasías que este suceso le provoca.

Cuando me presentan a la hermanita parece no tolerar que ahí también se meta, pues este es su espacio, en donde puede empezar a manifestar todos los impulsos agresivos que le despierta su llegada y la sensación y angustia de pérdida que vienen junto con ella, como si la llegada de la hermanita implicara un abandono, no solo de atención, sino de posibilidad real de perder a los padres. Esto aumenta sus deseos hostiles que proyecta en papá y en mamá, a quienes convierte en fantasmas y monstruos.

Se desarrolla una verdadera lucha interna: ¿Qué tal que la bebé sea una ballena grandota y se coma a mamá?. O si no es una ballena grandota que coma como si lo fuera. Esto es producto de la propia voracidad proyectada, de ahí que tenga que comerse rápido su lunch para que yo no se lo quite: no me coma el pecho bueno. Sin embargo esto parece elaborarse cuando trae un camión lleno de sopa, que alcanza para todos, pues, aunque deja todavía traslucir la voracidad que siente también existe la posibilidad de satisfacción.

El conflicto que parece prevalecer es entonces si quedarse pequeño para dormir con papá y mamá como la bebé, o crecer y poder nadar y jugar. Además, "cosa rara" la bebé también duerme todo el día, entonces él puede estar despierto y jugar mientras ella duerme. Cada vez más prefiere el papel de grande.

La llegada de la hermanita remueve así angustias muy tempranas y se produce un cuadro regresivo temporal del que se recupera relativamente rápido, cuando puede revalorar su posición más autónoma y las ventajas que ésta trae consigo.

Por otro lado, no tiene que preocuparse más por ser el bebé de mamá y aunque esto inicialmente lo angustia también le da más libertad e independencia.

3.- Intervenciones terapéuticas. Manejo de la transferencia y contratransferencia.

A través de las intervenciones descritas en lo anteriormente expuesto se buscaba que Fabián pudiera, inicialmente, expresar su enojo hacia la presencia de la hermanita, y cuando la angustia ante el mismo disminuyó pudo entonces plantear las fantasías que habían alrededor de esta llegada. A través de los juegos y de las interpretaciones Fabián pudo progresivamente evaluar la situación desde una

perspectiva más realista. Podía sentir coraje por la llegada de la hermanita y esto no implicaba la pérdida de amor, ni el abandono, aunque sí lo llevaba a la conclusión de que tenía que terminar por aceptar a la pequeña "intrusa" pues era su hermanita y papá y mamá no habrían permitido otra cosa. Ante una exigencia más realista disminuye su persecución y puede abordar el problema desde distinta perspectiva.

En ocasiones, en el juego, era yo él mismo, que no podía acercarse a la hermanita, poniendo en mi toda la frustración que esto le despertaba. En otras ocasiones era yo la hermanita, en la que había proyectado toda su voracidad, entonces le iba a arrebatar su comida. En otras más, era la mamá que lo abandonaba, que me encargaba de otros niños además de él. En otras era su terapeuta, con quien podía expresar abiertamente la situación desconsoladora que estaba viviendo.

Es de esperarse que un niño desarrolle sentimientos de enojo ante la aparición del hermanito. En Fabián apareció más bien, e inicialmente, una situación depresiva, que disminuyó a la medida en que pudo sacar su enojo.

4.-Evolución del cuadro.

Actualmente Fabián acepta tener una hermanita y la integra en las actividades del juego como parte de la familia. Es su bebita, y al ser más chiquita y dependiente se siente con el impulso de protegerla. Parece ser que la sola presencia de una pequeña a quien él puede enseñar resulta bastante terapéutica. Por otro lado ha permitido tomar más distancia de mamá. El que la hermanita sea niña, y al mismo tiempo duerma, parece acabar con la fantasía de que los hombres duermen todo el tiempo, aunque puede reforzar la sensación de que mamá solo se ocupa de los más débiles.

Mamá puede permitir relativamente más espacio entre Fabián y ella misma y el desarrollo de la bebé les permite vislumbrar, la posibilidad, no remota, de un desarrollo normal, como si el mito de la enfermedad familiar empezara a resquebrajarse.

-La angustia de castración como miedo a ser devorado y la ambivalencia hacia la figura paterna-

El juego de Fabián es cada vez más simbólico, más rico en contenido y permite un trabajo más interpretativo sobre las fantasías inconscientes.

A continuación retomaré solo fragmentos de las sesiones, que me parecen representativos del contenido que trabajó durante este último período.

1.-Manifestación del problema.

Saca del juguetero una bolsita donde están los animales del zoológico. El trae un pescado (títere) y mueve su boca con las manos. Me dice "Es un pescado, se come a la jirafa".

Hace como si el pescado masticara a la jirafa y luego la deja caer. "Tiene sangre a sus pompas. Todos los animales va a comer". Luego dice "Los animales a su casa; no se los coma el pescado". Y les hace una casa con las cajas de plástico pero el pescado, que es mucho más grande, puede entrar y los mastica. Al carnero también se lo mete a la boca. Me dice "lo cure el doctor, tiene sangre a sus patas"

En varias sesiones propone que juguemos a que él es un tigre y yo un elefante. El tigre se va a comer al elefante "su cabezota". Empieza a gruñir y yo debo asustarme. Otras veces me dice "No te asustes, yo amigo eh!".

Le digo que a veces siente que papá se lo quiere comer y que a veces él siente que quisiera comerse a papá elefante y tener un "pipi" tan grande como la trompa del elefante.

Entonces juega a que él es el papá, me trae muchos juguetes de regalo, los lleva a mi "recamara", me cuenta cuentos. Le digo que quiere decirme que papá es bueno con él, que también lo quiere.

En otra sesión toma a los muñecos, pero excluye a todos los que son figuras masculinas adultas. A todas estas las echa en una caja y dice "son malos". Escoge entonces a un muñeco, más chiquito que el resto, es un vikingo. Pelea con los otros señores a espada y les gana, pero luego les pide a ellos mismos prestado el avión y se lo prestan, le digo que entonces los señores no son tan malos. Hace como si la pared fuera una enorme montaña de hielo y por ella sube al vikingo, al llegar arriba "pelea con un elefante" que tiene una trompa muy grande y le gana. Una muñeca "quiere" seguir al vikingo y éste le dice "ten cuidado, te resbala, es peligroso".

En otras sesiones, nuevamente, yo debo asustarme cuando me gruñe el tigre, él, pero de pronto, cuando me va a "comer" llega la policía y lo encierra.

Después quiere que juguemos y que yo sea un tigre y el un puma, o alrevés, y dice que los dos tenemos uñas para pelear. Nos "aventamos" cosas y "peleamos" en una situación muy pareja: a veces el cae, a veces yo.

Al finalizar las sesiones trata de romper algunas de las reglas establecidas, tales como que no se pueden sacar juguetes, o que es la hora y debe salir del consultorio, incluso una vez se encerró dentro.

Le digo entonces que pareciera que necesitara que viniera un papá a poner el orden, que por eso a veces llama a la policía.

Poco a poco va dejando el juego del elefante y el tigre. Ahora seremos el puma y el tigre. Somos amigos, y caminamos por todo el consultorio. El imita de manera muy graciosa a estos animales, lo hace realmente bien y me corrige a mí. Me dice, "Ven amigo tigre, vamos aca"

En otras ocasiones yo soy el papá y él es el hijo y nos "vamos de pesca" en un "boat". De pronto aparecen las ballenas y él hace como que se cae del bote.

"Papá ayúdame, ayúdame!", me dice. Entonces yo debo tirarme y entre los dos les pegamos a las ballenas.

A veces me "rompe" mi bote y yo debo "caerme al mar" y se rie mientras yo me "ahogo" y después de un rato se "tira" a ayudarme.

En ocasiones al "subir al bote" vuelve a caerse. Cuando "vamos de pesca" habla por teléfono a la casa para pedirle a mamá que nos tenga lista la comida.

Disfruta mucho estos juegos, aunque en dos ocasiones mientras "matábamos ballenas" se lastimó dándose, una vez, un golpe en la cabeza y otra uno en la mano. En general le cuesta trabajo que llegue el final de la sesión y ahora en lugar de estar contento cuando llega mamá a recogerlo, le dice que se vaya otro ratito o le pide que se quede afuera de la sala de espera.

Durante varias sesiones jugamos a echarnos clavados juntos, saltar, irnos de excursión y compartir "cosas de hombres". Es por eso que él no quiere que "vengan" ni mamá, ni la bebé.

2.- Interpretación de los datos.

Se hace evidente como las angustias orales colorean la elaboración de los conflictos propios de las fases siguientes en este caso, la angustia de castración. Sin embargo la estructura de personalidad de Fabián ha evolucionado notablemente. Hay mayor represión y mecanismos aliados, como el desplazamiento hacia mí del coraje que siente por la llegada de la hermanita, o las formaciones reactivas en torno a este suceso como también en relación a las prácticas de limpieza. La escisión y la proyección hacen su aparición ante angustias muy fuertes. Proyecta en la figura paterna su hostilidad y su voracidad: el pescado se come a los animales. Pero también es cierto que toma alternadamente apreciaciones de la figura paterna buena y generosa, haciendo una integración progresiva de la misma. Puede rescatar una imagen de protección y de ayuda, que tolera su ambivalencia, la que expresa abiertamente cuando me deja "ahogándome" en el mar, se burla, y luego me "rescata" y me dice "amigo".

Aparece el deseo de identificación con papá, primero a través de una incorporación oral, comiéndose la trompa del elefante, pero más tarde se va dando una gradual identificación con el rol masculino, con lo que hacen los hombres.

Progresivamente la parte positiva de la ambivalencia parece ganar terreno y va apareciendo la figura del padre como ideal del yo. Él puede hacer todo, defenderlo de todos los peligros. En ocasiones pone en él mismo este estado de omnipotencia, volviéndose invencible.

La función de papá es esencial, papá es quien lo salva de la simbiosis con mamá, de ser "comido por las ballenas". La regla es necesaria, y aunque hay el deseo de transgredirla, él mismo dice que va a llamar a la policía cuando siente que no estamos respetando las normas.

Ha podido rescatar una imagen menos devaluada de papá . Aunque a veces papá se cae al agua y el también , en otras puede ayudar al hijo . Puede ver a la figura paterna como alguien que le comparte: cuando él es el papá me compra juguetes, me cuenta cuentos, me lleva a su trabajo. Fabián ha podido sentir el afecto de papá a pesar de sus exigencias y su rigidez, en el juego tiene un papá que juega con él, baila, se va de paseo. También es a través del juego que puede poner en papá atribuciones que en la realidad no existen y que el quisiera que tuviera. Esto implica un gran avance en la estructuración de su personalidad. Estaríamos frente a la creación de estructuras compensatorias (Kohout, 1984).

Fabián está accediendo a otro nivel de organización de su estructura de personalidad, a un nivel neurótico, lo que considero un dato muy favorable en el pronóstico terapéutico.

3.-Intervenciones terapéuticas. Manejo de la transferencia y contratransferencia.

Fabián parecía depositar en mí alternadamente la imagen de un padre débil, que se cae del barco, la imagen de un padre fuerte que lo salva de todo peligro, la imagen de él mismo cuando se siente desprotegido, la imagen de un padre que pudiera jugar con él. En ocasiones también parecía decirme que yo no lo protegía de sus propios impulsos, los que consideraba muy destructivos, por eso se golpea, y por eso hay también que llamar a la policía. Progresivamente, sin embargo, parece que la libido narcisista va siendo depositada en este figura ideal del padre y va lográndose una identificación psicosexual. No deja , sin embargo, de ser palpable, la enorme angustia que le significa la cercanía de mamá y el miedo que tiene a perder su autonomía cuando ésta llega, que si bien tiene que ver con su deseo de fusión, encuentra reforzamiento en el control que Johana establece sobre él. En ocasiones, durante las sesiones cuando le digo a Fabián que ya es la hora, ella entra con los zapatos, como señalando que lo ha oído todo. Quizás por esto Fabián quiere dejarla afuera de la sala de espera cuando llega.

Un elemento muy favorable del que se ha hablado anteriormente, es que Fabián ha podido rescatar, en su fantasía, a un padre mucho más activo, creo que esto es un indicador importante de sus posibilidades de recuperación.

A nivel contratransferencial este período me resultó muy conmovedor y al mismo tiempo muy divertido. Los juegos eran verdaderas aventuras. Cuando yo no jugaba bien el papel masculino del papá o el hijo, Fabián me corregía : "Así no dicen los papas ".

-La regresión en el ámbito terapéutico y
la elaboración de angustias tempranas-

Pareciera ser que para Fabián es cada vez más clara la diferencia entre el ámbito terapéutico y otros ámbitos. Yo caracterizaría la última fase de su tratamiento (hasta agosto de 1989, fecha en que se realiza este trabajo) como una etapa en la que Fabián retoma angustias muy primitivas para ser reelaboradas a partir de su estado actual. Me da la sensación de estar reeditando sentimientos muy primitivos porque ya se siente con más elementos para hacerlo.

1.-Manifestación del problema.

Fabián va a ir de vacaciones dentro de una semana. En otros momentos Sergio y Johana me han referido como le asusta el avión y lo molesto que está durante el viaje. Esta vez en la sesión quiere jugar al avión en el que van : papá, mamá , el hijo y la bebé. Al finalizar la sesión me dice: "yo al avión, bye".

Cuando regresa, después de tres semanas, llega con una máscara y me dice que es un fantasma, que me asuste. Después de asustarme varias veces empezamos a jugar al caballo, ahora es un niño caballo y me dice "Voy de paseo con papá y mamá, no te enojés". Le interpreto que el tenía miedo, al llegar, de que yo estuviera enojada porque el había ido de vacaciones, por eso tenía que asustarme. O también de que yo hubiera desaparecido y fuera un fantasma.

En una de las siguientes sesiones lleva su "lunch", lo saca despacito, lo pone todo en orden: las galletas arriba de las servilleta, el agua de limón, el plátano...empieza a comerlo pausadamente, parece disfrutar de cada bocado. Me convida una galleta, al rato otra.

Un día llega muy acelerado a la sesión, no entiendo mucho que le pasa, solo lo observo. Parece no poder organizar un juego. Quiere jugar primero al caballo, luego al tigre, me gruñe, luego al elefante. Sale al "boat", regresa, grita, se sube arriba del juguetero y empieza a aventar todo al suelo. Dice que va a llamar a la policía, entonces empieza otra vez a trotar por el consultorio, imitando a un caballo, de pronto pasa sobre una tablita, no se lastima, pero al revisar que la curita, que tenía sobre un piquetito de mosco, se estaba callendo, se puso a llorar tan agustiadamente que era difícil calmarlo ."Me lele, lele mucho!" como si la curita que se caía fuera parte de su cuerpo. No hubo manera de calmarlo, hasta que llego mamá.

La siguiente sesión no quería entrar en el consultorio, estaba pegado a mamá, sacó un plátano y empezó a comérselo. Yo fuí hacia el consultorio y le dije "Fabián tiene miedo de que yo no lo entienda , y lo haga ser grande cuando el quiere ser chiquito". Entonces empezó a acercarse lentamente y como si me representara una película en la que se reeditaban las

diferentes etapas del tratamiento por las que había pasado, quiso inicialmente jugar a los coches alrededor de mamá, luego al tren y a la resbaladilla, luego al juego de "mamá caballo y papá caballo" y al final al juego del papá y el hijo y las ballenas.

Las siguientes sesiones empieza a traer objetos que anteriormente le habían dado mucho miedo: una motocicleta eléctrica que hace como ambulancia, un coche a control remoto; me enseña a manejarlo y de pronto, cuando va hacia él corre como si se tratara de algo que lo va persiguiendo; después parece darse cuenta de que puede apagarlo, voltea a verme, se sonríe y lo apaga o me pide a mí "apágalo" cuando está más angustiado, pero en seguida lo vuelve a prender y este juego se repite una y otra vez.

Mientras estábamos jugando con la motocicleta en una ocasión me dice: "Tu elefante, yo tigue" entonces él me gruñe mientras yo debo "echarle agua" con la trompa. Este juego ya se ha dado en otras ocasiones, en las que él ha sido el elefante y me dice "A tu cabeza", "A tu pie". "A tu ojo" y yo debo hacer como si me mojara y secarme. En esta ocasión, en la que yo era el elefante, le "echo agua" y de pronto se levanta muy enojado y llorando, como si de verdad le hubiera echado agua y me dice: "¡A mi moto no tonta!", sale a la sala de espera a buscar a mamá, de pronto regresa, como percatándose en ese momento de que no era realidad sino fantasía lo que estaba ocurriendo: no estaba mojado, ni su moto tampoco. Nos ponemos nuevamente a jugar.

Varias sesiones quiso trabajar en la sala de espera pues es un lugar que se puede obscurecer totalmente. A Fabián le da mucho miedo la oscuridad, según refieren Johana y Sergio. Últimamente apaga la luz, deja todo el lugar a oscuras, mientras pide una linterna que tengo ahí. Progresivamente se dirige hacia mí sin utilizar la linternita y me dice nuevamente "Yo no miedo eh".

El día de su cumpleaños, a diferencia de otros cumpleaños, me refiere Johana que pudo participar con el mago, dice que aún se le notaba la cara de susto cuando aparecían las palomas, pero que no lloró e incluso el pidió pasar.

Pasa largo rato jugando con el radio de la sala de espera, lo apaga y le sube todo el volumen, para que al volverlo a prender haga mucho ruido, da un salto, pero luego dice otra vez "No tengo miedo, eh". Después me pide que nos pongamos a bailar, y pone la música muy duro, yo tengo que bailar mientras la música está puesta y dejar de bailar cuando la apaga.

Un día mientras jugamos a "bailar" empieza a aventar su calcetín y me dice: "Una popo", yo le regreso el calcetín y le digo "Un pastel", entonces él me dice "Un juguete" y yo le mando "Un chocolate"... Saca una de las plantillas de su zapato y me manda, "Una pipi"... de pronto se da cuenta de que la parte de la orilla de su plantilla está abierta, se asusta mucho dice "Tene boca, se rompió"; no quiere ponérsela cuando termina la sesión.

En varias sesiones Fabián ha utilizado un sofá que se puede hacer como tunel y dice que es su coche, se queda ahí encerrado y me dice que lo reciba en los brazos cuando salga: "tú una mamá", me dice. Luego vuelve a ser su coche y yo soy el papá que voy en otro coche o me meto con él al suyo. Esta actividad la repite varias veces, y siempre debo esperarlo cuando él sale. Es un espacio muy chico y le explico que es difícil que quepamos los dos, sin embargo insiste. Luego quiere estar el solo pero que yo esté cerca, donde me pueda ver.

2.-Interpretación de los datos.

Fabián parece estar trayendo a sesión muchas de sus angustias primitivas. Empieza a anticipar situaciones que pudieran serle angustiantes, entonces, por ejemplo, antes de subirse al avión juega, como elaborando anticipadamente este suceso.

Se siente igualmente más dueño de sus impulsos, puede comer despacio, y al sentir que puede controlar su deseo de comer, puede convidarme de su comida, pues yo tampoco se la voy a querer devorar.

En el momento en que empieza a sentir esta mayor evolución y, quizás precisamente por esto, permite que salga toda esta locura, esta desorganización que no puede sacar ni en la escuela, ni en la casa, dada la disciplina de papá y mamá, pero sí en el consultorio, sin embargo no se siente contenido por mí, se asusta mucho y entonces la siguiente vez parece regresarse hasta el principio, aunque al conocer ya el camino puede reandarlo nuevamente relativamente rápido.

Hay dificultad aún para diferenciar fantasía de realidad, sobre todo en situaciones que le son muy angustiantes. Parece estar trabajando su angustia paranoide, de ser destruido por el objeto (moto, carro). Ha hecho una regresión importante, entonces no distingue entre juego y realidad, pero de pronto, al bajar la angustia, puede retomar este suceso y percatarse de que no mojó en realidad su motocicleta. Podría decirse que es una regresión al servicio del yo (Hartmann,1950).

En general parece estar haciendo un uso creciente de mecanismos obsesivos para controlar la angustia originalmente paranoide. Hace formaciones reactivas "no tengo miedo", me controla, etc. Esto habla nuevamente de una mayor estructuración de su personalidad. En este proceso, sin embargo, le aparecen todavía algunas angustias ante las cuales se siente aún muy desprotegido, cuando siente que la plantilla va a comerlo por ejemplo, y en donde no puede retomar aún un principio de realidad.

3.-Intervenciones terapéuticas. Manejo de la transferencia y contratransferencia.

Durante esta fase parecía ser yo, en ocasiones, un objeto protector que le permitía a Fabián sacar todas estas angustias para ayudarle a tramitarlas. Entonces él, sintiéndose más tranquilo, podía hacer un uso creciente de sus recursos. En otras ocasiones era yo un objeto insuficientemente continente para su angustia, que sentía que nos desbordaba y nos destruía. Entonces la angustia crecía junto con la sensación de desintegración y de no ser rescatado de la misma. Tal fué la situación cuando, ante su conducta desorganizada, siente que está muy lastimado y que no hay nada que pueda rescatarlo. A veces, también, proyectaba en mí todas estos miedos, sentía haberme destruido y que yo a mí vez le devolvería algo destruido y peligroso, como cuando sintió que la plantilla rota lo destruiría. Sin embargo parecía prevalecer la situación en que había la suficiente continencia para trabajar sus miedos. De manera progresiva Fabián parecía distinguir que su sesión era un espacio en que podía elaborar tales angustias. Las regresiones que se presentaban eran temporales, fácilmente rescatables, y en general al servicio de la elaboración. Cuando eran defensivas era relativamente fácil volver a establecer contacto con él: en cuanto Fabián sentía que no tenía la obligación de ser "grande" parecía recuperarse.

Me pareció muy interesante el juego que hace dentro del "sofá-túnel" como un nacimiento en el que debía de estar acompañado y ser recibido por una madre. Es difícil interpretar este suceso debido a que no hay suficientes datos al respecto.

En términos generales las intervenciones terapéuticas fueron hacia la interpretación de cómo Fabián vivía a las cosas peligrosas cuando sentía que él mismo las trataba agresivamente: si prendía el radio muy fuerte algo podía pasarle a él. Estos miedos disminuían cuando sentía que podía ejercer control sobre el objeto. En este sentido me parece importante retomar lo que dice Melanie Klein (1934) en relación a que la elaboración de las angustias paranoides. Estas se tramitan después a través de los mecanismos obsesivos, que permiten al sujeto sentir un control sobre los perseguidores, y en este sentido representan un avance en la estructuración de la personalidad, constituyen mecanismos más evolucionados.

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1) Françoise Dolto en Maud Manonni. La primera entrevista con el psicoanalista, 1965, pag 29.
- (2) Ibidem, pag 21.

XII-DISCUSION DE RESULTADOS.

El síndrome de depresión anaclítica grave, de acuerdo con lo expuesto en las dos partes del trabajo, si bien es recuperable, dándose una mejoría apreciable en el pequeño, deja importantes cicatrices en el desarrollo de su personalidad. Esto pudo apreciarse tanto a través del abordaje teórico como del caso clínico.

La mayoría de las hipótesis planteadas parecen confirmarse claramente. En forma sintética podría decirse al respecto que en cuanto al desarrollo posterior de los pequeños que han sufrido una depresión anaclítica grave puede observarse que:

-Existe una evidente dificultad de integración del objeto libidinal por exceso e ansiedades paranoides.

La frustración excesiva que vive el pequeño con depresión anaclítica grave, aumenta la voracidad, aunque tal impulso se inhibe, por la percepción de su peligrosidad, a tal grado que puede incluso llevarlo a la muerte por inanición.

Aumentan en general los impulsos hostiles hacia el objeto libidinal debido a la experiencia sufrida.

En un momento posterior del desarrollo, en el paso a la posición depresiva si es que el pequeño logra recuperarse, la integración del objeto presenta serias dificultades. Tal integración implica la responsabilidad por los propios impulsos hacia el mismo. Si prevalecen los impulsos agresivos, el peligro de que el objeto bueno sea destruido es tal que la escisión se mantiene defensivamente. El objeto además se idealiza, para asegurar su supervivencia frente a los perseguidores. Además no se dió anteriormente la disminución paulatina de la proyección, propia del desarrollo normal, sino que por el contrario, en el momento en que la frustración fue excesiva, se dió una progresiva destrucción del aparato perceptual y consecuentemente un grave empobrecimiento del desarrollo del yo por la introversión de origen precoz.

A través del caso clínico pudo observarse como cada nuevo paso en la integración implicaba un aumento evidente de la angustia, así como movimientos regresivos. Esto se explica por la frustración tan devastadora que sufrió Fabián. La falta de una figura presente puede inferirse desde el hecho de que ante la mordida que recibe y que casi le cuesta su naricita, no hay nadie que pueda rescatarlo.

Aunado al hecho de que en el inconsciente no hay representación de la ausencia y que la carencia equivale a un daño atribuido al objeto malo perseguidor, está para este pequeño, la real experiencia de destrucción. El mundo se vive entonces como poblado de perseguidores y la retracción es el único camino disponible con el que cuenta para huir de los mismos.

La situación se complica aún más a partir del progresivo desarrollo del síndrome. El pequeño, ante la evidente persecución que siente, no puede siquiera aceptar algo que venga del medio, aunque esto pueda ser gratificante, pues se ha destruido la ilusión que permite esta conexión (Winnicott, 1945). Fabián deja de recibir alimentos, hasta llegar a un grado de desnutrición que pone en peligro la continuidad de su vida. La amenaza de muerte no es solo una fantasía, sino una experiencia aterradora. La angustia de ser aniquilado cobra vigencia, se confirma.

La recuperación asombrosa del síndrome, no puede esperarse, que se daría sin dejar huellas. La agresión autodirigida que casi consigue la autodestrucción es parte de la historia de este pequeño. La hostilidad y los impulsos agresivos tienen que haber sido muchos para casi conseguir la muerte. Estos impulsos tan amenazantes, difícilmente podrán integrarse sin presentar serias complicaciones.

El desarrollo constituye un movimiento de creciente integración. Como dice Abraham (1924), finalmente el sujeto es capaz de amar a su objeto. Esto implica una creciente capacidad de responsabilidad de lo que se hace con el mismo, tanto a nivel interno como externo.

La integración del objeto y del yo son movimientos paralelos. No se puede dar uno sin el otro, y al contrario, la escisión de uno implica la escisión de ambos.

Conforme Fabián se recupera e integra su agresividad disociada, se dan fuertes períodos de angustia. Por retomar solo algunos de los episodios descritos en el caso como ejemplo tenemos que cuando Fabián empieza a recuperar el gusto por el movimiento, entra en un estado de angustia, pues mamá "puede abandonarlo"; al querer él separarse de ella, que es la misma que le garantiza sus suministros alimenticios y afectivos, puede perderla y renuncia al ejercicio libre de sus funciones autónomas. Se requiere todo un trabajo para que pueda retomarlas.

Posteriormente cuando se enoja con mamá por el deseo que ella tiene de adoptar otra pequeña, e intenta manifestar su enojo evacuando, la angustia es tal que se produce un proceso regresivo evidente: las heces se convierten en el objeto perseguidor que envenenan al pecho. Nuevamente hay que hacer un trabajo en torno a que no hay una destrucción ni del objeto ni de él mismo por esta agresión, que la misma no es omnipotente, para que pueda entonces hacer una reintegración de sus impulsos. Esto además se hace más complejo a partir del movimiento que genera en los padres.

La llegada de la hermanita lo lleva a una nueva escisión defensiva, en que inicialmente se inhibe toda la agresión. La agresión entonces se proyecta: la hermanita es el objeto destructor que devorará a mamá, destruyendo al objeto que asegura su supervivencia. Esto se entiende a partir de la depositación que hace Fabián de su propia voracidad en la pequeña: si mamá es compartida "no alcanza".

El conflicto edípico, ante el aumento de la impulsividad, nuevamente lo lleva a una escisión defensiva. Ahora proyecta en la figura masculina toda una posibilidad de destrucción aterradora: el pesacado con el que juega mastica a todos los animales, los devora.

Sin embargo, y paralelamente a estos movimientos defensivos primitivos van apareciendo cada vez más otros más evolucionados que hablan también de una creciente integración del objeto y del yo.

Podría así plantearse que existe una tendencia a la escisión ante situaciones internas o externas en donde la angustia resulta desbordante. Esta tendencia tiene una gran fuerza pues está implantada a partir de experiencias muy primitivas y constituye una acción defensiva para preservar al objeto de los impulsos destructivos. Es solo cuando puede bajar la angustia que se posibilita una integración progresiva.

La afección en este proceso tan importante para el desarrollo es clara y alcanza tal dimensión debido a que la experiencia traumática se da en un momento previo a la elaboración del paso desde la posición esquizo-paranoide a la depresiva.

-Se dan importantes dificultades en el proceso de simbolización y desarrollo del pensamiento.

Es la ecuación simbólica la que permite establecer un puente entre el mundo interno y el externo. A través de la formación de símbolos el mundo externo se libidiniza porque se le otorga un sentido.

El pensamiento primitivo está formado por ideografías (Bion, 1957) y no por conceptos, ideas e imágenes como el pensamiento adulto. Estas ideografías se forman por un funcionamiento equilibrado de los mecanismos de proyección e introyección así como por una progresiva toma de conciencia de tales movimientos.

A través de la introyección se enriquece el mundo interno, y a través de la proyección se depositan objetos libidinales en el mundo externo, esto permite al pequeño una progresiva conexión y crecimiento. Al principio el medio debe parecerle

una proyección para que pueda ir después reconociendo que el mundo es diferente a él mismo.

Klein (1930) plantea que se da una inhibición en la formación de símbolos cuando los contenidos sádicos contra el pecho de la madre son excesivos y entonces la ecuación simbólica resulta peligrosa, como lo sería el pecho "envenenado" con los impulsos hostiles.

Haciendo la diferencia entre el pensamiento psicótico y el no psicótico, Bion (1957) plantea que en el primero se da un complejo proceso a través del cual se mutila primero el aparato de percepción y más tarde el aparato para pensar. El sujeto ataca al aparato mental a través de la identificación proyectiva patológica sintiendo que si destruye la conciencia de su realidad dolorosa interna o externa deja de percibirla y de experimentarla. Sin embargo después siente que a su yo le falta algo, que está mutilado y se siente atrapado en este estado que el mismo buscó defensivamente y no sabe como salir, pues ha destruido las herramientas que le posibilitarían la recuperación de sus funciones de pensamiento.

En el pequeño con depresión anaclítica grave existen importantes dificultades en el desarrollo de las bases que permiten el pensamiento verbal. Desde el pensamiento primitivo, formado por ideografías, se da un serio problema. Este pequeño inhibe progresivamente todo contacto con el medio. Se proyecta en el mundo toda la parte agresiva completamente disociada. No puede entonces establecer contacto, ni la ecuación simbólica puede tener lugar. El mundo no está libidinizado, no hay experiencias gratificantes que permitan este proceso.

Durante el desarrollo del síndrome este pequeño progresivamente mutila su capacidad perceptiva. Su aislamiento no es discriminativo y cuando el estímulo sobrepasa la barrera lo que provoca es un estado de angustia.

No ha existido un yo auxiliar presente: la madre, que ante los estímulos e impulsos que el niño alcanza a percibir, y que no puede aún nombrar, actúa como una contención, como alguien que devuelve al niño esto inicialmente incomprensible como algo que puede comprenderse y que además hace algo con la demanda del pequeño. Todo esto deja enormes cicatrices.

Cuando se espera que en el desarrollo normal la simbolización adquiera otro nivel por la integración del objeto y el paso a la posición depresiva que posibilita el pensamiento verbal, el pequeño que logra recuperarse de la depresión anaclítica grave, además de que cuenta con un material precedente de ideografías mutilado, al tener dificultades para integrar al objeto y a su yo, también las tendrá en el desarrollo de este pensamiento.

Según Bion (1957) el pensamiento verbal y la posición depresiva están directamente relacionados pues este pensamiento, mucho más evolucionado que el anterior, depende

de la habilidad para aprehender objetos totales.

Ya analizamos anteriormente las serias dificultades que se presentan en la integración en estos pequeños. No resulta entonces casual el retraso evidente que tantos autores señalan en relación al desarrollo del lenguaje y del pensamiento verbal.

En Fabián pueden observarse estas dificultades en distintos momentos del desarrollo. Inicialmente hay una retracción tal que impide el contacto. A través del cuidado de una figura gratificante este contacto va reestableciéndose y se inicia la formación de símbolos. Sin embargo hay un retraso evidente. En el mundo se han depositado todos los perseguidores que amenazan con la destrucción del pequeño y su actividad está verdaderamente inhibida. Tal situación puede apreciarse claramente cuando se hace la evaluación del caso en el momento que llega a consulta, de ahí que otros especialistas hayan diagnosticado deficiencia mental.

Al inhibirse en gran parte la actividad sensoriomotriz, los esquemas de acción y la experiencia con los objetos físicos; los siguientes procesos estarán necesariamente afectados. En Fabián era evidente, desde el inicio de la atención, un retraso muy importante en el lenguaje; pero no solo en el lenguaje, sino en su tipo de pensamiento, en el que podía apreciarse claramente la subsistencia de elementos muy primitivos tales como la falta de necesidad de nombrar al objeto, pues bastaba con solo pensarlo "mama adivinaba". Si el objeto era tapado con una pantalla, desapareciendo de su campo perceptual, no lo buscaba siquiera, no pudiendo tolerar la frustración que esto implicaba y optando entonces por un "hacer como si no existiera": se mutila la capacidad del yo para percatarse de la pérdida. Se da una concretización del pensamiento que además incide en el desarrollo intelectual: en Fabián es evidente un retraso en la aparición de todas las conductas simbólicas (imitación diferida, imagen mental, juego simbólico, lenguaje). Es después de mucho trabajo que logra entender que una de las principales funciones del símbolo es representar la ausencia. Tal progreso se hace evidente en la sesión en que mamá tiene que salir y Fabián toma los plumones, los pega con "diurex" a un papel, como simbolizando su deseo de estar con la madre; cuando tocan a la puerta dice: "¡mamá!" como habiendo hecho un gran descubrimiento. La frustración se toleró, fué lo suficientemente corta y permitió al pequeño lograr una integración y un aprendizaje: la mamá que se va es la misma que le enseña los colores y a la que quiere tener en ese momento. Aunque desde hacía mucho tiempo conocía y utilizaba la expresión verbal, en este momento parece adquirir otro nivel de comprensión. A partir de aquí se da un progresivo desarrollo del lenguaje.

Sin embargo, en situaciones de verdadera angustia nuevamente se concretiza el pensamiento y la distinción entre fantasía y realidad es muy difícil. De pronto Fabián no quiere entrar a la sesión porque ahí "se ataca" a los objetos

a través del juego, pero no solo es que se está hablando de la culpa que esto le genera, sino que en realidad siente que destruye; tiene que quedarse de la mano de mamá para asegurarse de que sigue existiendo, de que no ha sido destruída.

Cuando está muy asustado no distingue entre la conducta simbólica y metafórica, el "como si", de la realidad objetiva. La situación se aprecia claramente cuando, ante su petición, yo hago "como si fuera un elefante" y "mojo" su motocicleta y él sale a acusarme llorando con mamá.

También esto puede apreciarse cuando le señalo que debe estar muy enojado porque hay una nueva bebé en casa, y entra nuevamente en mucha angustia, no tolera que le diga nada más.

Se hace así evidente la existencia de dificultades importantes en este proceso de simbolización y pensamiento que dejan su huella en el desarrollo y que requieren de una interpretación profunda, pues no se trata solo de un retraso cognitivo, esto es solo expresión de un complejo proceso emocional que no puede resolverse solamente con una mayor estimulación del medio ambiente, pues implica una creciente tolerancia a la frustración y la utilización del aparato mental para poder comprender esta frustración y así poder tolerarla aún más.

-Existen serias dificultades en relación al logro de la constancia objetal.

El logro de la constancia objetal, de acuerdo con Malher, (1977) implica un adecuado atravesamiento por las fases autística normal y simbiótica, así como por las subfases del proceso de separación-individuación. Cada paso precedente sienta las bases para el siguiente.

Este logro no solo implica el tener la certeza de que el objeto sigue existiendo aún cuando no se encuentre dentro del campo perceptual (objeto permanente) sino la convicción de que el objeto sigue amándolo, aunque esté separado, aunque sea otro, diferente de uno mismo.

En los pequeños con depresión anaclítica, durante el desarrollo del síndrome, se da una progresiva retracción regresiva como defensa ante la ausencia de la compañera simbiótica. Se reinstala la barrera contra los estímulos, buscando negar toda percepción interna o externa, logrando un estado muy parecido a la muerte. Este estado tiene que ver con lo que Freud (1920) retoma en "Más allá del principio de placer" en relación a la existencia de una tendencia a lo inanimado, a la búsqueda de un estado de equilibrio en el que no haya necesidades, al Nirvana; al lado de la ya conocida tendencia sexual. En el síndrome de depresión anaclítica el impulso de muerte parece ganar terreno.

Si se logra sacar al pequeño de este estado, se describe

un apego desmedido a la figura materna, ahora como defensa ante la posibilidad de vivenciar una nueva pérdida de la misma. En Fabián estos dos movimientos son muy claros.

Cuando llega a atención, a pesar de que tiene más de dos años y medio, se encuentra instalado en esta relación simbiótica con la madre, que sigue funcionando como un yo auxiliar. La madre no requiere que Fabián le diga lo que necesita, ella "lo adivina". Fabián pide constantemente su ayuda, aún en actividades que podría realizar solo y no se despega de ella, ni siquiera un pequeño espacio, como queriendo defender la ilusión de formar una unidad con la misma.

A partir de este estado el inicio el proceso de separación-individuación no tiene lugar si antes no se desarrolla un trabajo terapéutico que permita al pequeño ir encontrando nuevos niveles de relación con la madre, los cuales, al garantizar de entrada su presencia y relación amorosa, le permitirán un creciente uso de su autonomía.

Contrariamente a lo que sucede en el proceso normal de desarrollo, en donde en la subfase de ejercitación se da una actitud despreocupada por la madre y un gozo por el ejercicio, en estos pequeños primero tiene que darse el aseguramiento de que la madre estará presente y seguirá amándolo, para poder entonces desarrollar sus movimientos. En esta ejercitación la madre se convierte en el centro de operaciones y la misma puede darse solo sí el pequeño puede asegurarse, ante cada paso, que este no implica un riesgo de pérdida. De otro modo el pequeño renuncia a su ejercicio.

Este proceso es muy complejo. Puede apreciarse cómo en Fabián cada nuevo logro implica un aumento de su angustia y casi siempre, movimientos regresivos, como buscando comprobarse que el mismo logro obtenido no le impedirá el regreso a su ilusión de unidad dual con la madre, a través de la renuncia al mismo, pero para después convencerse de que tal avance es valioso y poder retomarlo cuando le parece claro que no se le obliga a "ser grande" pero que mamá está dispuesta a aceptar este progreso con gusto, lo cual le permite encontrar nuevos niveles de intercambio con ella y disfrutar entonces sí del avance obtenido. Se da así un ir y venir que permite finalmente el desarrollo.

Esta necesidad de reaseguramiento constante es el precio que su estructura en formación pagó ante la pérdida temprana. No puede decirse en este momento si se alcanzará una solución más evolucionada a tal conflicto, sin embargo considero que el avance que se ha dado constituye un logro, no poco apreciable para la vida del pequeño.

-Se da una significativa fijación oral que coloreará la elaboración de los conflictos propios de las fases subsecuentes.

A través del análisis el desarrollo del caso clínico pudo apreciarse claramente la existencia de importantes puntos de fijación oral.

En el caso descrito, junto a las dificultades propias de la vida instintiva, se da la pérdida temprana y la existencia de una experiencia de frustración desbordante. La interacción de estos factores produce el síndrome de la depresión anaclítica, en donde se da una inhibición de la alimentación, como expresión de la negación de todo impulso voraz. Sin embargo la negación de la voracidad, como se señalaba al inicio del capítulo, no quiere decir que tal impulso no exista, sino por el contrario, que existe y que además se le siente tan peligroso que se le inhibe totalmente.

Freud (1905) plantea que los puntos de fijación pueden darse por una excesiva gratificación en determinada etapa, o por el contrario, por una grave frustración. En este caso sucede lo segundo: la falta de una satisfacción oral adecuada da como resultado que la meta de incorporación, propia de la etapa oral, coloree de alguna manera las metas propias de etapas posteriores.

La libido no puede avanzar libremente pues tiene que controlar los impulsos pregenitales. La tramitación de la ambivalencia y la neutralización de los impulsos encuentra serias dificultades, ya que la pérdida se presenta en un momento en que el pequeño aún no puede hacerse responsable por los mismos. Pierde el espacio donde poder resolverlos. Además de que existe, como antecedente, una disociación tal del impulso agresivo que llegó hasta el grado de la desaparición de toda conducta de aprehensión y aún incluso de casi totalmente cualquier movimiento. Se parte aquí entonces no solo de la natural falta de neutralización propia del desarrollo primitivo, sino de una disociación tal que requiere todo un trabajo terapéutico.

Ante la reintegración del impulso agresivo, la pérdida del objeto por los impulsos hostiles que se sienten hacia el mismo, es una amenaza constante. La necesidad de incorporación es continua, como medio de recuperación del objeto, pero se teme que a través del proceso impulsivo mismo de incorporarlo también se le haya destruido o se le haya convertido en perseguidor.

Abraham (1924) plantea que es solo después de la segunda fase anal que el sujeto es capaz de conservar al objeto. Fabián no había llegado aún a este nivel. Parece ser que ante cada arremetida instintiva siente inevitablemente que pierde al objeto y que requiere recuperarlo mediante su devoración: meta característica de la fase oral canibalística. Esta situación puede apreciarse con bastante claridad cuando por ejemplo, ante la pérdida de las heces, tiene que comer muchas galletas como tratando de recuperar al objeto por este medio.

Por otro lado, las ansiedades propias de esta primera fase hacen su aparición clara. Las heces se convierten en el objeto perseguidor que contiene todos los impulsos hostiles dirigidos contra el pecho. El excusado "se traga la popo".

Fabián interpreta así los hechos desde su particular perspectiva: desde la ansiedad de devorar o de ser devorado.

En un momento posterior de su desarrollo ante la presencia de la nueva hermanita, hace nuevamente aparición la voracidad, ahora proyectada sobre la pequeña "que acabará con toda la comida".

Con la entrada al Edipo y con el aumento de la impulsividad nuevamente aparecen las fantasías canibalísticas ahora proyectadas en la figura paterna, que en retaliación por los impulsos sentidos, lo devorará. El juego del pescado que se come a los animales es un claro ejemplo de esto.

Esto confirma que ante situaciones que impliquen una importante frustración, ya sea por situaciones del medio ambiente o por un aumento de la vida impulsiva, se reavivarán estos temores.

Lo afirmado anteriormente lleva a la necesaria conclusión de que la adolescencia presentará serios conflictos, debido al necesario aumento de la vida instintiva y a toda la movilización que esta etapa significa, del mismo modo que la entrada al Edipo ha reavivado fantasías, temores, deseos y metas primitivos, relacionados con su experiencia grave de frustración temprana.

-Existe una profunda herida narcisista que dificulta tolerar las frustraciones propias del desarrollo sin fuertes tendencias regresivas.

Malher (1975) distingue dos tipos de narcisismo:

- a) El narcisismo primario absoluto que se caracteriza por la falta de conciencia de un agente maternal.
- b) El narcisismo primario relativo, que corresponde a la instauración de la simbiosis e implica la existencia de una unidad dual.

Es a través de los cuidados maternos de la madre que el niño va saliendo de su estado indiferenciado y que va cargando con libido narcisista su cuerpo, como un importante paso en este desarrollo.

El pequeño con depresión anaclítica grave pierde a la madre en un momento muy importante de su desarrollo. Es el momento en que el pequeño empieza a reconocer a la madre, no como persona, pero sí a través de sus cuidados, y en el que la madre constituye parte de su entidad, pues conforman los dos una unidad dual simbiótica. El pequeño "siente" que comparte los poderes mágicos de la madre, porque ésta es

parte de él mismo.

Al sentir que no hay una madre que responde el pequeño va dejando de actuar: su parte "poderosa" ha sido destruída.

Además, en el momento de la pérdida, se estaba dando una disminución de la satisfacción alucinatoria en favor de un aumento progresivo de la percepción. Se empezaba a cargar con libido narcisista tanto el propio cuerpo como el cuerpo de la madre. Ante la apremiante frustración que significa la pérdida el pequeño siente que el objeto es el responsable de su estado doloroso. Entonces hace un movimiento regresivo: se dirige hacia el pecho interno buscando alejarse del pecho externo malo. Se da así una creciente retracción narcisista, solo que el objeto interno es tan endeble que también se pierde, también se destruye.

Si bien es cierto que el autoerotismo y el narcisismo son herramientas de las que hace uso continuamente el pequeño para manejar la frustración, en el caso de la depresión anaclítica grave, la excesiva frustración también incide patológicamente en estos procesos. Llega a desaparecer toda conducta autoerótica y la retracción se da hasta al narcisismo muy primitivo: a ese narcisismo indiferenciado con el medio, pero muy endeble, de ahí que se vuelva un verdadero problema incluso la manutención de la vida. En Fabián esta retracción regresiva llega a un nivel de poner en grave peligro su existencia.

Más tarde, si se da la recuperación, el regreso al contacto con el medio y la vivencia del mismo como poblado de perseguidores, requiere, como se analizó anteriormente, de una escisión defensiva y una idealización del objeto para protegerlo de los propios impulsos agresivos. Esto también dejará sus huellas en el desarrollo.

Malher (1975) y Kernberg (1984) plantean que cada nueva subfase en el proceso de separación - individuación, así como las etapas anteriores, harán su contribución al desarrollo del narcisismo. En el niño con depresión anaclítica, dado que la afectación se da en un momento tan primitivo, las siguientes fases resultarán también afectadas.

Ya se habló de la seria dificultad que tiene el niño para la ejercitación espontánea. No se da esa actitud de grandeza en la que el niño pareciera sentirse dueño del mundo. Esta retribución narcisista normal del desarrollo le ayuda al niño a enfrentar las amenazas de pérdida temprana. El niño con depresión anaclítica renuncia a su ejercicio para permanecer pegado a la madre; y al no desarrollar sus movimientos, pierde gran parte de las situaciones que le ayudarían a obtener del medio un reconocimiento y cierta restitución de su narcisismo tan dañado.

Hemos visto en el desarrollo de Fabián cómo es hasta que puede asegurarse de la presencia de la madre, y de su aceptación y amor, que puede aventurarse al ejercicio, pero

siempre requiriendo volver a constatar esta disposición materna, ante cada logro, planteándose siempre la posibilidad de renunciar al mismo.

En este pequeño no se dió un abandono gradual de la propia grandeza, sino una brusca desilusión.

Debido a la idealización del objeto y a las angustias paranoídes, las exigencias parentales se viven como poco realistas, poniendo en las mismas un contenido sádico de un superyo perteneciente a etapas pregenitales.

Se puede apreciar cómo en distintos momentos del tratamiento, en Fabián suelen darse importantes regresiones y retracciones. Buscando la refusión con el objeto ideal que garantiza su existencia. Se siente muy poco seguro de sus logros : le da miedo brincar o dar maromas, que son actividades que hace perfectamente bien, mientras que en otros momentos parece desconocer todo límite: como cuando abre intempestivamente la ventana del cuarto piso poniéndose en grave riesgo.

Requiere continuamente enseñar a papá y a mamá lo que hace, pidiendo su aprobación. Esto se hace más complejo debido al alto nivel de exigencia que ambos padres tienen también y a sus importantes rasgos depresivos.

Habiendo ya cumplido cinco años y medio, en un proceso normal de desarrollo se esperarí una creciente regulación interna de la autoestima, como consecuencia de una progresiva resolución del complejo edípico, claro, enfrentando los complejos conflictos que el mismo implicaría en este momento de desarrollo todavía. Sin embargo, en Fabián, la excesiva idealización que tiene que hacer del objeto, la existencia de impulsos pregenitales, así como de exigencias superyoicas sádicas y primitivas, dificultan enormemente este proceso de progresiva internalización.

Existen más bien, pareciera ser, dos tendencias: una a la reacción depresiva, pues la distancia entre el objeto idealizado y el sí mismo es mucha, llenándolo de angustia ante limitaciones y frustraciones normales; y la otra, una tendencia alternante con la anterior, a negar todo límite, como en una actitud maniaca en donde pareciera fusionarse con un objeto ideal todo poderoso y hacer cosas que le implican un verdadero peligro.

La falla narcisista también se expresa, como puede esperarse, en una dificultad para la autoevaluación y la autocrítica así como para aceptar y aprovechar las evaluaciones que provienen del medio cuando estas no son aprobatorias. Esto se hace evidente también en situaciones fuera de la terapia . En la escuela la maestra ha tenido dificultades en cuanto a la disciplina de Fabián. No tolera límites y niega las reglas . Aunque esta conducta no es frecuente, sí se ha dado en varias ocasiones. En un reporte reciente de la maestra que me hizo llegar Johana , señalaba que Fabián busca hacer el mismo trabajo durante varias

sesiones de clase, no porque no pueda hacer otro, sino porque no le gusta aprender lo nuevo. El aprendizaje lo enfrenta a situaciones de frustración. La dificultad para tolerarlas tendría que ver también con este problema. La posibilidad de error le crea una gran angustia.

En lo que toca a las hipótesis relacionadas con el tratamiento, el mismo proceso terapéutico descrito permite una confrontación de las mismas.

Se planteó que la salida de la retracción que presenta el niño con depresión anaclítica grave se posibilita mediante la recatectización de la periferia corporal.

Benjamin (1961), a quien se citaba ya anteriormente, habla de una crisis alrededor de la cuarta semana de vida, en donde se da una catectización progresiva de los órganos pereptuales que permite un progresivo contacto con el mundo. Este proceso posibilita la instauración de la simbiosis y la catectización del principio materno.

En el pequeño con depresión anaclítica grave, como se ha visto en repetidas ocasiones, la retracción constituye una defensa ante la falta de la compañera simbiótica. Es solo el regreso de la misma, o de un sustituto adecuado, lo que permite la recuperación. Esto ha sido observado por diversos autores. Spitz (1965) especialmente ha hecho un seguimiento tanto del desarrollo del síndrome como de su recuperación.

En el caso estudiado es verdaderamente admirable la labor terapéutica que realizan los padres, buscando que el pequeño desarrolle nuevamente su sensibilidad hacia el medio. Hacen una estimulación de todo su cuerpecito, propiciando el contacto con la piel, dedicando mucho tiempo al baño diario, hablándole, cargándolo, arrullándolo. Todo esto va permitiendo una progresiva recuperación de la percepción, primero de contacto y luego a distancia. La mejoría que logran del estado del pequeño es admirable, si consideramos además no solo su retracción sino la grave desnutrición en la que se encontraba.

No se puede comprobar, a nivel operativo, qué habría pasado si la recuperación de la compañera simbiótica se hubiera dado en un momento posterior del desarrollo. Sin embargo, el supuesto propuesto de que esta fase constituye un momento crítico encuentra mucho apoyo en el concepto de desarrollo que plantean los autores abordados a través del presente trabajo (Klein, Kernbergh, Malher, Seagal, Spitz, Winnicott, etc.). Aunque a nivel práctico tampoco puede decirse que no se cuenta con ningún elemento. A pesar de que los datos empíricos no permiten una confirmación de la hipótesis

planteada, si parecen reforzar el sentido a que la misma se aboca. Spitz (1965) señala que si no se da la recuperación de la figura materna en un lapso que va de tres a cinco meses, y llega a desarrollarse el síndrome poco pronosticable del hospitalismo, la recuperación es casi imposible. El acceso al contacto con estos pequeños es remoto. En sus investigaciones sigue este proceso de deterioro de cerca e indica el alto índice de mortalidad que puede observarse en las casas cuna. De alguna manera esto constituye una evidencia clínica que permite seguir sosteniendo la hipótesis, aunque no nos permite constatar que habría pasado si la adopción de Fabián, si hubiera conseguido sobrevivir, se hubiese dado a los diez o doce meses. Lo que sí podemos suponer es que la afectación habría sido mucho mayor y las secuelas más graves. No sabemos la posibilidad real de restitución de las funciones deterioradas, aunque puede suponerse que esta disminuiría considerablemente, dada la importancia de los procesos en gestación que serían afectados.

El tratamiento que desarrollan los padres consistió precisamente en el reestablecimiento de una simbiosis. En un primer momento la madre sintió, que aunque era un bebé de siete meses, en realidad le parecía mucho menor y realizó un cuidado correspondiente a un bebé casi recién nacido. Esta relación empática constituyó el puente que permitió a Fabián el contacto. Había que partir de sus posibilidades emocionales, que además en este momento no se encontraban desfasadas de sus posibilidades motoras, pues éstas también estaban seriamente deterioradas y se evidenciaba un resago general en su desarrollo.

Es cuando el desfase entre las capacidades motoras y emocionales de Fabián empieza a hacerse más evidente que la madre manifiesta una gran confusión, pues las demandas del pequeño no coinciden con sus capacidades físicas. Fabián había caído en una psicosis simbiótica, intentando defender a toda costa la ilusión de formar una unidad con la madre y así garantizarse que no habría otra pérdida.

Ante esta actitud los padres no saben cómo actuar, además, como se analizó, por los mismos sentimientos ambivalentes de que les despertaba el crecimiento de su hijo.

Es aquí donde la intervención terapéutica externa a la familia se hace muy necesaria. Aunque durante esta etapa de atención el terapeuta funciona en una relación periférica con el niño, permite que se cree un espacio, en donde el vínculo entre madre e hijo encuentre una contención.

Se atiende, en tal momento, no al pequeño, sino a la unidad dual que conforman él y su madre y se trabajan los aspectos transferenciales que tal unidad plantea.

Es a partir de la creación de este espacio terapéutico que el proceso de separación - individuación puede gestarse. Dada la experiencia de pérdida temprana la fantasía de amenaza de

que esta se repita siempre se da en estos pequeños con dimensiones que están lejos de parecerse a la natural angustia de separación que se da en el proceso de desarrollo normal. Cada paso, en el proceso de individuación, cada logro en la autonomía, implica un aumento de la angustia así como procesos regresivos. Esto puede apreciarse claramente a través del tratamiento. Fabián hace, cada vez que se siente más independiente de mamá, un regreso hasta sus brazos, incluso hablando en sentido concreto. Sin embargo, cada vez la recuperación de estos estados regresivos se da más rápida y fácilmente. Parece más bien que tales procesos están en función de la elaboración. No quiero con esto decir que no exista en Fabián una fuerte tendencia regresiva ante situaciones en que se implica un aumento considerable de la angustia, pero que a pesar de ello, Fabián cuenta cada vez más con herramientas para salir de estos estados, y estas regresiones; dentro del ámbito terapéutico, le permiten retomar muchos aspectos de su dificultad para el crecimiento.

Puede señalarse que existe también, y paralelamente a lo anteriormente afirmado, un creciente uso de mecanismos neuróticos. En la última fase del tratamiento descrita, a pesar de que Fabián retoma angustias muy tempranas (paranoides) por ejemplo cuando trabaja con la motocicleta, o en medio de la obscuridad, las defensas de las que echa mano son: la formación reactiva, la anulación, el control obsesivo, etc., que corresponden a un nivel mucho más evolucionado del desarrollo. Es cierto que cuando la angustia lo desborda nuevamente recurre a la escisión y a la proyección, relacionado esto con los procesos regresivos apenas señalados. Sin embargo, el que existan, al lado de éstos y cada vez con mayor frecuencia, defensas más neuróticas, habla de la posible gestación de otro tipo de estructura, en la que a pesar de que no dejan de reconocerse los importantes núcleos psicóticos, se implica otro nivel evolutivo. Esto mejora enormemente el pronóstico y no solo a nivel clínico, sino principalmente para Fabián y la familia, en cuanto a posibilidades de adaptación y de experiencia de vida.

XIII- ALGUNAS REFLEXIONES FINALES.

Durante la realización del trabajo con Fabián tuve la oportunidad de recibir en consulta dos casos más de adopción. Ninguno de éstos había desarrollado el síndrome de depresión anaclítica durante su estancia en la institución, sin embargo considero que aportan importantes elementos a la comprensión del fenómeno en estudio.

La pequeña de la que hablaré inicialmente y a la que llamare Paola, fué llevada a consulta por la madre debido a que observaba una conducta masturbatoria casi constante, así como una relación indiscriminada con cualquier persona. Esto provocaba una importante preocupación en la madre ya que Paola, aunque contaba ya con cuatro años de edad y dos viviendo dentro de la casa adoptiva, seguía a cualquier extraño sin manifestar casi ninguna diferencia en el apego hacia personas conocidas o desconocidas.

Paola fue adoptada a los dos años de edad y aparentemente se adaptó fácilmente a su nueva familia, llamando rápidamente papá y mamá a sus padres adoptivos. Sin embargo, al poco tiempo se percataron de que ésta no era una conducta exclusiva hacia la familia: Paola llamaba papá y mamá a muchas gentes.

Así mismo manifestaba importantes conductas agresivas. La mamá se quejaba de que era sumamente destructiva: "No hay juguete que le dure" decía la madre, y también hacía referencia a lo celosa que era la pequeña de la atención tanto de papá como de mamá: "Es muy demandante".

La situación de la otra pequeña, a quien llamaré Mariana, era muy semejante. Mariana había sido adoptada cuando contaba con un año. A pesar de que no desarrolló el síndrome de depresión anaclítica fue llevada a consulta a los tres años debido al retraso en su desarrollo psicomotor.

Conforme se inició la evaluación del caso, pudo apreciarse una rapidísima ligazón afectiva. Esto me recordó la situación de Paola. Pareciera como si llevara mucho tiempo de asistir a la consulta. Había también una gran necesidad de ser vista y aprobada. Su actitud era muy seductora, como buscando un constante apego a cualquier figura.

Ambas pequeñas presentaban un importante retraso en el

desarrollo del lenguaje.

Lo que me interesaría subrayar aquí, y que me parece que encuentra una importante relevancia para el tema de estudio, es esta relación indiscriminada que se da con cualquier persona. Pareciera ser que lo que ahora constituye un problema, fue lo que les permitió subsistir en la institución sin desarrollar depresión anaclítica. Al lado de la conducta autoerótica, utilizada muy probablemente en exceso para suplir también la excesiva frustración y defenderse de la apremiante angustia, pareciera ser que estas pequeñas se las arreglaron para aprovechar cualquier suministro humano disponible. Dado que no existía una figura específica no se distingue lo familiar de lo no familiar y lo que constituyó la defensa ante la situación de pérdida representó también un costo muy elevado en la estructuración de su personalidad.

Nuevamente se confirma lo que planteaba Winnicott (1964) en relación a que pareciera ser que el pequeño estuviera pensado para ser cuidado por su propia madre, y en su defecto por una substituta específica.

Esto me lleva a retomar la reflexión hecha anteriormente en relación al cuidado que se da al pequeño en la casa cuna: el cambio continuo de niñeras, la falta de constancia de las figuras, la carencia de un cuidado específico para cada niño, el exceso de pequeños bajo el cuidado de una sola persona, y tantas situaciones en que se implica la falta de una presencia tan necesaria para el desarrollo.

Considero que esto no obedece simplemente a la falta de presupuesto, que si ciertamente es un elemento que influye de manera decisiva, no es el único y quizás tampoco el más importante.

M. David y G. Appel (1966) señalaban que estos cambios continuos de personal tienen que ver también con una actitud defensiva de parte del mismo ante una demanda tan abrumante y la situación paradójica de cuidado de estos pequeños que implica el ligarse afectivamente a ellos estando dispuesto a desprenderse en el momento que se de el proceso de adopción.

La situación adquiere así una gran complejidad y no puede ser evaluada superficialmente. Se requiere que el personal que trabaja en estas instituciones cuente con un espacio terapéutico donde pueda elaborar los sentimientos y reacciones que su situación les despierta, para poder dar a su vez una adecuada contención a los pequeños, pues la labor que realizan estas niñeras, es esencialmente terapéutica. Por lo mismo requieren contención y asesoría.

En la medida que pueda hacerse una intervención temprana y atinada, el pequeño no tendrá que pagar un precio tan alto en la estructuración de su personalidad y aunque no pueda de

ninguna manera decirse que se evitará toda consecuencia debida a la experiencia de pérdida así como a las dificultades propias de las vicisitudes del desarrollo, pues esta afirmación estaría totalmente fuera de la realidad, sí puede pensarse que un medio mejor adaptado a las necesidades del niño que ha sufrido el abandono familiar, por cualquier circunstancia, hará una importante aportación a la compleja tarea de la formación del sujeto. Lo que quiero decir, en pocas palabras, es que la pérdida de la figura materna no tiene necesariamente porque convertirse en la ausencia total de una respuesta comprensiva y cariñosa del medio.

XIV

R E S U M E N .

La presente tesis se aboca al estudio de la depresión anaclítica, síndrome que se presenta en algunos niños que han sufrido una carencia temporal de cuidados maternos durante el primer año de vida y que se caracteriza por un creciente deterioro del índice de desarrollo y una progresiva pérdida de contacto con el mundo, con una recuperación aparentemente total cuando la madre regresa o el niño es adoptado por un buen sustituto.

La investigación se centra en dos aspectos principales:

a) Vicisitudes en relación a la formación de la personalidad en los niños que han presentado tal síndrome.

b) Intervenciones terapéuticas que pueden favorecer la recuperación del niño y el desarrollo de aquellos procesos afectados por la experiencia de pérdida temprana.

El marco teórico en el cual se fundamenta el presente estudio es la teoría de las relaciones objetales. Se abordan conceptos de desarrollo de autores como Klein, Bion, Winnicott, Malher, Kernberg, entre otros.

Las hipótesis planteadas y que se sustentan tanto a través del trabajo teórico como del caso clínico estudiado, son las siguientes:

a) En relación a la estructuración de la personalidad:

. Existe en estos niños una dificultad para la integración del objeto libidinal por exceso de ansiedades paranoídes.

. Al no haber un objeto total se dificulta el proceso de simbolización y el desarrollo del pensamiento.

. Al no haber un buen desarrollo de la simbolización, se dificulta la representación del objeto (objeto permanente) y el logro de una constancia objetal.

. Hay una significativa fijación oral que coloreará la elaboración de los conflictos propios de las fases subsecuentes.

.Existe una profunda herida narcisista que dificulta tolerar las frustraciones propias del desarrollo sin fuertes tendencias regresivas.

b)En relación a la intervención terapéutica:

.La salida de la retracción que presentan estos pequeños se posibilitará mediante un trabajo terapéutico que permita la recatectización de la periferia corporal.

.El tratamiento deberá implicar el reestablecimiento de una simbiosis correctiva.

.La reedición del proceso de separación-individuación implicará la reelaboración de angustias primitivas.

.El tratamiento podrá permitir un creciente uso de mecanismos neuróticos sobre psicóticos.

Como se señaló, estos aspectos son trabajados a nivel teórico en la primera parte de la investigación, mientras que en la segunda parte se presenta el seguimiento de la aplicación del modelo terapéutico propuesto en un estudio longitudinal de un caso clínico.

Al final del trabajo se presenta una discusión amplia sobre los resultados obtenidos intentando hacer una conexión entre las dos secciones del trabajo.

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, Karl, Psicoanálisis clínico; 1a ed, Paidós, Buenos Aires, 1959. 388 pags.

ASOCIACION MEXICANA DE PSIQUIATRIA INFANTIL. Desarrollo infantil normal; la ed, AMPI, México, 1980. 206 pags.

BETTELHEIM, Bruno. La fortaleza vacía; 4a ed, Laia, Barcelona, 1987. 581 pags.

BION, W.R. Aprendiendo de la experiencia; 4a ed, Paidós, Buenos Aires, 1987. 131 pags.

Volviendo a pensar; 3a ed. Paidós, Buenos Aires, 1985. 225 pags.

BOWLBY, John. Child care and the growth of love; 2a ed, Penguin Books, England, 1965. 254 pags.

Los cuidados maternos y la salud mental; 4a ed, Humanitas, Buenos Aires, 1982. 232 pags.

CLIFFORD W. M. Scott. Una concepción psicoanalítica acerca del origen de la depresión; en M. Klein. Direcciones en psicoanálisis; la ed, Paidós, 1965. pags 55-63.

FARBAIN W.D. Estudio psicoanalítico de la personalidad; la ed, Paidós, Buenos Aires, 1962. 273 pags.

FREUD Sigmund. Análisis de la fobia de un niño de cinco años. (1909) Obras completas Vol X; la ed, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974.pags.1-118 .

De la historia de una neurósis infantil.(1918) Obras completas. Vol XVII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974. pags.1-112.

Duelo y melancolía. (1917) Obras completas. Vol XIV, la ed; Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974.pags. 235-256.

El sepultamiento del complejo de Edipo.(1924) Obras completas. Vol XIX; la ed, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974. pags. 177-188.

El yo y el ello.(1923) Obras completas. Vol XIX;

la ed, Amorrortu Editores, 1974.pags. 1-66.

Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico.(1911) Obras completas. Vol XII, la ed, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974. pags.217-232

Introducción al narcisismo.(1914) Obras completas. Vol XIV, la ed, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974. pags 65-98

Más allá del principio de placer.(1920) Obras completas. Vol XVlll; la ed, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974. pags 1-62

Sobre las teorías sexuales infantiles.(1908) Obras completas. Vol IX; la ed, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974. pags 183-202 .

Trabajos sobre metapsicología.(1915) Obras completas. Vol XIV, la ed, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974.pags 99-206.

Tres ensayos de teoría sexual.(1905) Obras completas, Vol Vll, la ed; Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974.pags 109-116.

GUEN , G. La neurose d' abandon; 1a ed, PUF, París ,1950 123pags.

HARLOW, Harry F. Learning to love; 1a ed. Albion Publishing Company, San Francisco California, 1971, 116 pags.

HEIMANN, Paula. Algunas funciones de la introyección y la proyección en la temprana infancia. En Melanie Klein y otros. Desarrollos en psicoanálisis; 2a ed, Horme, Argentina, 1967, pags. 117-152.

La regresión; en Melanie Klein y otros. Desarrollos en psicoanálisis; 2a ed, Horme, Argentina, 1967. pags. 153-175.

Nota sobre la teoría de los instintos de vida y muerte; en Melanie Klein y otros. Desarrollos en psicoanálisis, 2a ed, Horme, Argentina, 1967. pags. 277-289.

Una contribución a la revaluación del complejo de Edipo. Las etapas tempranas; en Melanie Klein y otros. Nuevas direcciones en psicoanálisis; la ed, Paidós, 1965, pags. 40-54.

ISAACS, Susan. Naturaleza y función de la fantasía; en Melanie Klein y otros. Desarrollos en psicoanálisis, Horme,

Argentina, 1967. Pags. 73-115.

KERNBERG, Otto. La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico; 1a ed, Paidós, México, 1984. 226 pags.

KLEIN, Melanie. A Contribution to the psychogenesis of tics; in Melanie Klein. Contributions to psychoanalysis; 1a ed, William Lewis Printers, Britain, 1948, pags 117-139.

Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En Melanie Klein y otros. Desarrollos en psicoanálisis; 2a ed, Horme, Argentina, 1967. pags. 177-207.

Early stages of the oedipus conflict; in Melanie Klein. Contributions to psychoanalysis; 1a ed, William Lewis Printers, Britain, 1948, pags 204 -214.

El psicoanálisis de niños; 2a ed, Horme, Argentina, 1964. 289 pags.

Infant analysis; in Contributions to psychoanalysis; 1a ed, William Lewis Printers, Britain, 1948, pags 87-116

Mourning and its relation to manic-depressive states; in Melanie Klein. Contributions to psychoanalysis; 1a ed, William Lewis Printers, Britain, 1948, pags 282-310.

Sobre la identificación; en Melanie Klein y otros. Nuevas direcciones en psicoanálisis; 1a ed, Paidós, 1965. pags 301-334.

Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa; en Melanie Klein y otros. Desarrollos en psicoanálisis; 2a ed, Horme, Argentina, 1967. pags 235-251.

The development of a child; in Melanie Klein. Contributions to psychoanalysis; 1a ed, William Lewis Printers, Britain, 1948, pags 13-67.

The oedipus complex in the light of early anxieties; in Melanie Klein, Contributions to psychoanalysis; 1a ed, William Lewis Printers, Britain, 1948, pags 339-390.

KOHOUT, Heinz. The restoration of the self; 1a ed. International University Press Inc. New York, 1977. 345 pags.

The search for the self; 1a ed. International International University Press Inc. New York 1977. Vol 1 y

11. 968 pags.

LEVOVICI, Serge y Soule Michel. El conocimiento del niño a través del psicoanálisis; la ed, F.C.E. Mexico, 1973, 458 pags.

MALHER y otros. El nacimiento psicológico del infante humano; la ed, Marymar, 1977. 328 pags.

Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación; 2a ed, Joaquín Mortiz, México, 1980. 304 pags.

MANNONI, Maud. El niño retardado y su madre; 2a ed, Paidós, Buenos Aires, 1987. 157 pags.

La primera entrevista con el psicoanalista; 1a ed, 3a reimpresión, Gedisa, Buenos Aires, 1985. 143 pags.

Un lugar para vivir. la ed, Grijalbo, Barcelona, 1982. 306 pags.

MICHACA, Pedro. Desarrollo de la personalidad. Teorías de las relaciones de objeto; la ed, Editorial Pax, Mexico, 1987. 161 pags.

MILNER Marion. El papel de la ilusión en la formación de símbolos; en Melanie Klein y otros. Nuevas direcciones en psicoanálisis; la ed, Paidós, 1965. pags 94-118.

MONEY KYRLE. Una contribución no definitiva a la teoría del instinto de muerte; en Melanie Klein y otros. Nuevas direcciones en psicoanálisis; la ed, Paidós, 1965. pags 478-488.

MORENO, Monserrat y Genoveva Sastre. Aprendizaje y desarrollo intelectual; la ed, Gedisa, Barcelona. 1980. 268 pags.

RIVIERE, Joan. Sobre la génesis del conflicto psíquico en la primera infancia; en Melanie Klein y otros. Desarrollos en psicoanálisis; 2a ed, Ediciones Horme, Argentina, 1967 - pags 49-71.

RECAMIER, P.C. Etude clinique des frustration precoces; en Reveu francaise de psychoanalyse. T XVII num. 328-350 y T XVIII, num. 4 576-631 París 1953 y 1954.

ROBERTSON, D. Mothering as an influence on early development. P.S. of the child. Vol XVII, 1962.

SCHAEFFER, E. y otros. Development of a maternal behaviour research instrument en Journal of Genetic Psychology, 95, 1959. R

SPITZ, Rene. El primer año de vida del niño; la ed, F.C.E., México, 1965. 294 pags.

THORNER A Hans. Tres defensas para la persecución interna. En Melanie Klein y otros. Nuevas direcciones en psicoanálisis; la ed, Paidós, 1965. pags 276-298. ✓

TRASLER G. In place of parents.; 1a ed, Routledge and Kegan, London, 1960. 235 pags. ✓

PIAGET, Jean. La formación del símbolo en el niño, la ed, F.C.E., México, 1984. 401 pags. ✓

Psicología de la inteligencia; la ed, Editorial Psique, Buenos Aires, 1984. 189 pags.

Psicología del niño. 12a ed; Ediciones Morata, Madrid 1984. 172 pags. ✓

WINNICOTT D. W. El proceso de maduración en el niño; 3a ed, Laia, Barcelona, 1981. 340 pags. ✓

Escritos de pediatría y psicoanálisis; la ed, Laia, 1958. 442 pags. ✓

Realidad y juego; la ed, Gedisa, Buenos Aires, 1985. 199 pags.