

I

PSICOANALISIS Y PSICOTERAPIA PSICOANALITICA EN NIÑOS *

INTRODUCCION

Ante la perspectiva de este relato se me plantearon dos caminos posibles: uno era efectuar una revisión exhaustiva de las distintas corrientes de psicoterapia de niños y adolescentes y luego sintetizarlas y agregar algunos comentarios sobre mi técnica de trabajo; la otra posibilidad era diametralmente opuesta: dedicar la mayor parte del relato a describir mi modo de trabajo y referirme brevemente a otras formas de psicoterapia.

La elección de este último camino no implica una desvalorización de las otras corrientes; ocurre simplemente que, a mi entender, un relato confiado a un especialista debe incluir un mensaje que comunique su forma de trabajo y su capacidad de cambio tanto en los aspectos teóricos como técnicos. Esto es especialmente válido en mi caso, ya que soy pionera de una forma de psicoterapia en la Argentina y he dedicado a ella y a la formación de analistas de niños más de un cuarto de siglo.

Fuentes, desarrollos y aplicaciones de mi técnica

Mi técnica se basó al principio en la que Anna Freud (1) y Sophie Morgenstern (2) crearon para el análisis de niños. A partir de 1940 recibí la influencia teórica y técnica de la obra de Melanie Klein (3), sobre la que se fueron estructurando, año tras año, mis propias modalidades y descubrimientos y los de los colegas que trabajaron y trabajan conmigo.

A este constante intercambio se agregó en la última década el estí-

* Versión ampliada del relato oficial del I Congreso Argentino de Psicopatología Infanto-Juvenil, Buenos Aires, junio de 1969, publicado en la revista *Orientación Médica* con el título "Psicoterapia de niños y adolescentes".

mulo creado por el nuevo campo de tareas que surgió de la psicoterapia de grupos, de los grupos de interacción de psicoanalistas de niños con pediatras y odontopediatras, de las experiencias con grupos de padres y madres y de las técnicas de terapia familiar.

Surgieron así, junto a una técnica de psicoanálisis de niños, otras formas de psicoterapia analítica con fines y tiempos determinados, que son las que usamos actualmente con niños y adolescentes en las siguientes situaciones: 1) cuando deben ser operados; 2) en casos agudos de un síntoma que puede ser focalizado y aislado, por ejemplo, un trastorno de sueño en un niño pequeño; 3) cuando el niño no acepta un tratamiento odontológico por ansiedades fóbicas; 4) ante una enfermedad mortal del niño o de alguien próximo a él, y 5) frente a situaciones familiares que lo perturban en las que la actitud de los padres contribuye a que se hagan patológicas, no suministrándole la información necesaria o dándole una deformada, contradictoria o engañosa.

Esta última actitud es frecuente en caso de: a. adopción; b. divorcio; c. muerte de familiares; d. mudanzas; e. migraciones; f. nuevo casamiento de los padres; g. aparición de hermanos de otro matrimonio de los que no se ha hablado previamente, y h. viajes inesperados o prolongados de los padres a raíz de los cuales el niño y el grupo familiar se perturban. Obviamente, esta lista abarca sólo los casos más frecuentes. Sobre todos ellos tenemos una larga y exitosa experiencia, algunos publicados o presentados en congresos.

A todo esto tendría que agregar las características técnicas que hemos creado para el tratamiento de adolescentes. Cuando la terapia se inicia en la temprana adolescencia requiere modificaciones técnicas que no son necesarias cuando se trata de una adolescencia tardía, cercana a su resolución y a la entrada en la adultez. En el primer caso, la técnica se acerca a la utilizada en el período final de la latencia, y en el segundo, a la utilizada con los adultos. Esta modificación se refiere en especial a la relación del terapeuta con los padres, sobre todo en la primera entrevista, y a las condiciones del contrato analítico. La elección de consultorio se incluye en el contrato con el adolescente, decidiendo según las circunstancias si se lo tratará en el consultorio de niños o en el de adultos.

Daremos una idea general de estas técnicas, algunas de las cuales se ilustrarán con los capítulos siguientes.

Psicoterapia y psicoanálisis

Wolberg (4) define a la psicoterapia como "la forma de tratamiento de los problemas de naturaleza emocional, mediante la cual una *persona entrenada* establece deliberadamente una relación profesional con un paciente con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, mediar en las

perturbaciones de conducta y provocar un desarrollo positivo de la personalidad".

Por su parte, Laplanche y Pontalis (5) incluyen en los fines de la psicoterapia no solamente los desórdenes psíquicos sino también los corporales, poniendo un énfasis muy especial en la relación entre el terapeuta y el paciente y señalando las características de la psicoterapia de orientación analítica. "Psicoterapia —dicen— es todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utiliza medios psicológicos y, de una manera más precisa, la relación del terapeuta con el paciente; esto ocurre en la hipnosis, la sugestión, la reeducación psicológica, la persuasión y otras técnicas, incluyendo al propio psicoanálisis, si se lo enfoca como terapia."

Estos autores definen con el nombre de terapia analítica a aquella forma de psicoterapia que se apoya en los principios básicos, teóricos y técnicos del psicoanálisis y que, sin reunir las condiciones de un tratamiento psicoanalítico estricto, utiliza la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis sistemático de la transferencia, tendiendo a su resolución final.

Volviendo a la definición de Wolberg, quisiera destacar algo señalado por él y omitido por Laplanche y Pontalis: Wolberg enfatiza la necesidad de un entrenamiento especializado para la aplicación de *cualquier tipo de psicoterapia*. En este aspecto concuerdo con él pensando no sólo en la técnica psicoanalítica sino también en cualquier técnica psicoterápica. Voy a exponer la técnica en psicoterapia en la que estoy especialmente entrenada, agregando conceptos de la teoría de la técnica.

Lenguaje verbal y no verbal

Todo terapeuta debe conocer sus medios y sus fines; pero en el caso de la psicoterapia de niños se agrega una especial dificultad: la necesidad de conocer el significado profundo del lenguaje no verbal.

Este es el lenguaje que con más frecuencia utiliza el niño en su comunicación con el terapeuta: juegos, dibujos, expresiones corporales, algunas expresiones verbales. La comprensión de este lenguaje exige del terapeuta un entrenamiento de muchos años para que pueda captarlo no sólo en su significado simbólico, que es el más accesible, sino en el contexto global en el cual se presenta, ya sea durante el diagnóstico o durante el tratamiento. Una primera e importante cuestión de la psicoterapia en niños es el estudio del valor que se le atribuye al lenguaje no verbal y su consecuente utilización: a. en el diagnóstico, y b. en el tratamiento.

Con los adolescentes, el código verbal o no verbal que usan en la comunicación varía si tratamos a un paciente cerca del período inicial

del proceso (comienzo de la pubertad) o cerca de su resolución final, alrededor de los veinte años. En el primer caso usarán el tipo de código similar al utilizado por un niño en latencia tardía, y en el segundo, se acercará al que utilizan los adultos. Por eso, para estudiar las formas de psicoterapia en niños y en la temprana adolescencia creo que es necesario detenerse en el significado del lenguaje no verbal y verbal. Quiero señalar aquí que, aunque en el periodo final de la adolescencia el lenguaje verbal predomine, conocer el significado del lenguaje no verbal, en especial cuando se expresa a través del propio cuerpo, es fundamental.

Las corrientes que consideran al lenguaje no verbal, con el agregado de algunas palabras, como el medio de comunicación normal en el niño, dan importancia terapéutica al juego, al dibujo, al lenguaje del cuerpo y a la palabra.

La importancia del juego en la vida mental del niño ha despertado interés entre los filósofos, psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas; pero es sólo a partir de Freud (6) que fue posible comprender en profundidad su valor como recreación simbólica de conflictos. Quiero recordar aquí cuatro posiciones básicas en el psicoanálisis: la de Freud, para quien interpretar un juego era comprender la situación traumática subyacente, la de Melanie Klein (7), que encuentra por debajo de toda actividad lúdica las fantasías de masturbación*, hallazgo cuya validez es sólo clínica en su obra. Teórica y técnicamente sigue los conceptos de Freud sobre la situación traumática y la compulsión de repetición en el juego, enriqueciéndolos con las hipótesis sobre la identificación proyectiva y las relaciones tempranas del objeto. Las otras dos son las de Erikson y Waelder: Erikson (8) estudia la actividad lúdica como la expresión de una función del yo; Waelder (9) ve en el juego una actividad elaborativa que compara, por su carácter repetitivo, con la forma de asimilación de los rumiantes.

En nuestro grupo de trabajo consideramos estos enfoques como complementarios: la situación traumática subyacente, las fantasías de masturbación, la repetición elaborativa, los mecanismos defensivos y las funciones del yo que se expresan a través del juego (10).

Desde mi punto de vista el juego aparece con estos significados ya a partir del cuarto mes de vida; mediante esta actividad el niño va elaborando las dificultades creadas por el crecimiento normal y no solamente las situaciones traumáticas externas, y de este modo se va adaptando a los diferentes niveles del desarrollo. Además, el niño suele expresar con su cuerpo emociones o situaciones de conflicto que no consigue simbolizar en juegos y dibujos y que son el remanente de una

* Las bases teóricas de este concepto pueden encontrarse en algunos de mis libros, cuando estudio la organización genital temprana ubicando la actividad masturbatoria en su relación con el juego.

actividad lúdica que comenzó siendo un juego con el cuerpo. Este material, tanto por su contenido como por su aspecto defensivo o regresivo, es importante para comprender al niño y valorar su desarrollo, y puede ser instrumentado para el diagnóstico y la curación durante la psicoterapia.

Aparte del juego, el dibujo es otra fuente de rico material expresivo, sea en el diagnóstico o durante el tratamiento de niños a partir de tres años y hasta la adolescencia temprana inclusive.

El dibujo nos revela, en especial, aspectos importantes de los cambios en el esquema corporal y de las relaciones con el espacio —denominadas por Homburger (11) "configuraciones espaciales"—, de las relaciones objetales y del uso de las defensas. En los últimos años he enfocado el valor del dibujo como relato, a partir del cual podemos hacer construcciones sobre el pasado y la situación actual del niño (12).

Del mismo modo que en el juego, en el dibujo se van elaborando situaciones que surgen del desarrollo normal y/o patológico de acontecimientos externos traumáticos; en él se expresan también fantasías masturbatorias y se hace posible comprender las defensas usadas por el yo frente a aquéllas y frente al mundo, así como valorar el desarrollo de las funciones normales del yo de acuerdo con la edad. El estudio de dibujos puede dar una nueva clave de la psicología evolutiva del niño, del adolescente y del adulto. El impulso a dibujar surge espontáneamente alrededor de los tres años y se mantiene a través de toda la infancia, salvo excepciones, como una actividad paralela y complementaria de la actividad de juego. Conjeturo que la situación traumática que desencadena esta necesidad de fijar una imagen mediante el dibujo tiene sus fuentes en la imposibilidad de mantener la imagen en la mente. La angustia subyacente es la angustia depresiva ante lo fugitivo de la imagen. La realización del dibujo surge de la capacidad reparatoria del yo, consecuencia de la elaboración de la posición depresiva que hace posible, luego que el desarrollo de funciones del yo lo permita, reconstruir o rehacer la imagen. Recrear la imagen y fijarla mediante el dibujo le da permanencia. El ser humano lucha así por un doble camino frente a la angustia de pérdida: mediante la recreación y la permanencia.

La imagen corporal, sujeta siempre a cambios, es uno de los temas más frecuentes del dibujo infantil; luego se agregan la casa y progresivamente todos los elementos del paisaje de su vida cotidiana.

Este material no verbal es especialmente importante para el diagnóstico y tratamiento en niños y ha sido y es utilizado por diferentes escuelas de psicoterapia. Su uso variará de acuerdo con los marcos referenciales que elija el terapeuta, sean técnicas de juego, psicoterapia por el arte, técnicas de dramatización, técnicas basadas en el aprendizaje, en la sugestión o en la interpretación del contenido y la defensa y de la transferencia-contratransferencia.

El tipo de psicoterapia que elija el terapeuta hará que valore de distinto modo el material no verbal y que lo use con diferentes enfoques.

Puede valorarlo como código de comunicación del niño y utilizarlo para complementar lo que éste expresa. Podrá usarlo para dar apoyo al niño, para orientar a sus padres o para interpretar. Puede valorar este material no verbal como una simple descarga y considerar que el solo hecho de jugar y dibujar es terapéutico. En el caso del análisis de niños, utilizará la interpretación del contenido y la defensa y de la relación terapeuta-paciente, incluyendo el material dentro del contexto de la situación analítica.

Interpretación del lenguaje no verbal

Si consideramos la *interpretación como instrumento técnico*, se pueden distinguir dos corrientes: los que utilizamos la interpretación verbal y los partidarios de la interpretación lúdica o no verbal (13).

Nuestro grupo de trabajo considera que sólo la palabra puede llevar a hacer consciente lo inconsciente, y ésta es la meta a la que buscamos llegar con la interpretación.

Es frecuente, sin embargo, que al terapeuta de niños le cueste aceptar al principio que pacientes de corta edad puedan comprender y elaborar la interpretación verbal que el terapeuta les da, interpretación que, por otra parte, tiene las mismas características que las que se usan en el análisis de adultos, adaptando la formulación a las diferentes edades (niños pequeños, latentes y adolescentes). El analista que acepta esto tiene que ejercitarse para lograr un estilo que le permita adaptarse inmediatamente a las diferentes necesidades de cada edad y de cada momento del tratamiento, en especial con niños muy pequeños, por ejemplo, de 12 a 18 meses.

Un postulado coherente con esta idea técnica consiste en considerar que un niño, aún pequeño, cuando termina su tratamiento debe disponer de un equipo verbal mínimo que le permita expresar sus ideas sin recurrir al lenguaje no verbal. Este uso del lenguaje verbal es, para Melanie Klein un requisito indispensable para dar por terminado el análisis de un niño (14).

Otros problemas técnicos

Elegir entre interpretaciones lúdicas o verbales no es la única oposición técnica. Existen otras discrepancias que no pueden ser pasadas por alto y de las que me ocuparé en detalle inmediatamente.

Un importante punto de colisión entre las escuelas es la forma de encarar la relación terapeuta-paciente. Aunque todas acepten la exis-

tencia de un vínculo especial entre ambos, el terapeuta puede utilizarlo o no para la interpretación, o puede muy bien considerar que sólo debe tomar en cuenta los aspectos positivos de la transferencia y tratar de reducir los negativos mediante técnicas de apoyo, de persuasión, de sugestión, etcétera.

Existen tantas terapias posibles como enfoques ideológicos se manejan. En algunos casos, la oposición sobre puntos fundamentales llega a situaciones extremas. Nosotros, como analistas, buscamos y usamos la regresión; en cambio, otras corrientes la limitan o la eluden por completo, prefiriendo enmarcarse en el aquí y ahora. En este sentido, las palabras de Allen (15) son bastante explícitas: "Sin embargo, lo que desde el punto de vista terapéutico nos interesa ante todo es la realidad actual de los padres preocupados y del niño trastornado y no aquella narración histórica en sí. Los valores curativos inherentes a la experiencia actual en la cual el terapeuta y el paciente se encuentran, pueden quedar desviados y hasta perdidos si no tenemos en cuenta el presente y nos dedicamos sólo a la tarea tortuosa e infinita de descubrir todo lo que había ocurrido en el pasado. Nuestra función terapéutica más importante es la de comprender el presente aunque el contenido de éste se nos ofrezca, en gran parte, en términos de pasado; y, en efecto, a partir de esta comprensión, podemos llegar a una mejor valoración del pasado".

La utilización de la angustia es otra de las encrucijadas. Mientras que algunas escuelas de psicoterapia tienden a reducir su importancia en tanto material para ser usado técnicamente, otras la manejan como un elemento valioso para la consolidación del tratamiento. Faltándole al niño conciencia de enfermedad la intensidad de su angustia facilita que transfiera de inmediato sus conflictos en el terapeuta, lo que permite comenzar el trabajo analítico. Otras escuelas consideran fundamental reducir la angustia, sea lentamente o sólo cuando se produce una verdadera crisis de ansiedad. En ese caso pueden recurrir a métodos de apoyo, a técnicas interpretativas o a terapias combinadas.

Otro punto relevante de discrepancia entre las diversas técnicas psicoterápicas es el *cuándo* y el *cómo* poner límites a la acción del niño y a partir de qué fundamentos teóricos y técnicos.

Pero no debemos olvidar algo muy importante que define una psicoterapia: sus límites temporales. Estos pueden quedar librados al propio ritmo del proceso terapéutico en la situación creada entre el terapeuta y el paciente; en cambio, en otros casos la duración puede ser previamente limitada, como ocurre con las psicoterapias breves a las que damos gran valor en los casos muy definidos que hemos mencionado.

La discusión también sigue abierta en lo que respecta a si se considera que el proceso terapéutico ha terminado con la desaparición del síntoma o si se busca un cambio estructural y dinámico situado más allá de la cura sintomática.

Tampoco hay una sola respuesta para saber si se debe actuar en una relación bipersonal con el niño o si se recurre a los padres y a las modificaciones ambientales para lograr la curación.

Todos estos interrogantes tienen una respuesta diferente, no sólo de acuerdo con la técnica que el terapeuta utilice sino —y especialmente— con la ideología con que enfrenta lo que es un niño, cómo valora su ambiente y lo que espera y cree de ambos.

Luego de estos planteos introductorios voy a tratar de resumir mis puntos de vista técnicos en psicoanálisis de niños y en algunas de las terapias de tiempo limitado a las que me he referido.

PSICOANÁLISIS DE NIÑOS

Las entrevistas iniciales

Antes de iniciar el tratamiento analítico tenemos una o varias entrevistas con los padres y obtenemos información. Estas entrevistas no se realizan en presencia del niño. Los padres le informan que las han realizado y el motivo de la consulta. Sólo después de esta información se entrevista al niño.

Las entrevistas con los padres en cierto modo son dirigidas, porque intento conocer determinados ítems de la historia del niño y de la vida familiar antes de iniciar el tratamiento:

1. motivo del tratamiento
2. historia del niño
3. descripción de un día de vida en el grupo familiar
4. cómo se festejan los cumpleaños y cómo se desarrollan las vacaciones
5. ideología y religión, haciendo hincapié en el acuerdo o discrepancia entre la posición ideológica y la vida diaria
6. historia de los padres

Aunque muchos de los datos de estas entrevistas sean inexactos o estén distorsionados, son siempre útiles para confrontarlos con los que nos comunica el niño. Son importantes también porque, al centrar el interés en el niño, permiten establecer cómo será la situación terapéutica. Los padres deben saber desde el primer momento que el paciente es el niño y no ellos.

Esta entrevista debe tender a aliviarlos de culpa y por tanto no debe nunca parecer un cuestionario, lo que los haría sentirse investigados. Se deben esclarecer los principios básicos del tratamiento y sus

dificultades: que es largo, incómodo para ellos, que traer el niño cuatro veces por semana es costoso y crea molestias, pero que su colaboración es grande si cumplen con sus horarios y honorarios. Les advierto que pueden presentarse recaídas, incrementarse los síntomas o no, pero asumo mi responsabilidad en todo esto y señalo que no es necesario que me tengan al corriente de las evoluciones que sufre el niño en la casa. Salvo situaciones extremas o muy angustiantes para ellos o de necesidad para mí, les señalo que no tendrán nuevas entrevistas. Cito la primera vez a ambos padres pero no presiono sobre la importancia de que vengan los dos; señalo sólo lo conveniente que es para mí tener dos enfoques. Si existen entrevistas posteriores mi posición es la misma en este punto.

Durante el tratamiento son pocas las entrevistas con los padres; siempre las realizo a solas con ellos y las condiciones en que se efectúan se establecen ya durante el contrato inicial, tanto con los padres como con el niño. Nunca, bajo ningún concepto, se les revelará detalle alguno de las sesiones, pero si se transmitirá al niño el contenido de las entrevistas con los padres, aunque me reservo el derecho de no darle una información que considero negativa para él, en especial situaciones que aún no están claras para los padres mismos.

Todo esto se estipula en el contrato inicial con ambos. Si es evidente interpreto la participación del niño en el pedido de los padres de tener una entrevista; por ejemplo, para que me aclaren algo que ha sido difícil para él transmitirme o para mí de valorar. Este tipo de entrevistas son frecuentes en momentos de transferencia negativa del niño no captada por el analista, lo que crea una intensificación de ansiedades paranoides. Dichas entrevistas esconden generalmente fantasías de interrupción y suelen ser la consecuencia de algún error técnico.

En casos graves también me reservo el derecho de pedir entrevistas aunque el niño o el adolescente se oponga, pero lo informo antes. Utilizo este recurso, por ejemplo, ante ausencias prolongadas al tratamiento, peligros de accidente, drogadicción, etcétera. Nunca mantengo en secreto estas entrevistas. También le informo al paciente de cualquier encuentro casual con los padres en que se haga referencia a él, llamadas telefónicas, cartas, mensajes, etcétera.

Nunca doy una entrevista a los padres en hora que le pertenece al niño, aun cuando éste esté enfermo o falte por cualquier motivo. Guardo libre esa hora y les doy otra, fuera de los horarios del paciente.

Los datos obtenidos de los padres en las entrevistas previas al tratamiento sólo son usados por mí como material de *stock*; es decir, como un mapa de referencia sobre el que puedo confrontar lo que el niño me muestra. Pero no lo uso en la interpretación: sólo me atengo a lo que el niño ofrece en las sesiones. Parto de la base de que las entrevistas deben ser comunicadas porque de todos modos el niño las registra.

Mi técnica en psicoanálisis de niños

Ofrecemos al niño en el diagnóstico y en el comienzo del tratamiento, un material de juego muy sencillo: cubos, platos, tazas, plastilina, goma de pegar, tijeras, piolín, etcétera. A veces en niños muy pequeños agregamos pelotas de goma chicas. Todo este material debe ser de muy buena calidad, para poder valorar con exactitud la capacidad destructiva y de reparación de un niño y por considerar que si es fácilmente destruido por éste se agrega una ansiedad que puede deformar lo que nos está comunicando. En niños de más de dos años, incluyo dos o tres autitos, dos o tres aviones. Excluyo la acuarela, la ténpera y la dactilopintura (*finger-paint*) porque he llegado a la conclusión de que no son necesarios para que el niño se exprese y traen en cambio complicaciones.

El contexto de la primera entrevista con el niño difiere de acuerdo con lo que hemos hablado con los padres. Si éstos se encuentran en condiciones de afrontar un tratamiento y concuerdan con el terapeuta en la necesidad de realizarlo y, a su vez, el terapeuta está dispuesto a iniciarlo, la primera hora se convertirá de hecho en la primera hora de tratamiento, sin necesidad de la hora diagnóstica. En cuanto a la hora diagnóstica, es importante señalar que sólo se lleva a cabo cuando no hay seguridad a propósito de cuál será el tratamiento conveniente para el niño y de las posibilidades del grupo familiar.

Tanto para el diagnóstico como para la primera hora de tratamiento el material de juego está sobre una mesa y luego se guarda. Para el diagnóstico se utiliza el mismo material con todos los niños, reponiendo lo que pueda haberse estropeado.

Para la hora diagnóstica en niños de más de 6 años, utilizo además el constructor de casas (16), especialmente en los casos de dificultades de aprendizaje*. Cuando se trata de la primera hora de tratamiento, al finalizar aquélla se estipulan las condiciones del contrato analítico en todos sus detalles. El material se guarda delante del niño en un cajón que se mantendrá herméticamente cerrado y al que tienen acceso solamente el niño y el terapeuta. Este cajón se transforma durante el tratamiento en el símbolo del secreto, algo similar a lo que es la reserva profesional que se conviene verbalmente con el adulto cuando se comienza a tratar. Es entonces importante cuidar que no se produzcan cambios y que no falte nada en el cajón. En algunas circunstancias, tanto para rever el material por necesidades de aprendizaje como por estar interesado en algún detalle en especial, el terapeuta puede tener que sacar un dibujo o algún otro material de juego, pero luego debe

* Durante el tratamiento no siempre está incluido en el material, pero se le facilita al niño si lo pide. Este debe saber que es como el agua o los muebles, algo que pertenece al consultorio y no a su cajón individual.

tratar de incluirlo en la misma posición en que estaba y avisarle al niño. Este es sensible a cualquier cambio u omisión; incluso, en algunos casos, le señalo que su material ha sido tomado para seguir estudiándolo o se lo advierto antes.

Hay material que se repone siempre: papeles, lápices afinados, plastilina (si el niño la usa mucho y se ha acabado). En general los juguetes rotos quedan en el cajón y en cada caso decido su reposición o no de acuerdo con el significado que tenga esa reposición. A veces se reparan durante la sesión.

Soy elástica en la reposición, pero tiendo más bien a no reponer. Cuando decido hacerlo espero alguna evidencia sobre lo que significa esto para el niño y luego de interpretar incluyo el material de reposición. En cuanto a la ampliación del equipo de juguetes, la hago en la medida en que el niño crece, pero no en forma exagerada y sólo luego de una cierta reflexión. A veces incluyo algo nuevo; por ejemplo, en un niño que empezó su análisis al año, pueden agregarse papel y lápices cuando llega a los dos años o cuando surge como necesidad. Si se da el caso de haber olvidado algún material que considero útil lo incluyo no sin antes advertirlo, y cuando está agregado ya ha sido objeto de análisis previo.

Si el niño pide la inclusión de algún nuevo elemento, también lo hago si lo considero útil y si es factible (por costo, tamaño, adecuación al tratamiento, etcétera), pero lo realizo pocas veces.

En cuanto a mi participación en el juego del niño, la hago según el rol que él me asigna, quedando así anulada la posibilidad del juego de competición, peligroso en el analista que no analiza bien su contra-transferencia.

El niño comprende rápidamente el significado técnico de asumir los dos roles. Se interpretan como aspectos de él en conflicto, aspectos sanos y enfermos de su yo, instancias psíquicas, él y su analista en roles intercambiables, todo ello en permanente evolución y regresión. Esto no se da cuando el analista participa libremente en el juego.

La personificación del analista que el niño hace se usa para la interpretación transferencial.

Resumiendo: en la hora diagnóstica y al comenzar la primera hora del tratamiento el material está sobre una mesa baja. El material diagnóstico es común a todo niño y se cuida de reemplazar lo que se haya estropeado. El de tratamiento es propiedad del paciente. En este caso al finalizar la hora se guarda y se le señala que es sólo para él, agregando la regla fundamental y las condiciones del contrato*.

Hay otra diferencia técnica entre la primera hora de tratamiento y la primera entrevista.

* Cuando termina el tratamiento, el paciente puede optar por llevarlo a su casa, totalmente o en parte, o pedir al terapeuta que lo guarde por si ha de volver. En este último caso, lo guardo por un tiempo que no exceda de dos años.

En la hora diagnóstica consideramos conveniente no interpretar. Durante el diagnóstico no sabemos si el niño será tratado o no y, en el caso de serlo, cuál será la técnica por aplicar. En estas condiciones es muy delicado arriesgar una interpretación porque puede romper defensas cuya fragilidad o fortaleza no conocemos todavía y, en consecuencia, despertar una gran ansiedad que quedará sin resolver si se decide no tratar al niño.

He llegado a la conclusión de que en esta primera hora lo indicado es observar los menores detalles de la actividad del niño y registrarlos luego lo más fielmente posible. En este sentido aconsejo hacerlo siempre inmediatamente después de la hora de juego, manteniendo la configuración espacial que ha quedado en la habitación, ya que esta distribución del material en el ámbito terapéutico ayudará a recordar los detalles de la acción. Estimo que no es aconsejable tomar nota durante la hora diagnóstica porque desconecta al observador y además inhibe la acción del niño al aumentar la ansiedad persecutoria, que ya de por sí es bastante intensa puesto que sabe que se lo está observando.

Luego de las entrevistas con los padres y sin haber entrevistado al niño un terapeuta con experiencia puede, en algunos casos, recomendar tratamiento. Así suele ocurrir, por ejemplo, en algunos casos de epilepsia infantil en los que el tratamiento basado exclusivamente en drogas no ha tenido éxito y lo aconsejable es el tratamiento combinado. También sucede en ciertos casos de asma o de colitis ulcerosas en niños que han deambulado por servicios hospitalarios o consultorios privados sin poder obtener una mejoría adecuada. El psicoanalista puede entonces —de acuerdo con el pediatra y sobre la base de los antecedentes— recomendar el tratamiento analítico. En casos de neurosis obsesivas serias y de fobias tempranas, por ejemplo, el analista puede —a partir del material brindado por los padres— llegar a la convicción de que solamente un tratamiento analítico es lo indicado. Cuando piensa derivarlo a otro colega o decide él mismo analizarlo, la primera hora diagnóstica se hace innecesaria y se convierte, de hecho, en la primera hora del tratamiento. En este caso se interpreta ya desde la primera hora, tomando siempre en cuenta los "puntos de urgencia" y tendiendo a establecer la situación analítica y, asimismo, a delimitar los roles, dando primacía, dentro del material, a las fantasías inconscientes de enfermedad y a la transferencia (17).

Consideraciones sobre algunas modalidades del tratamiento

Los psicoanalistas de niños discutieron durante años sobre si el niño era capaz de hacer una transferencia de inmediato. Melanie Klein fue la primera en señalar que la gran ansiedad del niño explicaba que fuese capaz de establecer una intensa y alternante transferencia positiva y

negativa desde el primer momento. Por lo contrario, Anna Freud y su escuela, que influyeron e influyen notablemente en los analistas estadounidenses, sostenían hasta hace pocos años que era necesario realizar una labor pedagógica para que se pudiera establecer luego la situación transferencial. En los últimos años esta corriente acepta que la transferencia se da tanto en niños como en adultos, pero discute si el niño hace una neurosis de transferencia similar a la del adulto (18).

Por mi parte, he llegado a la conclusión de que el niño no solamente establece de inmediato una transferencia positiva y negativa con el analista, tal como lo señala M. Klein, sino que también es capaz de mostrar la fantasía inconsciente de su enfermedad.

Reflexionando sobre este hecho, considero que la aparición de síntomas y conflictos en la primera sesión indicaría que también la neurosis de transferencia se establecería desde el comienzo del proceso analítico y no sólo la transferencia, como ha sido postulado hasta ahora.

Psicoanálisis en preadolescentes y adolescentes

Querría señalar aquí que considero artificiales las diferencias técnicas entre análisis tempranos, latentes y adolescentes, ya que la dinámica de la transferencia y de la neurosis de la transferencia se presenta en todas las edades y su manejo técnico es el mismo. Las diferencias surgen del material que ofrece el niño y de la técnica de entrevistas con los padres.

En el análisis de adolescentes, las características de esta edad y las diferencias de un adolescente a otro nos pueden hacer dudar sobre cómo iniciar el tratamiento, si ofreciendo material de juego o esperando del paciente una verbalización similar a la del adulto. Un adolescente de 12 años puede tener un nivel de verbalización similar al de un adulto, y uno de 14 necesitar todavía del lenguaje no verbal como código de comunicación. En la adolescencia es siempre conveniente efectuar una entrevista previa con el paciente para obtener nuestra propia información sobre su forma de comunicación. Es bastante frecuente que el hijo sea un desconocido para los padres en esta edad, y que el retrato que nos hacen de él no coincida con la realidad (19) (20).

En todos los casos, el terapeuta tiene que estar preparado para aceptar la aparición de un pasaje a veces brusco del lenguaje verbal al no verbal (que sería lo que ocurre más frecuentemente), o a la inversa. Este problema tiene dos soluciones técnicas: permitir que el adolescente disponga de los dos consultorios, de acuerdo con estas fluctuaciones, o atenderlo en el consultorio de adultos agregando una mesa en la que esté el material que le permita utilizar un lenguaje no verbal, por ejemplo, dibujando.

Problemas técnicos similares se pueden producir cuando se inicia

el tratamiento de un niño de 10 u 11 años que al entrar en la adolescencia pide, de un modo manifiesto o latente, cambiar de consultorio. Este cambio es no sólo aconsejable sino necesario. Es imprescindible indicar al paciente que podrá retornar al consultorio de niños en cualquier momento en que se considere más útil o en que él lo sienta necesario. Las permanentes fluctuaciones entre el impulso a entrar en el mundo del adulto y la nostalgia por volver al mundo infantil son el fundamento teórico de esta conducta técnica (20). Al pasar al consultorio de adultos suelo ubicar una mesa al lado del diván en la que coloco el cajón que usó el paciente en su análisis con técnica de juego. Quiero aclarar los fundamentos de esta medida técnica. Esta mesa baja al lado del diván es como una prolongación del mismo y el niño tiene acceso a ella con sólo estirar el brazo sin necesidad de movilizar todo el cuerpo. Habíamos observado que movilizar todo su cuerpo le creaba al adolescente un monto de ansiedad que paralizaba el impulso, por ejemplo, a dibujar, y se mantenía en silencios que no siempre eran fáciles de interpretar. Con este recurso técnico el pasaje de lo verbal a lo no verbal está facilitado externa e internamente, porque tácitamente el terapeuta que actúa así está aceptando sus fluctuaciones. Es frecuente que el adolescente retome dibujos que empezó en el cuarto de juego cuando era niño y los complete. Nos relata así las modificaciones de su cuerpo y de su identidad. Todo el pasaje del consultorio de niños al de adultos suele ser muy lento y cambiante, pero esto no excluye casos en que el pasaje es definitivo y el paciente no vuelve a utilizar el lenguaje no verbal. La conducta variará de acuerdo con el modo en que el niño esté viviendo las situaciones de duelo que consideramos básicas en el pasaje de la infancia a la adolescencia: el duelo por el cuerpo infantil, por su identidad de niño y por su relación con los padres de la infancia. El adolescente repite en la transferencia lo que está aconteciendo en su relación con los padres, y con éstos está viviendo los duelos mencionados.

En la transferencia se producen permanentes desplazamientos e identificaciones proyectivas entre el terapeuta y los padres, más intensos e imprevistos que en otros períodos de la vida, porque el proceso de cambio está plenamente activo. Sugiero que la dificultad del terapeuta para tratar niños de esta edad es similar a la de los padres, con los cuales el terapeuta se identifica. Nuestro enfoque de la adolescencia es considerar el dolor del desprendimiento no sólo en el adolescente sino también en los padres y la patología de los duelos la estudiamos en ambos. El terapeuta, como representante del mundo adulto, tiene dificultades específicas frente a este período de la vida, y las dificultades técnicas hasta hoy se han considerado como inherentes al adolescente y no a la relación adolescente-terapeuta. Los conflictos contratransferenciales del terapeuta tienen dos vertientes: una que surge del revivir su propia adolescencia, si no puede diferenciarse del paciente, y otra, si se identifica con los padres y el mundo adulto, que consciente o incons-

cientemente se siente invadido por los jóvenes*. Es llamativo que no se haya teorizado sobre este tema en psicoanálisis de niños y adolescentes, sino que más bien se hayan aplicado los conceptos del tema en análisis de adultos, campo en el que la escuela argentina introdujo valiosos aportes (21).

Cuando se trata de un adolescente tardío (alrededor de los 20 años) puede suceder que nos entrevistemos directamente con él sin realizar una entrevista previa con los padres, pero antes de iniciar el análisis exigiremos que un adulto del grupo familiar, con preferencia el padre, sea responsable de este tratamiento. Podremos recurrir a él si se presentan situaciones de emergencia.

De la infancia a la adolescencia: problemas técnicos,

Cuando el niño ha llegado a la madurez genital, que se evidencia en la menstruación en la niña y en la aparición del esperma en el varón, este proceso lo fuerza a definir su rol en la procreación. La evidencia de esta maduración marca el límite de la infancia y también del cuerpo y la identidad infantiles. Uno de los problemas centrales de la adolescencia es la dificultad de aceptar el nuevo cuerpo y sus consecuencias. El esquema del cuerpo cambia; también las relaciones con él se modifican y obligan a abandonar identidades y relaciones objetales infantiles, a abandonar su condición de hijo para prepararse a cumplir su función de padre o madre.

Lo específico de la problemática en este período es que acontece algo totalmente inédito en el ser, por primera y única vez se define su participación en la procreación.

El psicoanálisis se ha ocupado mucho de la genitalidad en algunos aspectos, pero ha descuidado la normalidad y la patología en la asunción de los roles materno y paterno y, dentro de ese campo, en especial todo lo que se refiere a la inhibición de la paternidad. La asunción de roles y las fantasías del hijo, de acuerdo con la identidad genital, constituyen un tema fundamental que debe ser analizado con todo detalle en el adolescente. Está esforzándose por un desprendimiento gradual para poder llegar a la adultez y a la independencia, y la necesidad de desprendimiento y de libertad se opone a la que es inherente a la labor analítica, que lleva a una intensificación de la dependencia y a una regresión. Ese es uno de los motivos más frecuentes de la huida del tratamiento y de las ausencias en los momentos cruciales del análisis en esta edad.

El adolescente transfiere al analista sentimientos hostiles y de amor, y lo transforma así en el representante de los padres, de los que ne-

* Aconsejamos la lectura de la novela de Adolfo Bioy Casares: *Diario de la guerra del cerdo*.

cesita separarse. También lo hace depositario del peligro del incesto contra el cual está luchando en su relación con los objetos originarios.

El tratamiento de adolescentes plantea problemas que en parte son similares a los del tratamiento de adultos pero que se complican porque el paciente depende aún de los padres y el terapeuta siente responsabilidad frente a ellos; por ejemplo, pagan el tratamiento que lleva a que el hijo se desprenda de ellos.

La tendencia a la actuación, en especial en adolescentes psicópatas, provoca reacciones de ansiedad y puede llevar al analista a contraidentificarse con el paciente y actuar saliéndose del *setting*. Situaciones como hacerse llevar preso por acciones delictivas, actitudes homosexuales abiertas, vida sexual promiscua, especialmente en las niñas, son quizá problemas muy difíciles de solucionar en el tratamiento de adolescentes y a los que no estamos acostumbrados en el tratamiento de adultos.

La "rabona" —común en el adolescente— se repite en la transferencia. Si cualquiera de estas situaciones llega a un grado extremo de peligrosidad, se hace necesaria la intervención de los padres.

Un niño o una niña adolescente no tiene la posibilidad de buscar el tratamiento por sí solo ni de pagarlo. Esta situación de dependencia está encuadrada en la dependencia general que tiene el niño respecto de los padres, pero se transforma en un punto crucial en la adolescencia y acarrea dificultades para el tratamiento psicoanalítico en mayor o menor grado de acuerdo con la patología.

Grupos de orientación de padres y madres

Ocurre a veces que luego de la entrevista con los padres, en la que hemos investigado la génesis, aparición y desarrollo ulterior del trastorno, consideramos que no es necesario o conveniente tratar al niño y sí, en cambio, intentar modificar las relaciones entre padres e hijos, no mediante consejos sino buscando que tomen conciencia de sus dificultades para asumir la paternidad o la maternidad. Con esa finalidad organizamos grupos de madres y de padres, con un total de 8 a 10 integrantes, una vez por semana, aclarándoles previamente que sería analizado en especial el vínculo con el hijo (22).

En estos grupos se interpreta fundamentalmente la relación con los hijos y con el terapeuta. El padre trae al grupo su problema más urgente; la integración del grupo se logra más rápidamente en la medida en que las reacciones de cada uno de sus componentes a la interpretación va produciendo en ellos situaciones de cambio, como individuos y como grupo. Suelen surgir fuertes reacciones persecutorias o de idealización que deberán ser interpretadas de inmediato. La interpretación puede ir dirigida a veces a uno de los integrantes o al grupo mismo como un solo individuo.

Al principio estos grupos fueron de tiempo no limitado y tendían a convertirse, al cabo de un tiempo, en grupos terapéuticos; los padres abandonaban así la meta inicial que era el estudio y la solución de los conflictos maternos y paternos. Actualmente tienen un tiempo limitado a tres o cuatro meses.

En estos grupos los cambios de conducta o la desaparición de los trastornos del hijo suelen ser espectaculares en niños menores de un año, para decrecer en la medida en que los síntomas están más estructurados.

A veces prosigo con un caso, luego de terminado el grupo, realizando consultas periódicas establecidas de antemano o solicitadas por los padres ante la aparición de un nuevo conflicto.

Grupos de odontopediatras y psicoanalistas de niños

Como una extensión de esta técnica de grupos con padres y madres y del tratamiento en grupo de niños y adultos, siempre con orientación analítica, surgió una técnica combinada, tal como se realiza en servicios de odontopediatría, con la colaboración de analistas de niños y adultos (23).

La combinación de psicoterapia en grupo para padres y para niños, pero con terapeutas diferentes, ha dado excelentes resultados en niños que presentaban ansiedades patológicas que hacían imposible el tratamiento odontológico.

Las sesiones son de cuarenta minutos y los grupos se dividen de acuerdo con su edad: preescolares (de dos a seis años) y escolares (de seis a doce años). Esto se debe a que hemos comprobado que el tipo de ansiedad despertado por el tratamiento odontológico difiere si se trata de los dientes temporarios o de los permanentes. En el primer caso la ansiedad está más relacionada con el desprendimiento de los padres y el temor a la pérdida. En el segundo, con la ansiedad creada por la pérdida de una pieza dentaria que ya no podrá ser reemplazada (angustia de muerte).

Esta técnica será explicada en detalle en capítulos posteriores de este libro. La técnica empleada en esta psicoterapia está inspirada en la técnica analítica, ya que se usa la interpretación para hacer consciente lo inconsciente.

Psicoterapia en niños que deben ser operados

Inspirada en el psicoanálisis de niños, surgió una técnica de psicoterapia, esta vez individual, que se usa con aquellos niños que deben ser operados. Esta técnica será explicada en capítulos posteriores.

Tomaremos aquí como modelo la que se utiliza con niños con cardiopatías congénitas y que en líneas generales es la misma para todos los casos quirúrgicos. Hemos encontrado que, aparte de los efectos traumáticos de la operación misma, existen secuelas creadas por la anestesia general, sobre todo cuando no se ha esclarecido al niño qué tipo de anestesia se empleará. Antes de la operación debe conocer con todo detalles los diferentes pasos de la anestesia por usarse y una descripción aproximada de lo que va a experimentar. Cuando estos pasos se cumplen disminuye la ansiedad de espera y el niño adquiere confianza en que lo que se le ha esclarecido sobre la operación no será un engaño.

Esta técnica difiere del tratamiento analítico en muchos puntos: el primer contacto del terapeuta se realiza con el equipo quirúrgico que envía al paciente. En esta entrevista nos informan sobre el grado de enfermedad, el tipo de intervención por realizar, la anestesia, los riesgos y el pronóstico. El segundo contacto lo tenemos con los padres, a quienes solicitamos colaboración e información para poder levantar una prolífica historia clínica que es similar a la que tomamos antes de iniciar el tratamiento psicoanalítico de un niño. Con los padres realizamos el contrato que luego explicitaremos al niño. En todos los casos pedimos autorización para llevar a cabo el esclarecimiento de cómo será la operación cuando ésta ya ha sido planeada. Les damos a padres e hijos toda la información que poseemos y trabajamos con los emergentes que pudieran presentarse. Esta información no se incluye en el tratamiento psicoanalítico y sí en esta técnica de psicoterapia con el niño. Con los padres se realiza psicoterapia individual o grupal de acuerdo con las circunstancias.

La técnica utilizada con el niño surgió del psicoanálisis; por lo tanto, el instrumento técnico es la interpretación, adaptada a los límites de una terapia breve, generalmente en un servicio asistencial, y con un fin inmediato preestablecido: operar en las mejores condiciones posibles. En la entrevista inicial con los padres realizamos el contrato, fijando días, horarios, duración de las sesiones y el carácter gratuito o no del tratamiento, y lo mismo hacemos luego con el niño.

La estrategia varía y la meta se establece con claridad, tal como lo señalaron Knobel y Szpilka (24). Ponemos el acento en lo urgente de la operación y limitamos las interpretaciones transferenciales debido a la falta de continuidad del tratamiento y al poco número de sesiones, y vigilamos el grado de regresión útil para nuestros fines. Tenemos muy en cuenta en la interpretación la necesaria disociación que hace el niño entre el cirujano y el psicoterapeuta.

El uso de los antecedentes en las terapias breves difiere del que hemos señalado para el psicoanálisis de niños. En cuanto surge el material relacionado con la operación, incluimos también los datos dados por los padres y unimos las dos informaciones, la del niño y la de los padres, en la interpretación.

En líneas generales, esta misma técnica se utiliza también para el esclarecimiento de algunas situaciones familiares: adopción, divorcio, migración, etcétera.

Consideraciones finales

Para terminar diré que en el psicoanálisis de niños buscamos a través del tratamiento la modificación intrapsíquica que puede ser diferente en cada caso, pero en líneas generales hablaría de fortalecimiento del yo, disminución de la severidad del supervyó, flexibilidad en el uso de las defensas, aparición de ansiedad, culpa y conciencia de conflicto, capacidad de tolerar frustraciones, uso de mecanismos de defensa normales, indispensables para la adaptación al medio, etcétera. Cuando estos cambios y otros muchos se han logrado, la conducta del niño se modifica naturalmente sin ninguna indicación a los padres. Pero no siempre los cambios de conducta son consecuencia de un verdadero cambio interno, en cuyo caso los síntomas vuelven o surgen otros nuevos.

Obviamente, no podemos esperar todo esto de una psicoterapia breve, en la que nos limitamos a la cura sintomática, a la solución de un conflicto determinado, como es evidente en el preoperatorio, en los tratamientos odontológicos o en el esclarecimiento de la adopción. Buscamos una toma de conciencia, considerando como un logro obtener el máximo de rendimiento afectivo, intelectual y fáctico dada una específica situación y en un medio familiar y social determinado.

Tenemos que aceptar que muchas veces los límites para la acción de la psicoterapia provienen no sólo de un cuerpo o de una mente muy lesionados sino también de un medio socioeconómico y familiar muy lesionante.

La omnipotencia curativa que se observó y aún se observa en algunos psicoterapeutas, creo que ha sido uno de los obstáculos para una mejor comprensión del paciente, ya que si bien por un lado se buscaba la integración mente-cuerpo, por el otro se desconsideraba el cuerpo y al terapeuta que de él se ocupaba; en el caso del niño, su pediatra. En nuestro enfoque técnico, el rol del pediatra es importante y la estrecha colaboración con él a través de grupos de estudio nos ha permitido llevar la técnica analítica a hospitales o instituciones, sacándola de su inicial aislamiento esterilizante.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Freud, Anna: *Psicoanálisis del niño* (1927). Buenos Aires, Imán, 1949.
2. Morgenstern, Sophie: *Psychanalyse infantile*. Paris, 1937. Traducido [en parte] en *Rev. de Psicoanálisis*, t. V, 3, 1948.
3. Klein, Melanie: *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires, Paidós, 1949.

Arminda Aberastury

2

HISTORIA DE UNA TÉCNICA: PREPARACION PSICOTERAPEUTICA EN CIRUGIA

En 1937 Sophie Morgenstern (1) publicó el historial de un niño de 8 años que sufría de un mutismo total y mostró que una amigdalectomía podía tener consecuencias psicológicas. Lo analizó interpretando sus dibujos y descubrió que el síntoma era la consecuencia de un trauma operatorio que incrementó la angustia de castración. Del interior de su boca se había arrancado un pedazo y para su inconsciente un acto similar podría cumplirse con sus genitales. Cerrar la boca, no hablar, era evitar la repetición del acto. En el caso estudiado por S. Morgenstern las condiciones en que el niño fue operado explicaban el terror que lo llevó a cerrar la boca. La interpretación que da la autora es que se había producido un desplazamiento de la angustia de castración de los genitales a la boca. Los resultados terapéuticos —el niño recuperó el habla— fueron confirmando sus hipótesis.

Cuando leí este historial ya trabajaba con niños y me interesó investigar si en todos los casos una intervención quirúrgica produciría efectos tan traumáticos. Revisé diversos historiales infantiles partiendo del caso Juanito (2) (3). Encontré que la amigdalectomía realizada cuando Juanito tenía dos años y medio había desencadenado conflictos psíquicos que Freud en su época no consideró. En el historial menciona la operación pero no establece la relación con el síntoma, en este caso una fobia. En muchos historiales ocurría algo similar: se relataban operaciones pero no se estudiaban las relaciones de los síntomas con el acto quirúrgico. Tampoco se estudiaba la consecuencia del engaño y la falta de información en la elección y gravedad de los síntomas.

La experiencia me fue mostrando que, si bien toda operación incrementa la angustia de castración en niños y niñas, las condiciones en las cuales se realizaba el acto quirúrgico eran fundamentales y permitían diferenciar el origen de algunos de los síntomas.

Operar a un niño llevándolo engañado o esclarecido sobre la ope-

ración y sobre el por qué de la misma traía variantes muy notables en la posterior elaboración de la pérdida de una parte del cuerpo. Esto me llevó a pensar que podría crearse una técnica que, surgida del psicoanálisis de niños, podría aplicarse a aquellos casos en que un niño iba a ser operado y sirviese así a la profilaxis de algunos trastornos que no siempre se debían a la operación misma.

Movida por estas ideas elaboré una técnica que transmití a las personas que se formaron conmigo. En esta técnica inicial, el objetivo único era que el niño no llegase a la operación engañado, para lo cual las interpretaciones se dirigían a hacer consciente el miedo a la operación. Me preocupaba especialmente estudiar las fantasías inconscientes que el niño tenía sobre su cuerpo y el acto quirúrgico. No sabía qué efecto podría tener la interpretación transferencial en psicoterapias breves y decidí limitarlas al mínimo. En todos los casos la transferencia positiva y la negativa aparecían disociadas alternativamente entre el cirujano y el terapeuta. Hasta este momento desconocía que también era importante informar al niño sobre cómo sería el acto quirúrgico. Me limitaba a interpretar las fantasías del niño y a que supiese que iba a ser operado.

Descartando la situación de engaño aparecía el interrogante sobre el grado de información, la forma de transmitirla y a quién suministrarla. No solamente eso sino que tampoco conocía la diferencia entre una operación realizada con anestesia local y otra con anestesia general ni sus consecuencias psicológicas. Por esto mismo fue mucho más tarde que supe que lo importante era que el niño estuviese informado también sobre los detalles de la anestesia que se utilizaría para operarlo.

La investigación de casos abarcó: 1) entrevista diagnóstica con los padres y con el niño; 2) psicoterapia previa a la operación, y 3) psicoterapia posterior a la operación.

Antes de iniciarla hacía un contrato con los padres y con el niño. El pediatra y/o el cirujano me informaban sobre la operación y me daban una idea del plazo dentro del cual podría trabajar. Fue mientras realizaba la experiencia que encontré que la operación actuaba como fuente de ansiedad separada de otro tipo de ansiedad despertada por la anestesia general.

En la segunda parte de la investigación consideré necesario que los terapeutas estuviesen informados en cada caso sobre el tipo de anestesia que se usaría e incluir en la preparación previa a la operación el esclarecimiento de la forma y de los fines de la anestesia. En los casos en que el niño fue esclarecido (aun cuando se usase anestesia general) no sufrió luego trastornos de sueño. Esto se hizo especialmente notorio en las operaciones de hueso donde la anestesia es muy profunda.

El niño estaba advertido de las posibles molestias y malestares previos a la entrada en el sueño profundo. No se omitía ningún detalle sobre el tipo de anestesia y sobre la preparación previa, cuando la había. El hecho de que se fueran cumpliendo paso a paso las expectativas del

niño, disminuía notablemente la ansiedad. La contraprueba de la importancia de esta técnica la tuve cuando en un caso el anestésista (que me había informado que primero le daría al niño un calmante por vía oral y luego haría la anestesia general) en el momento de actuar cambió de idea y le dio una inyección. El niño tuvo una gran crisis de ansiedad y se excitó en lugar de calmarse. Cuando luego de la operación lo analicé vi que el no cumplimiento de una expectativa y la aparición de algo inesperado realimentaron la ansiedad frente a la operación porque se reactivó la desconfianza frente al terapeuta.

En 1952 envié a E. G. de Garma un niño de 8 años para realizar una psicoterapia de orientación analítica previa y posterior a una operación correctora de su pierna derecha. En este caso había existido un accidente a los dos años que creo necesario relatar con algún detalle para que se comprendan luego las complicaciones que surgieron.

Jorge estaba jugando en el ascensor acompañado de su niñera. Resbaló y el pie y la pierna derechos quedaron atrapados. Aunque la persona que lo acompañaba detuvo inmediatamente la marcha del ascensor, se produjo una fractura expuesta. El éxito quirúrgico fue absoluto pero debió soportar cuarenta días de yeso e inmovilidad. Era un niño que jugaba bien y aconsejados por un terapeuta los padres fomentaron que aun durante ese período en que estaba inmóvil continuase con sus juegos. Muchos de ellos fueron relatados por los padres y eran evidentemente un intento de elaboración del accidente. Tomaba la punta de una sábanita, pedía a la madre que la retuviese entre los dientes y él tiraba fuertemente del otro extremo para ver quién ganaba. Si su madre soltaba rápidamente la sábana Jorge se enfurecía. Debía retenerla mucho tiempo entre los dientes mientras él tironeaba con fuerza para liberarla. Este juego repetitivo se acompañaba de muchos otros con el mismo tema: algo quedaba atrapado y alguien trataba de sacarlo. A veces invertía el rol, era él quien retenía el objeto y la madre quien debía forcejear para sacarlo. La recuperación física fue larga y también la psíquica. Durante los cuarenta días de inmovilidad tuvo trastornos de sueño, insomnio y pavores y su lenguaje se detuvo, hasta los cuatro años, en que comenzó a hablar como un adulto. Mantuvo el acervo de comunicación verbal que había logrado hasta el momento del accidente.

Cuando recuperó la total movilidad de las piernas y la facilidad de comunicación verbal, volvió a ser un niño activo y feliz. Jugaba, comía y dormía bien.

A partir del accidente lo trataron el mismo pediatra y el mismo cirujano. Este advirtió que sería necesaria una operación correctora luego de los seis años pero que necesitaba radiografías semestrales para ir observando el proceso e indicar adecuadamente el momento en el cual debería operarse.

A los ocho años, dada la indicación de operar por el cirujano, envié

el caso a E. G. de Garma. Era el primer caso en que otra persona aplicaba la técnica elaborada por mí. Planificamos juntas la estrategia de cómo lograr en un mínimo de sesiones lo que hasta ese momento nos parecía imprescindible: 1) que supiese que iba a ser operado, y 2) que llegase a la operación con menos ansiedad.

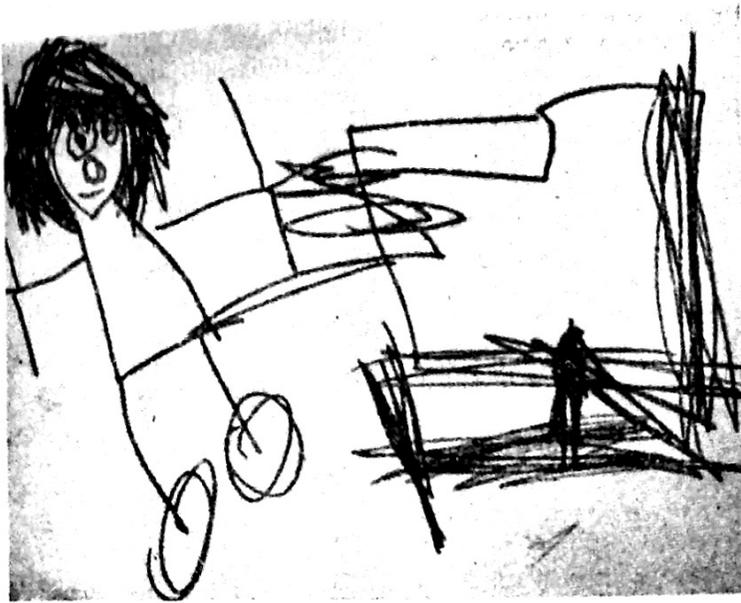
Estos objetivos se lograron, pero este caso fue el primero que nos mostró que era necesario esclarecer la forma de la anestesia y cada detalle del acto quirúrgico. Aunque finalmente la operación fue exitosa, éste y otros pacientes sufrieron durante meses graves trastornos de sueño que pudimos ver que estaban relacionados con las ansiedades de una anestesia profunda no esclarecida. Sólo se les había dicho que durante la operación se los iba a dormir para que no sufrieran y que podrían tener dolores al despertar de la anestesia.

Además, el cirujano operó en este caso con una técnica que no era la habitual en esa época pero que según él era la única que podía garantizar una corrección definitiva. Otro profesional, llamado en consulta por la terapeuta luego de la operación, opinó que la técnica era inadecuada. Esto creó en el ambiente y en la terapeuta una ansiedad y confusión que no se explicitaron al niño. Después comprendimos también, a través de éste y de otros casos, que esta falta de esclarecimiento incrementaba la ansiedad.

El caso fue seguido durante años y pudieron verse por una parte el éxito quirúrgico y por otra los estragos psíquicos que había producido en este niño el no esclarecimiento 1) de los efectos de la anestesia; 2) de las condiciones de la operación, y 3) del motivo de la controversia entre los médicos.

En ese mismo año E. G. de Garma realizó la psicoterapia en un niño de 3 años que iba a ser operado de fimosis. Durante las horas de tratamiento el niño mostró la fantasía inconsciente de cuál sería el acto quirúrgico y se trabajó esencialmente sobre la ansiedad de castración. La operación se realizó con anestesia local y tuvo un excelente posoperatorio en el que fue mostrando fantasías de reparación. Lo novedoso de esta experiencia estuvo en la edad del paciente.

Años más tarde, convencida de que un niño pequeño era analizable, hice esta psicoterapia en un niño de 18 meses que iba a ser operado de hernia. Los padres estaban muy preocupados por la operación, pero más aún por cómo actuaría en el postoperatorio. Se trataba de un niño muy inquieto y el pediatra les había advertido que necesitaría varios días de reposo absoluto luego del acto quirúrgico. Realicé sesiones previas y posteriores a la operación y los resultados fueron terapéuticamente exitosos y abrieron nuevos caminos a la investigación. Durante las sesiones previas mostró a través del juego la localización del órgano que debería ser operado y la fantasía del acto quirúrgico. En las sesiones posteriores apareció su fantasía de enfermedad y también de curación.



Dibujo 1. Antes de la operación, luego de habérsela anunciado.



Dibujo 2.

En la actualidad la aplicación de esta técnica se hace aun en niños muy pequeños, siendo la más precoz la realizada en un niño de catorce meses.

La experiencia obtenida en estos y muchos otros casos tratados por Eduardo J. Salas, Sara Jarast, Susana Lustig de Ferrer, Pola Ivancich de Tomás y Gela Rosenthal, entre otros, nos impulsó a llevar esta técnica a las instituciones.

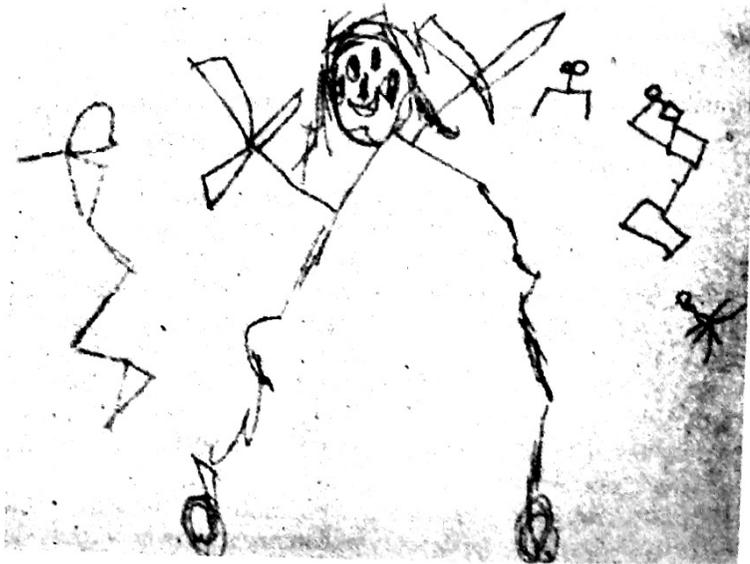
No sólo aprendimos que la psicoterapia previa a la operación disminuye el trauma operatorio sino que también, en muchos casos, pone en evidencia que no es necesario el acto quirúrgico.

Muchos de nosotros tuvimos al principio estas experiencias en casos de amigdalectomía o apendicitis*. Trabajábamos siempre con el pediatra que veía al niño para que él valorara los cambios que se iban produciendo con la psicoterapia y decidiese operarlo o no. Claro que todo esto es posible sólo cuando no se trata de operaciones urgentes, hay tiempo suficiente como para trabajar psicoterápicamente con el niño y la etiología es predominantemente psíquica.

Ya tenemos años de experiencia con niños de distintas edades, que nos autorizan a afirmar que una psicoterapia previa y posterior a la operación es de una utilidad insustituible. Cuando comenzamos esta investigación considerábamos que si el niño no iba engañado y se lo informaba sobre el tipo de operación, esto era suficiente para prevenir trastornos futuros. Luego vimos que el problema era mucho más complejo, y que esta psicoterapia era preventiva de un trastorno en la imagen del cuerpo que podía desintegrarse luego de una operación y necesitaba ayuda terapéutica para ser reestructurada. Este aspecto, el esquema del cuerpo, nos llevó a comprender que era necesario también realizar sesiones luego de la operación para trabajar en especial con la incorporación de una nueva imagen corporal, incorporación que implicaba elaborar la pérdida de una parte del cuerpo o bien, en las operaciones reparadoras, la pérdida de un defecto. En los casos de cardiopatía congénita, surgió la necesidad de trabajar con la aceptación del niño de un nuevo esquema del cuerpo. No era bastante que la operación hubiera sido exitosa y el corazón estuviera reparado. Era necesario que el niño aceptase ese corazón reparado. Si esto no se lograba, tanto él como su ambiente mantendrían la invalidez. En una enfermedad deformante (enfermedad de Morchio) vimos la necesidad de seguir con una psicoterapia posterior a la operación (que había sido exitosa) para dar tiempo a que el niño hiciera el duelo por sus partes deformes.

Para terminar este trabajo, y como introducción a los capítulos que siguen, voy a exponer un caso que muestra los estragos que en el es-

* La preparación psicológica descarta en muchos casos la necesidad del acto quirúrgico; por ejemplo, en niños que habían tragado monedas y la indicación era la operación, la psicoterapia hizo que fueran evacuadas. La misma experiencia se dio en algunos casos de apendicitis en púberes, con una sintomatología abdominal que orientaba hacia la operación.



Dibujo 3. Primer dibujo después de la operación. Angustia de castración, desintegración de la imagen del cuerpo, brazos como cuchillas, amígdalas introyectadas, en la cabeza; sueltas (a); representadas por una paloma (b); representadas por un pájaro (c).



Dibujo 4. Desintegración de la imagen del cuerpo; brazos en actitud de defensa.

quema del cuerpo produjo una operación de amígdalas en que la niña no fue engañada: los padres le avisaron de la operación, pero no aceptaron una psicoterapia previa, sugerida por el pediatra y por mí.

El día que los padres anunciaron a María, de 5 años, que iba a ser operada de amígdalas, se dibujó a sí misma junto a una camilla en la que dijo que iban a operarla. En un plano consciente parecía aceptar el acto quirúrgico pero me llamó la atención que el dibujo estuviese íntegramente realizado en rojo y que la cabeza pareciera protegida por una gran mata de pelo.

En el reverso de la página realizó un dibujo totalmente desorganizado sólo comparable a los garabatos de un niño antes de iniciar la actividad gráfica propiamente dicha (dibujos 1 y 2).

El análisis de este dibujo me hizo pensar que María en apariencia aceptaba la operación, pero profundamente estaba aterrada por fantasías de descuartizamiento.

La expectativa de desorganización de la imagen corporal, anunciada en el dibujo 2, se confirma en los dibujos 3, 4, 5 y 6 realizados luego del acto quirúrgico.

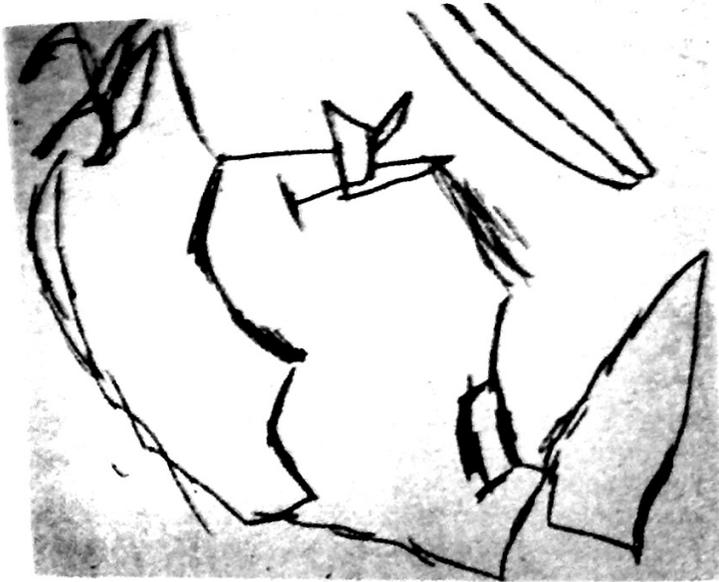
Antes de la operación la representación de la imagen corporal era completa, incluso con detalles de integración superiores a los correspondientes a su edad cronológica.

Los padres, apoyándose en la aparente tranquilidad de la niña, reflejada en el primer dibujo y en su verbalización, rechazaron toda ayuda psicoterapéutica. Los dibujos 3, 4, 5, 6 muestran la desorganización de la imagen del cuerpo, el terror al vaciamiento, las manos transformadas en cuchillas, las amígdalas a veces sueltas, volando, a veces introyectadas en la cabeza. Estos dibujos relatan la fantasía inconsciente de María de lo que habían hecho con su cuerpo y de cómo lo habían hecho.

Este trabajo empieza relatando un caso en el que, como consecuencia de una operación de amígdalas a la que el niño fue engañado, reaccionó posteriormente con mutismo. Termina con otro caso en el cual la operación es la misma, la niña no va engañada, pero faltó el esclarecimiento de cuál era la operación y la anestesia empleada. Si bien no aparecieron síntomas, el análisis de los dibujos mostró la desorganización del esquema corporal.

El interés de exponer este caso es mostrar que, tal como lo he señalado, no era suficiente conseguir que un niño llegase a la operación sin engaños.

Me parece importante reproducir los dibujos del caso de María, que son de una dramaticidad desproporcionada a la magnitud de la operación. Tanto María como el niño tratado por S. Morgenstern vivieron la operación como descuartizamiento. Los dibujos de los casos expuestos en los capítulos que siguen muestran cómo una operación muy grave



Dibujo 5. Ruptura total de la imagen del cuerpo. La niña denomina a esta figura "el castillo".



Dibujo 6. Su retrato. Desaparición total de la imagen del cuerpo; brazos transformados en piernas, amígdalas sueltas (arriba, izquierda) y una línea hacia la derecha señalando un cuchillo que aparece repetido en a y b, manifestando la brusca desaparición de los contenidos del cuerpo.

realizada con una preparación psicoterapéutica no trae necesariamente una desorganización tal del esquema del cuerpo.

En el caso de María la operación no trajo síntomas aparentes, como que sólo fueron detectados por un profesional que estudió los dibujos, pero puede esperarse que aparezcan.

La investigación de esta técnica nos enfrentó con tres interrogantes a los que hoy podemos contestar: 1) se debe informar no sólo sobre la operación por realizarse o cualquier circunstancia previa o posterior vinculada con ella, sino también sobre todos los detalles de la anestesia; 2) esta información la transmite el terapeuta durante el trabajo previo al acto quirúrgico, para lo cual debe estar informado por el cirujano y el anestesista, y 3) la información se transmite al niño y también a sus padres. El suministro de información es complementario del trabajo interpretativo. Llegamos a la conclusión de que debe ser el terapeuta (y no el cirujano o el anestesista) quien suministre la información, porque es la única forma de llevar este material a la transferencia sin favorecer disociaciones entre el cirujano y el terapeuta, siendo éstas las únicas interpretaciones que operan sobre la transferencia.

El haber considerado la importancia de la psicoterapia posterior a la operación es especialmente un mérito del equipo que trabajó con cardiopatías congénitas, que además introdujo otras importantes modificaciones técnicas.

En los capítulos siguientes vamos a mostrar en qué forma se trabaja actualmente con las ansiedades previas o posteriores a la operación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Morgenstern, S.: *Psychanalyse infantile*. Paris, 1937. Traducido [en parte] en *Rev. de Psicoanálisis*, V, 3.
2. Freud, S.: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años". O.C., tomo XV, *Historiales clínicos*.
3. Aberastury, A.: *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires, Paidós, 1962, cap. 1.