

Arévalo García-Gasco, Míguela
Béjar Trancón, Agustín
Berjano Murga, Nieves
Catalina Fernández, Cristina
Cruz Martínez, Daniel
Dominguez Arroyo, José Antonio
Elúa Samaniego, Ana
Fernández Rozas, Jesús
Galán, Antonio
Goiburu, Aloña
Gomá, Marta
Gómez García, Mª Dolores
González Serrano, Fernando
Gordo, Leire
Hernanz Ruiz, Manuel
Iriarte, Leire
Iriundo Villaverde, Odei
Labin, Agustina
Liaño Sedano, Carolina
Llauró, Antònia
Llona, Arantza
Martín López-Andrade, Laura
Martínez Pampliega, Ana
Palacio Espasa, Francisco
Pintó López, Martí
Ramos Fuentes, Maribel
Reyes de Uribe Zorita, Isabel
Sanz Iglesias, Albert
Sellarès Viola, Rosa
Taborda, Alejandra
Vaccari, Francisco
Valdivieso Burón, Celia
Vaz Leal, Francisco-José
Vegazo Sánchez, Esmeralda
Velasco Azkue, Mª Carmen

N.º 64
2º semestre

2017

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN: 1575-5967

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

*La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.*

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

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

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Álvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)
Alain Braconnier Centro Alfre Binet (Paris)
M^a Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)
Marian Fernández Galindo (Madrid)
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)
Pablo García Túnez (Granada)
Bernard Golse Universidad Paris Descartes (Paris)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)
Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París)
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

INDICE:

La intervención clínica con pacientes en riesgo psicosocial: demandas, desencuentros y oportunidades <i>Antonio Galán</i>	9
Representaciones maternas y observación madre-bebé <i>Antònia Llaíró y Marta Gomà</i>	23
La adolescencia en una sociedad en crisis: crisis en la crisis <i>Manuel Hernanz Ruiz y Fernando González Serrano</i>	29
Recursos intermedios en el abordaje de menores con trastorno mental grave. Valoración psicopatológica de un caso atendido en una unidad terapéutico- educativa <i>Carolina Liaño Sedano, Daniel Cruz Martínez, M. Dolores Gómez García, Francisco Palacio Espasa</i>	41
Tramas de la constitución subjetiva y la complejidad del diagnóstico de niños desde un enfoque relacional (1ª parte) <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	47
La intervención post-adoptiva en Bizkaia: Estudio y análisis sobre la realidad del estado psicológico de la población adoptiva <i>Ma Carmen Velasco Azkue, Arantza Llona y Aloña Goiburu</i>	63
Adolescencia y duelo: a propósito de un caso <i>Isabel Reyes de Uribe Zorita, Esmeralda Vegazo Sánchez y Cristina Catalina Fernández</i>	69
El sueño y la ecografía: imágenes de la gestante <i>Agustín Béjar Trancón, Nieves Berjano Murga, Maribel Ramos Fuentes, José Antonio Domínguez Arroyo, Francisco-José Vaz Leal</i>	75
La continuidad de cuidados en salud mental y la construcción de la red de protección en los menores en riesgo <i>Miguela Arévalo García-Gasco</i>	83
Crisis sociales y trauma. Su impacto en la relación terapéutica <i>Francisco Vaccari y Fernando González Serrano</i>	95
El proyecto “seguim”. Una modalidad de intervención multidisciplinar para la prevención del abandono escolar <i>Rosa Sellarès Viola, Albert Sanz Iglesias, Martí Pintó López</i>	99
Un lugar para los sentimientos negativos <i>Ana Elúa Samaniego, Cristina Catalina Fernández, Celia Valdivieso Burón y Laura Martín López-Andrade</i>	107
La relación entre las competencias paterna y materna y el ajuste socioemocional de bebés de 0 a 2 años de la CAV <i>Rosa Sellarès Viola, Albert Sanz Iglesias, Martí Pintó López</i>	113
Identidad, género y confusión <i>Odei Irtondo Villaverde y Jesús Fernández Rozas</i>	119
Impacto de los determinantes sociales en la psicopatología de adolescentes ingresados en un hospital de día comunitario <i>Ollé-Llopis Ivan, Erra-Mas Núria, Dote-Vaca Mireia, Tejedor-García Marta, Cruz-Martínez Daniel</i>	125
Intervención con terapia ocupacional en una situación aguda de acoso escolar <i>Ma Dolores Hurtado Montiel, Dulce Herrera Gálvez, Inmaculada C. Rodríguez Rojo</i>	131

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. www.editorialselene.com

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepyrna.com

Página Web: <http://www.sepyrna.com/revista-sepyrna/>

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=IBEC&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
	María Dolores Gómez García (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

Clinical intervention with patients at psychosocial risk: demands, disagreements and opportunities	
<i>Antonio Galán</i>	9
Maternal representations and mother-baby observation	
<i>Antònia Llaíró y Marta Gomà</i>	23
Adolescence in a society in crisis: crisis in the crisis	
<i>Manuel Hernanz Ruiz y Fernando González Serrano.....</i>	29
Intermediate resources as part of the treatment for minors with severe mental disorder. Psychopathological assessment in a case from a therapeutic-educational unit	
<i>Carolina Liaño Sedano, Daniel Cruz Martínez , M. Dolores Gómez García, Francisco Palacio Espasa</i>	41
Paths of subjective constitution and the complexity of child diagnosis from a relational approach	
<i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	47
Post-adoptive intervention in Bizkaia: Study and analysis on the reality of the psychological state of the adoptive population	
<i>Ma Carmen Velasco Azkue, Arantza Llona y Aloña Goiburu</i>	63
Adolescence and grief: regarding a case	
<i>Isabel Reyes de Uribe Zorita, Esmeralda Vegazo Sánchez y Cristina Catalina Fernández</i>	69
Dreams and echography: images of the pregnant woman	
<i>Agustín Béjar Trancón, Nieves Berjano Murga, Maribel Ramos Fuentes, José Antonio Domínguez Arroyo, Francisco-José Vaz Leal</i>	75
The continuity of mental health care and the construction of the protection network for children at risk	
<i>Miguela Arévalo García-Gasco</i>	83
Impact of trauma and social crises on the therapeutic relationship	
<i>Francisco Vaccari y Fernando González Serrano</i>	95
The “seguim” project. A modality of multidisciplinary intervention for the prevention of school dropout	
<i>Rosa Sellarès Viola, Albert Sanz Iglesias, Martí Pintó López</i>	99
A place for negative feelings	
<i>Ana Elúa Samaniego, Cristina Catalina Fernández, Celia Valdivieso Burón y Laura Martín López-Andrade</i>	107
The relationship between paternal and maternal competences and the socio- emotional adjustment of babies from 0 to 2 years of the basque country	
<i>Rosa Sellarès Viola, Albert Sanz Iglesias, Martí Pintó López</i>	113
Identity, gender and confusion	
<i>Odei Iriondo Villaverde y Jesús Fernández Rozas</i>	119
Impact of social determinants in the psychopathology of adolescents in a community day care hospital	
<i>Ollé-Llopis Ivan, Erra-Mas Nùria, Dote-Vaca Mireia, Tejedor-García Marta, Cruz-Martínez Daniel</i>	125
Intervention with occupational therapy in an acute situation of school harassment	
<i>Ma Dolores Hurtado Montiel, Dulce Herrera Gálvez, Inmaculada C. Rodríguez Rojo</i>	131

LA INTERVENCIÓN CLÍNICA CON PACIENTES EN RIESGO PSICOSOCIAL: DEMANDAS, DESENCUENTROS Y OPORTUNIDADES*

CLINICAL INTERVENTION WITH PATIENTS AT PSYCHOSOCIAL RISK: DEMANDS, DISAGREEMENTS AND OPPORTUNITIES

Antonio Galán**

RESUMEN

A partir de un recorrido profesional particular, reflexionamos acerca de los desafíos específicos que imponen a la intervención clínica los contextos de riesgo psicosocial, marcados por la pobreza, la marginalidad, la violencia y los conflictos con las instituciones. Se demanda una clínica diferente que recoja esta especificidad, con unos esquemas de intervención que se adapten a ella, y una visión diferente del oficio de psicoterapeuta. Se plantea la particularidad de los contextos marginales, como ambientes vecinales que pueden resultar ecológicamente tóxicos, y donde son frecuentes formas disfuncionales de organización familiar; la transmisión intergeneracional de ciertas formas de vida y una ecología de la supervivencia, pueden propiciar contextos vitales en los que el profesional se sienta un extraño. Analizamos algunos formatos de psicoterapias madre-hijo, adaptados a contextos de riesgo psicosocial, como ilustrativos de la necesidad de esta especificidad.

Palabras clave: riesgo psicosocial, marginalidad, psicoterapia madre-hijo.

ABSTRACT

Based on a particular career, a number of thoughts related to challenges on clinical interventions, demanded from psychosocial risk contexts (poverty, marginalization, violence, conflicts with authorities, etc.) are displayed. A different clinical practice is demanded to take into account this matter; it includes fitted ways of clinical practice, and a different view on the craft of psychotherapist. Slums are special contexts, where neighbourhoods could be ecologically toxic environments, and dysfunctional family organizations are frequent; intergenerational transmission of ways of life, and a kind of survival ecology can lead to life contexts where professionals could feel like strangers. Some mother-child psychotherapies, adapted to psychosocial risk contexts, are analysed as examples of this required specificity.

* Ponencia presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas” tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Servicio Extremeño de Salud. Equipo de Salud Mental - Centro de Salud – C/ Padre Manjón, s/n -06300-Zafra. E-MAIL: antgalan@hotmail.com

Key words: Psychosocial risk, marginalization, mother-child psychotherapy.

1. UN CAMINO DE IDA Y UN CAMINO DE VUELTA

1.1. La ida.

Las reflexiones y contenidos que expondré a continuación no pueden entenderse sin considerar un recorrido particular que ha marcado gran parte de mi vida profesional. Mi primera identidad profesional, y mis primeros desempeños laborales, me situaron en un espacio que fácilmente reconocemos al etiquetarlo como “clínico-sanitario”. No obstante, en un determinado momento se produjo un giro brusco en este recorrido profesional, que me llevó a un espacio asistencial diferente, aquel al que solemos etiquetar como “social”. Se trataba de un servicio social especializado, enmarcado dentro del ámbito de la protección a la infancia y adolescencia; durante varios años formé parte de un equipo encargado de valorar e intervenir con familias en las que existían situaciones de grave riesgo o de desprotección para los menores; y algo más tarde, me convertí en responsable de un programa de atención psicológica a niños acogidos en recursos residenciales del sistema de protección a la infancia. Después de unos años en los que me sentí muy identificado con este contexto asistencial tan particular, se produjo un nuevo cambio laboral que me llevó a retornar a esa identidad original, la clínico-sanitaria, y ahora formo parte de un Equipo de Salud Mental.

Este camino de ida y vuelta ha dejado en mí una huella en forma de conocimientos, reflexiones y una especial sensibilidad ante ciertas realidades. Me ha hecho también consciente de ciertas debilidades presentes en dos ámbitos asistenciales que tienden a mantenerse ajenos entre sí, y de que esta ignorancia mutua impide aprender del otro. Entre otras cosas, para cubrir lagunas formativas como las que yo he ido sintiendo en mi proceso de aprendizaje.

Cuando desembarqué en el ámbito de los servicios sociales especializados, me encontré con un mundo diferente al que había conocido en el espacio clínico-sanitario. Desde cierta mirada, la población a la que yo atendía era parecida en uno y otro sistemas; en ambos contextos frecuentemente trabajaba con personas (niños y adultos) que habían sufrido serias dificultades en sus procesos de construcción personal, que arrastraban graves fracasos en su desarrollo familiar, y que tenían importantes dificultades para integrarse de una manera productiva en la sociedad. No era difícil identificar en ambos contextos el resultado dañino de vinculaciones

disfuncionales en las familias, y de recorridos personales que implicaban sufrimiento y desadaptación. Pero a pesar de estas similitudes, había importantes diferencias. Una primera mirada, más superficial, confrontaba con la realidad evidente de que ahora encontraba más pobres, más marginales, más personas de grupos sociales particulares (gitanos, inmigrantes...), más delincuentes, más maltratadores, más víctimas de violencia... y personas más envueltas en conflictos con las instituciones. Y estas características especiales (la pobreza, la marginalidad, el conflicto, la violencia) hacían que la forma de atender a lo que tenían en común (los déficits de estructuración personal y familiar) fuese diferente. Esas diferencias se trasladaban a infinitos elementos que influían en la intervención profesional, como el encuadre, la demanda, las transferencias y las contratransferencias, y un largo etcétera. Y descubrí que no había sido formado en relación a estas diferencias. Fue un aprendizaje doloroso, porque se sostuvo sobre fracasos: hacer lo que sabía, lo que me habían enseñado, no funcionaba. Había que hacer lo mismo, pero de forma diferente, y todavía no sabía cómo.

Pero las propias instituciones desarrolladas para atenderlos son diferentes, y de hecho en ocasiones parecen vivir dándose la espalda. Tienen orígenes diferentes (uno procedente de la Beneficencia, el otro de la Medicina), adscripciones institucionales distintas (uno ligado a las políticas sociales, el otro a las sanitarias), perfiles profesionales diferentes (dominio del trabajador social en uno, del médico en el otro), y un largo etcétera. De esta manera se han configurado culturas institucionales muy diferenciadas, e independientemente de la causa, el resultado es que existe mucho desconocimiento mutuo; y que salvo honrosas excepciones, hay poca comunicación entre ambos sistemas.

Mi pregunta en aquel momento era: ¿Cómo abordar a esa población tan similar y al mismo tiempo tan diferente a la que había conocido antes? Debo admitir que me negué a renegar de mi identidad clínica. Entiendo que una parte de ello se debía a mi convencimiento de que la mirada clínica es muy poderosa para entender y cambiar ciertas realidades. Pero reconozco también que tengo serias dificultades para abandonar las enseñanzas y logros que me han requerido un esfuerzo, y haré siempre un gran esfuerzo para conciliarlo con lo nuevo. Quizá también me ocurra lo que Jeremy Holmes señalaba con ironía al justificar su tendencia a integrar posturas por una supuesta cobardía que le llevaría a evitar la confrontación (Holmes, 2009). Independientemente de la razón, lo

cierto es que inicié un camino buscando la integración de ideas, conceptos, perspectivas y técnicas. Y fue de esta manera como descubrí un espacio de atención profesional intermedio, integrador, de confluencia. Un espacio al que podríamos denominar clínico-social, y en torno al cual frecuentemente he intentado compartir algunas ideas (Galán, Rosa y Serrano, 2009, 2011).

1.2. La vuelta.

Cuando desembarqué en el ámbito psicosocial, llevé conmigo todo mi bagaje clínico, y eso marcó mi forma de trabajar. Y ahora que retorno al ámbito clínico-sanitario, tengo que plantearme qué marcará la diferencia, qué huella habrá dejado en mí lo que aprendí en el campo de lo psicosocial. Después de muchos años tomando conceptos, ideas y técnicas del ámbito clínico-sanitario para adaptarlos al contexto de intervención social, estoy ahora inmerso en el proceso complementario. Éste es mi reto actual, el que pretendo compartir aquí. No obstante, y avanzo ya un primer descubrimiento: que algunas de las cosas que aprendí en lo social forman parte del bagaje clínico, pero que por algún motivo han sido olvidadas, descuidadas o desconsideradas.

2. UNA CLÍNICA Y UNA TERAPÉUTICA DIFERENTES.

La imagen de una relación terapéutica de tú-a-tú entre profesional y paciente es muy poderosa. De hecho, es la imagen icónica de la psicoterapia, y siempre ha conllevado el riesgo de introducir un sesgo hacia lo individual, con el peligro consiguiente de olvidar los condicionantes sociales. En efecto, en la psicoterapia siempre ha existido la tentación de crear una burbuja, de mirar al pasado o al aquí-y-ahora de esta relación, obviando los aspectos contextuales. Y en esto ha influido mucho el estereotipo cultural desde el que muchos profesionales se han encaminado al oficio de psicoterapeuta: nos imaginamos en una consulta, con personas que nos cuentan unos problemas en cuya solución trabajamos allí mismo. Y algunas instituciones, aunque pregonen un modelo comunitario, se organizan para que se trabaje así, encadenando al profesional de una forma más o menos explícita a su despacho; cuando inmovilizan al profesional en unas agendas muy restrictivas, cuando no se contempla entre sus funciones las visitas domiciliarias, o cuando no se facilita el hablar con profesionales de otras instituciones, es fácil que la atención al paciente acabe limitándose a lo que pasa y se habla dentro de la consulta.

Las limitaciones de este modelo se hacen especialmente evidentes en algunos contextos vitales muy restrictivos, muy encorsetadores, que limitan el potencial transformador del diálogo. La pobreza y la marginalidad se cuentan entre ellos. En estos, los parámetros habituales de intervención psicoterapéutica pueden resultar muy desajustados. Los problemas, su forma de presentarse, y las demandas que imponen al interlocutor, pueden requerir algo diferente al formato psicoterapéutico estándar. Denise Defey nos confronta con ello a través de una pregunta muy potente: “¿Qué le piden a los Reyes Magos los niños que no tienen zapatos?”; esta cuestión le permite hacer un llamamiento a repensar la psicoterapia con las personas para las que no fue creada, con una invocación a desarrollar una “clínica de la vulnerabilidad y del desamparo” (Nervi, 2009). Posiblemente haya que hacer un esfuerzo especial para desarrollarla, porque estas poblaciones han sido tradicionalmente olvidadas en los procesos de desarrollo de teorías y técnicas psicoterapéuticas. En efecto, la mayor parte de los formatos de intervención psicológica han sido desarrollados con población “normal”, es decir con personas con cierta capacidad de dirección de sus vidas, con unas habilidades mínimas de adaptación a ciertos contextos sociales (tales como el psicoterapéutico), y sin unas circunstancias externas tan determinantes que les impidan participar en el proceso; o bien se trata de personas que están ya tan inmersas en procesos asistenciales (habitualmente por la gravedad y persistencia de sus problemas clínicos), que de alguna manera ya forman parte de los sistemas sanitarios. Pero una parte importante de la población que requiere ayuda psicológica no encaja dentro de ese patrón “normal”. Y entonces pueden encontrarse con una psicoterapia que no ha sido pensada para ellos. O peor aún: podrían encontrarse con un profesional que no ha pensado en ellos.

Uno de los pocos enfoques terapéuticos que ha trabajado de forma extensa en la definición de este tipo de contexto es el Sistémico. De hecho, algunos de los momentos más brillantes de la terapia de familia se han producido cuando se ha dirigido a contextos sociales relacionados con la pobreza, la marginalidad y la desestructuración. Lo encontramos por ejemplo en las aportaciones pioneras de Salvador Minuchin, cuando se hizo consciente de que los formatos verbales y reflexivos de terapia no le resultaban útiles en los contextos de marginalidad en los que comenzó su andadura profesional (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman y Schumer, 1967), y que más adelante

daría lugar a elaboraciones mucho más complejas, que incluían precisamente la consideración de la amplia red social y profesional que rodea a estas familias (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000). Esta acercamiento no es sino una de las primeras muestras de una serie de propuestas de intervención en ámbitos difíciles, marcados por la marginalidad, la desorganización, la pobreza, el maltrato, los líos institucionales... casos clínicos que fácilmente se escapan de los contextos más habituales (véase por ejemplo una experiencia completa en relación a la familia multiproblemática en Coletti y Linares, 2001).

Pero esta sensibilidad trasciende marcos teóricos. El contacto sensible con estas poblaciones “especiales” fácilmente lleva a la idea de que pudiera ser necesario un cambio de perspectiva en la intervención terapéutica para ajustar ésta a contextos socialmente desfavorecidos. Y eso significa un trabajo serio de adaptación, en el que sería de ayuda abordar cambios como los siguientes (Galán, 2011): a) ampliar la mirada que se dirige al paciente, de modo que los problemas intrapsíquicos puedan ser situados en la realidad contextual de su vida; b) asumir un papel más activo en el acercamiento al paciente, no limitándose a esperar en la consulta a una persona que acude con una demanda más o menos elaborada; c) utilizar encuadres más flexibles y de mayor accesibilidad, que no se limiten a un despacho; d) considerar el compromiso sociopolítico de la psicoterapia; y e) complementar el análisis personal del terapeuta con otro que aborde los paradigmas culturales de referencia. De una forma más global, muchos de estos aspectos encajan en algunos esfuerzos por reivindicar el aspecto comunitario de la intervención psicosocial (Mayordomo, 2016), o el modelo comunitario en Salud Mental (Desviat y Moreno, 2012).

De una forma más específica, estamos refiriéndonos a situaciones que demandan cambios prácticos en la forma de abordar lo que suele presentarse ante el profesional como un conglomerado de desestructuración personal, familiar y social, que impone demandas específicas en la intervención. Entre ellas:

- actitudes directivas y acciones materiales (gestión de ayudas económicas, inserción de profesionales en el funcionamiento doméstico...), que sean compatibles con el proceso psicoterapéutico.
- saber dejar, al menos en algunos momentos, en un segundo plano las intervenciones verbales y basadas en la capacidad de simbolización, y actuar a un nivel más conductual y concreto (Minuchin, Colapinto y Minuchi, 1998).
- trabajar mucho y con paciencia la demanda

de asistencia, ante la escasa “conciencia de enfermedad” o la falta de reconocimiento de la existencia de problemas psíquicos y relacionales.

Es un tipo de intervención que requiere un acompañamiento más cercano y “más material” del necesario en el paciente estándar, de ahí la propuesta de una “walking cure” como alternativa a la “talking cure” (Nervi, 2009). Un cambio que parece hacerse necesario ante ciertos problemas que llevan a los pacientes a consulta, y ante la realidad de que la forma y el contenido de la demanda pueden adquirir rasgos particulares. En este sentido, resulta muy sugerente la idea de Achotegui y Jayme (2016) de “relación terapéutica extendida”, en relación a los inmigrantes: algunas relaciones terapéuticas demandan algo más que aceptación, esclarecimientos e interpretaciones, demandan cuidado físico y protección; en efecto, las demandas médicas y psicosociales pueden aparecer muy unidas a las psicoterapéuticas. Esto es algo habitual en contextos desfavorecidos. Algunos profesionales clínicos se sienten incómodos ante esta mezcla de peticiones y prefiere forzar una separación (artificial) de las demandas, o canalizar al paciente hacia un recurso diferente (que suele ser psicosocial, y en donde se corre el riesgo de perder la perspectiva clínica); finalmente, otros lo asumen como una manifestación de esa “clínica del desamparo” y aceptan el reto que se les presenta.

Algunas características de esa forma diferente de hacer clínica con los desfavorecidos están muy presentes en los dispositivos de intervención social. Es algo a lo que les ha ayudado su experiencia y la propia definición de los recursos. De hecho, el ámbito de los servicios sociales tradicionalmente se ha vinculado a contextos más fluidos, cambiantes y pragmáticamente comprometidos que los clínicos. De ahí su mayor disposición a las visitas domiciliarias, las prácticas de trabajo en red, o la gestión de aspectos materiales de la vida de sus usuarios. Así, este encuadre en lo social ha tendido a propugnar actitudes más directivas y una distancia profesional-usuario más corta que en los contextos clínicos. Esta actitud diferente de los profesionales de ambos campos ha acabado derivando en un reparto no muy explicitado de parte de esa población. Si los profesionales clínicos no salen a buscar a los desfavorecidos, se produce una canalización “natural” hacia los dispositivos sociales. El resultado es que hay una distribución no explícita de la población hacia diferentes recursos profesionales. Por ejemplo, los problemas relacionales de crianza que en una familia de

clase media son derivadas a un equipo de salud mental, son más habitualmente remitidos a un equipo de atención psicosocial de los Servicios Sociales si se trata de una familia marginal.

Mientras desarrollamos esa clínica del desamparo, seguiremos corriendo el riesgo de caer en uno de dos extremos: limitarse a una actuación sobre los sucesos externos que marcan la realidad del paciente y su familia, o configurar la relación terapéutica como una burbuja con predominio de lo verbal e introspectivo, donde realidades determinantes de la vida sean desconsideradas (Galán, 2011). Y cuando se trata de la infancia, podemos además recurrir a la imagen usada por Cancrini (1991) al señalar el riesgo de quedarse contemplando una planta marchitándose mientras hablamos durante horas sin verificar que le falta agua, o suspirar ante el hecho de que quien debe regarla no lo hace.

3. OTRO MUNDO, AL OTRO LADO DE LA CALLE.

Cuando hablamos de diferencias culturales rápidamente pensamos en países lejanos, o en lugares exóticos donde nos sentiríamos extraños; o pensamos en los inmigrantes procedente de esos lugares, de África o Asia, cuyos valores y formas de ver el mundo (las relaciones, la enfermedad...) pueden ser tan diferentes a las del profesional, y que obligan a éste a una adaptación no siempre fácil (Achotegui 2015). Es un hecho que estos grupos culturales tienen formas diferentes de ver el mundo, y debemos formarnos para atender a los miembros de estas culturas que llegan a nuestro país. Pero a veces nos olvidamos de que basta con atravesar una calle para encontrarnos en una cultura que, aun pareciendo la nuestra, es muy diferente. Los barrios marginales tradicionales (es decir, con ciudadanos nacidos en nuestro país) constituyen de por sí submundos muy particulares. El hecho de que compartamos una historia, unas costumbres y un idioma, nos puede hacer olvidar que las normas que rigen en ese contexto geográfico particular pueden hacer que sea un lugar casi tan extraño para el profesional como un barrio de Nigeria. Y esas diferencias van a revelarse en infinidad de detalles.

Esas diferencias son visibles en la mirada más externa, la que se dirige a la vida vecinal. Son territorios particulares, en donde frecuentemente se establecen códigos propios, algunos muy próximos al mundo de la delincuencia, y en donde muchas veces se advierte una marcada tendencia a la anomia, la desorganización y la asocialidad... con ocasionales arranques de

solidaridad vecinal, habitualmente de poco recorrido, y especialmente frecuentes cuando se siente un peligro que viene del exterior (Linares, 2001). Muchos de estos factores pueden considerarse de riesgo a efectos de Salud Mental. Aparte del peligro de ser objeto de violencia, sabemos que la desorganización y desestructuración contextuales no ayudan, sino que obstaculizan, los procesos de organización y estructuración interna. Es decir, la desestructuración en el contexto suele ayudar poco a la estructuración intrapsíquica. Es cierto que podemos encontrar algunos elementos positivos en estos barrios; por ejemplo, en este mundo actual en el que tanto peso tiene el individualismo insolidario, en estos lugares hallamos rescatables manifestaciones de solidaridad y de vitalidad. No obstante, en mucha mayor medida, podemos considerar que estos entornos sociales y vecinales eran descritos acertadamente por James Garbarino cuando los definía como “ambientes ecológicamente tóxicos” (Garbarino y Eckenrode, 1999).

Y al nivel familiar, en el contexto de la marginalidad podremos encontrar nuevamente diferencias culturales profundas, muchas de las cuales se relacionan con la dificultad para cambiar valores que se han ido transmitiendo transgeneracionalmente, y que en otros casos responden a una ecología de la supervivencia: en contextos de precariedad material, de riesgo vital, o de inseguridad, los parámetros desde los que se entiende el mundo pueden ser muy particulares. De esta manera, cuestiones relativas a la organización de los horarios, la vida doméstica, el manejo del dinero, el valor del trabajo, el papel de la relación padres-hijos, pueden ser muy diferentes a los valores de otros grupos sociales... como aquellos a los que solemos pertenecer los profesionales. En algún caso resultan fácilmente interpretables como el producto de una transmisión intergeneracional de formas de vida. Pero no podemos olvidar que la exclusión social puede acabar cristalizando en una imagen de sí marcada por tres fracturas vitales básicas: uno mismo como carente de valía personal, el mundo como un lugar hostil, y uno mismo como incapaz de modificar sus condiciones vitales a mejor (Pitillas, Halty y Berástegui, 2016). Otras veces parecen más el resultado directo de un deterioro en el funcionamiento personal, donde ciertas condiciones particulares (incluyendo los trastornos mentales) acaban derivando en una forma de vida desadaptada a todos los niveles. Finalmente, es difícil desligar esos factores familiares y personales de una realidad contextual en el que aquellos encuentran un lugar de fácil desarrollo. En este sentido, se puede comprobar que la desestructuración

personal y familiar da lugar a desestructuración social, que potencia lo anterior y deriva en un círculo vicioso difícil de cortar. En efecto, con frecuencia las dificultades personales, ciertos valores familiares, y algunas características del entorno social, acaban creando un conglomerado de influencias mutuas con un gran efecto patógeno. Posiblemente la aproximación más clínica a esta realidad se ha realizado a través del concepto de “familia multiproblemática” (Coletti y Linares, 1997), definida precisamente por esa destructiva interacción a tres bandas, y en donde la psicopatología tradicional parece encontrar terreno abonado para su desarrollo.

Todas estas características marcan la relación con las instituciones, incluyendo la sanitaria, y por tanto la que se mantiene con los profesionales de Salud Mental. Si estas diferencias en la forma de interpretar la realidad asistencial son marcadas, puede acabar estableciéndose un pulso entre los usuarios y unos dispositivos que en realidad han sido creados para otra cultura. A veces se trata de pequeñas diferencias, pero que marcan poderosamente la relación asistencial. Algunas de ellas tienen que ver con normas de funcionamiento que damos por evidentes en lo referente al encuadre (puntualidad, regularidad, compromiso...) pero que pueden resultar extraños para ciertos grupos sociales...al menos inicialmente. Y este desencuentro entre dos lecturas culturales (la de los profesionales y la de los pacientes) puede derivar fácilmente hacia un divorcio.

La realidad es que algunos grupos poblacionales tienen serias dificultades para adaptarse a ciertos marcos institucionales, y que muchos usuarios simplemente abandonarán. A partir de ahí queda abierta la opción de introducir cambios destinados a acogerlos. Podemos pensar que si no hay un esfuerzo proactivo por acercarnos al mundo de la marginalidad, muchas de estas personas quedarán desatendidas. Los recursos de Salud Mental han tendido a pecar de excesivo conservadurismo, y con frecuencia han tendido a delegar en los recursos sociales la atención a estos grupos poblacionales. Por ejemplo, en gran parte de nuestro país es en el campo de los Servicios Sociales (Generales y Especializados) donde encontraremos una mayor profusión de servicios destinados específicamente al trabajo con ciertas unidades familiares; bajo rótulos como “Servicio de Atención Familiar”, “Programa de Familias” o “Centro de Tratamiento Familiar”, los profesionales que desempeñan aquí su labor asistencial están cubriendo un importante volumen de la intervención familiar con familias de difícil acceso. Y como acabamos de señalar,

suelen estar institucionalmente más vinculados a los Servicios Sociales que a los clínicos.

De la misma manera, la necesidad de ser proactivos y cercanos va a implicar priorizar las visitas domiciliarias, un encuadre de intervención muy potente (Saías, Lerner, Greacen, Simon-Vernier, Emer, Pintaux, Guedeney, Dugravier, Tereno, Falissard, Tubach, the CAPEDP Study Group y Revah-Levy, 2012; Stern, 2006), y nuevamente nos encontramos ante una práctica mucho más familiar para los servicios sociales que para los de Salud Mental. Además, la forma en que se aborda una visita domiciliaria puede ser muy variada, y va a depender mucho del bagaje profesional y del contexto institucional. Cuando se hacen desde un ámbito sanitario generalista, la perspectiva suele ser muy médica; cuando se hace desde el contexto de los servicios sociales, suele tender a perspectivas socio-educativas, derivando fácilmente a posturas directivas que a veces son interpretadas por los usuarios como formas de control. Lo que la perspectiva clínica de Salud Mental podría aportar como su especialidad es la capacidad para construir relaciones reflexivas donde haya un espacio para ahondar en la construcción del mundo interno; y que cuando se trate de niños, se pueda dirigir al mismo tiempo una mirada a la historia de los cuidadores. Este potencial (teórico y técnico) tan ligado al mundo psicoterapéutico podría estar siendo claramente desaprovechado.

Pero para los recursos clínicos siempre ha estado la opción de acercarse más a la comunidad, o la de aliarse con recursos que ya están implantados en estos contextos. Esto pudiera demandar un gran esfuerzo en la definición de los recursos (cambiando su orientación, prácticas y organización), o saber aliarse con aquellos dispositivos que sí están formando parte más activa de esa comunidad; los servicios sociales y muchos dispositivos ligados a ellos son los más habituales, aunque no son la única opción. E independientemente de la formalización que se pueda hacer de la colaboración entre las instituciones, es un hecho que los profesionales sensibilizados no dejan de establecer puentes y abordar experiencias concretas ajustadas a las demandas de los casos (véase por ejemplo Béjar, 2010).

En conclusión, planteamos que la diferencia de población implica demandas diferentes para el profesional. Estas demandas pueden ir en contra de cierta tendencia en algunos profesionales a mantener encuadres rígidos, muy centrados en la consulta (como espacio físico) y en la relación verbal terapeuta-paciente. El gran reto es ser capaz de salir del despacho (física

y conceptualmente) sin perder el rigor técnico y el potencial inherente a la perspectiva clínica. Pudiera ser una nueva tensión, de tantas entre Escila y Caribdis, a las que nos vemos sometidos los profesionales enfrentados a realidades complejas. Desde la ya clásica elección entre el oro y el cobre (Freud, 1918/2001), los profesionales nos vemos confrontados con situaciones en las que parece siempre necesario vivir en la tensión de (frecuentemente falsas) dicotomías, a veces agotadora, pero casi siempre enriquecedora.

4. LA PSICOTERAPIA PADRES-HIJOS DESDE UN DETALLE NO MENOR.

He planteado desde el principio que este recorrido personal entre dos ámbitos asistenciales me llevó a identificar un ámbito específico, configurado por la superposición entre las perspectivas clínica y social. Creo que es un terreno amplio, en el que se mueven muchos dispositivos, profesionales, y ámbitos de intervención, por lo que hacer una revisión de ellos excede las posibilidades de un documento como éste. De entre ese amplio abanico he escogido un tema muy querido en este contexto de SEPYPNA, el de las psicoterapias padres-hijos. El trabajo con la diada madre-hijo, o mejor cuidador-niño, es un área de intervención muy valorado en los espacios clínicos psicodinámicos, y SEPYPNA cuenta con algunos de sus más ilustres representantes, como Juan Manzano y Francisco Palacio-Espasa. Para quienes estamos interesados en este tema, es difícil no sentirse deudor de un concepto tan potente como el de “escenarios narcisistas de la parentalidad” (Palacio, Manzano y Zilkha, 2002), que trata de reflejar esa idea de la relación padre-hijo como un lugar en el que los padres sitúan aspectos de sí mismo (sanos o perturbados). Pero voy a centrar mi atención en una lectura particular, que nos va a llevar al otro lado del Atlántico.

Al leer panorámicas de las terapias madres-hijos, no es extraño encontrar alguna referencia a la aportación de Selma Fraiberg, una psicoanalista y trabajadora social especialmente interesada en ese marco de intervención psicoterapéutica. Posiblemente la importancia de esta autora vaya más allá de sus contribuciones teóricas, y debamos remitirnos a su carácter inspirador a la hora de considerar los aspectos relacionales íntimos de la crianza, sobre todo en esos momentos en que surge el sufrimiento y la patología. Su trabajo más referenciado, una lectura potente y deliciosa al mismo tiempo, nos situaba ante los “fantasmas en el cuarto de los niños” (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975). Usaba una imagen que nos remite a

los cuentos de hadas, donde esos fantasmas son visitas indeseables que pueblan el mundo interno de los niños y que no son sino el pasado no recordado de los padres; se trata de huéspedes no invitados que, en circunstancias favorables, son desterrados a su mundo subterráneo, gracias a los lazos de amor y protección de los padres hacia sus hijos. Pero en otras ocasiones los intrusos procedentes del pasado de los padres son capaces de romper ese círculo mágico y se instalarán en el cuarto de los niños, a veces especializándose en algunos ámbitos de desarrollo infantil (comida, sueño, control de esfínteres, disciplina) y en otros casos ocupando la vida completa del infante.

Pero yo quiero ir más allá de su idea acerca de los fantasmas parentales haciendo acto de presencia en la vida de la nueva generación. Quiero fijarme en otra expresión presente en su artículo, la de “psicoterapia de la mesa de la cocina”. Los casos con los que Fraiberg y sus compañeras comenzaron a trabajar no eran fáciles, no sólo por la complejidad inherente a los problemas de esos niños y sus madres. Eran difíciles porque parecía imposible trabajar desde una consulta; con el encuadre psicoanalítico estándar, la intervención parecía impracticable. Esto les situaba ante el reto de hacer lo que sabían hacer como psicoanalistas y expertas en el desarrollo infantil, pero en un contexto más sucio, más indefinido, menos aséptico, no sólo físicamente, sino también relacional e institucionalmente. Una primera necesidad evidente era modificar el encuadre, acudir al domicilio, sentarse con los padres en la mesa de la cocina, considerar una desagradable notificación a los servicios de protección a la infancia, y entrar en una dura pugna por hacerse un hueco en la dolorosa y dolorida vida de esa familia. Pero más allá de lo evidente de ir a la casa de los pacientes, creo que lo central era cambiar la forma de entenderse a sí mismo como profesional.

Esta aportación resultó claramente inspiradora para aquellos que trabajaban en estos contextos difíciles, y que necesitaban ir adaptando sus conceptos y técnicas a unos entornos muy complejos. Lieberman y Harris (2007) hicieron un balance de este recorrido, aprovechando la revisión de un caso fracasado, el de una chica con la que habían comenzado a intervenir en su primera infancia para reencontrarla de forma azarosa cuando ya era una mujer. En el esfuerzo por determinar qué podrían haber hecho mejor para ayudarla, hicieron un repaso de lo aprendido a lo largo de los años. Entre esos aprendizajes incluían los siguientes:

- la necesidad de ampliar la mirada, hasta llegar a un cuarto ojo (y oído). Es necesario mirar a los miembros de la diada, a la interacción entre ellos, a la relación de todos con el profesional... y además al contexto más global en el que se sitúa la terapia, lo que implica dirigir nuestra mirada a la relación con los servicios sociales, de protección a la infancia, o los tribunales de Justicia.
- la necesidad de ampliar la mirada a lo social, desde la constatación de que lo intrapsíquico está profundamente marcado por lo social. Esto implica unir el Psicoanálisis y la teoría ecológica, integrándolos en una teoría unificada de la mente, desde la que los cambios sociales aparecen como un vehículo necesario para el cambio interno. En cierta medida, esto acaba desembocando en cierto activismo social.
- adoptar una visión “supraclínica”, desde la que el clínico se vea a sí mismo como compañero de una serie de proveedores de servicios dentro y a través de un sistema de cuidados, que puede ser planteado como un continuum según su carácter normativo o coercitivo (y en cuyo extremo se suelen situar los servicios de protección a la infancia, con su poder para separar al niño de sus padres).
- adaptarse a las demandas específicas de lo traumático, como un ámbito de experiencia muy particular, con sus propias normas y requerimientos para el profesional.
- incluir una parte optimista y complementaria a los fantasmas: los ángeles (Lieberman, 2007; Lieberman, Padrón, Van Horn y Harris, 2005); estos nos remiten a esas experiencias de cuidado caracterizadas por un intenso afecto compartido entre padre e hijo, y las que el niño se siente comprendido, aceptado y amado; de la misma manera que los fantasmas condicionan al niño llevándole al sufrimiento y la disfunción, esas experiencias de protección contribuyen a crear un sentido nuclear de seguridad y auto-valía sobre el que puede asentarse la intervención profesional.

De esa inspiración de Fraiberg han surgido propuestas concretas muy interesantes. Para ilustrarlas, me remitiría a dos de sus alumnas más directas, y quizá herederas, Alicia Lieberman y Arietta Slade. Por un lado, Lieberman se ha convertido en una de las principales referencias para el tratamiento de la relación padres-hijos, especialmente en contextos desfavorecidos. A modo de ilustración, podemos

reseñar la Child-Parent Psychotherapy (CPP) como una de sus aportaciones más relevantes (Lieberman, 2007); ésta aparece como un tratamiento dirigido al complejo lazo relacional que se establece entre niños y progenitores traumatizados, especialmente en los casos de violencia doméstica. El foco de atención terapéutica se centra en el juego dinámico entre los sucesos y la adaptación del niño a estos, y el tratamiento debe centrarse en crear o restaurar un sentimiento de confianza y de intimidad segura entre el cuidador y el hijo, planteándose como objetivo central que el progenitor sirva como un agente terapéutico. No es un trabajo fácil. Lieberman advierte de que muchos progenitores reciben con hostilidad la derivación a tratamiento; pueden mostrarse suspicaces por las motivaciones de esta derivación, enfadados por recibir el escrutinio de extraños, o temerosos de perder la tutela del hijo; otros están sobrecargados por los estresores de la vida cotidiana, y algunos pueden llegar a envidiar al niño por recibir atención terapéutica. Por ello, hay que acercarse al progenitor no sólo como tal sino también como individuo, porque esto le da un sentido de auto-valía.

Pero más allá de este núcleo de intervención psicoterapéutica, lecturas atentas nos sitúan ante la inclusión de esas cuestiones más contextuales que antes mencionábamos. Por ejemplo, en la colaboración con otros dispositivos asistenciales. En uno de los procesos de implantación de la CPP (Renschler, Lieberman, Hernandez y Burke, 2013), se subraya cómo en la población desfavorecida no se puede esperar el grado de compromiso habitual en otros contextos; en efecto, si han fallado procesos básicos de vinculación humana en la vida familiar, la alianza con los contextos profesionales queda hipotecada; son personas difíciles de enganchar, que faltan mucho, que no entienden (al menos de partida) algunas cuestiones de encuadre, y que fácilmente desarrollan hostilidad a lo institucional. Trabajar estos casos desde el mismo marco que el usado para pacientes que buscan ayuda espontáneamente, es un error. Hay que pensar en servicios más domésticos, y de hecho las visitas domiciliarias son fundamentales para algunos pacientes. En esa experiencia concreta, el trabajo se hacía desde un dispositivo pediátrico; la línea del frente eran pediatras, con dos particularidades: una especial sensibilidad y formación en torno al efecto de los traumas en los niños y sus padres; y además, la dinámica de llevar los casos a reuniones con el equipo de salud mental (un trabajador social, un clínico gestor de caso y defensor de los padres, y dos psicólogos clínicos). A partir de ahí surgía una cartera

de servicios que ofertar a las familias: consultas breves, manejo de casos, intervención psicológica externa, evaluación educativa o neuroevolutiva, psicoterapia familiar, individual o padre-hijo.

La otra discípula que mencionábamos era Arietta Slade, quien ha situado su trabajo bajo el paraguas de uno de los conceptos más relevantes en la psicoterapia actual: la mentalización. Como es sabido, se trata de un concepto generado dentro del ámbito de la Teoría del Apego, y que está ocupando un lugar prominente en la comprensión del desarrollo psicológico del niño, apareciendo como un componente importante de muchos formatos de tratamiento (Allen, Fonagy y Bateman, 2008; Galán, 2016).

La idea de partida que subyace al concepto de mentalización es que los seres humanos intentan comprenderse mutuamente en términos de estados mentales (pensamientos y sentimientos, creencias y deseos) para dar sentido a la conducta del otro, y para poder anticiparla. La mentalización se desarrolla en un contexto intersubjetivo de cuidado padre-hijo, y un elemento central para ello es la capacidad del cuidador para sostener en su propia mente una representación de su hijo como alguien que tiene sentimientos, deseos e intenciones, porque esto permite al niño descubrir su propia experiencia interna a través de la representación que el progenitor tiene de ella. No es éste el lugar para abordar este fascinante tema, y nos limitaremos a señalar sólo dos aspectos de especial relevancia en cuanto a la idea que estamos desarrollando. En primer lugar, que no es extraño que esta visión del desarrollo infantil, tan profundamente ligada a la relación progenitor-hijo, resultara atractiva a quienes estaban interesados en la psicoterapia madre-hijo. Es aquí donde se sitúa Arietta Slade, como parte de un grupo de trabajo de la Universidad de Yale, donde tratan de desarrollar programas de intervención con padres y niños. Slade considera que muchos programas de intervención incluyen dentro de sí la potenciación de la capacidad mentalizadora de los padres, y por ello ha elaborado algunos programas destinados específicamente a desarrollar ésta. Por tanto, el objetivo es que los padres puedan dar sentido a los estados mentales propios y de sus hijos. Algunos padres dirigen a sus hijos una mirada muy básica (“Physical Stance”), donde se describe a los hijos sólo en términos de conducta. Algunos padres van más allá y los describen en términos de pensamientos y sentimientos, pero han situado en los niños unas proyecciones tan acusadas, que la visión que tienen de ellos está muy alejada de la

realidad. Finalmente, otros padres logran visiones más complejas y ajustadas del niño, y ésta es la que se busca desarrollar en las intervenciones (Slade, 2005).

Pero nuevamente volvemos a fijarnos en un detalle aparentemente marginal. El hecho de que tras elaborar este interesante programa de intervención, este equipo de investigación acaba desarrollando una versión para familias de alto riesgo. En concreto, el programa “Minding the Baby” (Slade, 2006), desarrollado inicialmente para chicas jóvenes embarazadas de New Haven, y que implica una intervención sostenida e intensiva, que además debe coordinarse con la intervención de otros servicios comunitarios. Con el núcleo de la intervención situado en la creación de una relación psicoterapéutica, se arma una serie de complejas actuaciones que trascienden más allá de la propia familia. En el mundo anglosajón es uno más de los muchos programas de investigación que se dirigen a estos contextos difíciles, marcados por la pobreza, la marginalidad... Recogen conceptos clínicos básicos y muy interesantes, pero con una mirada ampliada para recoger lo social.

Hemos utilizado la influencia inspiradora y práctica de Selma Fraiberg para llamar la atención sobre estas adaptaciones específicas de las terapias cuidadores-hijos. Pero obviamente no son las únicas experiencias en este sentido. De hecho, recientemente pudimos conocer de primera mano en SEPYPNA el proyecto CAPEDP, implementado en París por el equipo de Antoine Guedeney entre 2006 y 2011 (Guedeney, Guedeney, Tereno, Dugravier, Saias, Tubach, Wendland, Welniarz, Haddad y Greacen, 2014; Guedeney, Wendland, Dugravier, Saias, Tubach, Welniarz, Guedeney, Greacen, Tereno y Pasquet, 2013); no es casualidad que la primera de las dos referencias bibliográficas nos remita a un texto cuyo título comienza como “Fraiberg in Paris”.

Y a buen seguro que entre todos esos servicios que atienden en nuestro país a familias complicadas se desarrollan intervenciones de este tipo. Incluso hay propuestas específicamente desarrolladas en nuestro contexto, como el programa Primera Alianza (Pitillas, Halty y Berástegui, 2016). No obstante, el mundo anglosajón es dominante no sólo en el hacer sino también en el publicitar, de ahí que tengamos que recurrir a ellos por la visibilidad de sus contribuciones. Y es así como encontramos proyectos tan interesantes como el Attachment and Biobehavioral Catch-up, desarrollado por el Infant Caregiver Project de la Universidad de Delaware, dirigido por Mary Dozier (Caron, Weston-Lee, Haggerty y Dozier, 2016; Yarger, H.A., Hoyer, J.R.,

y Dozier, M. (2016). Otro programa muy referenciado es el Circle of Security Project (Marvin, Cooper, Hoffman y Powell, 2002), diseñado para grupos de madres y padres de alto riesgo de niños pequeños (1-5 años), a los que se atiende a lo largo de 20 sesiones semanales, en un formato de tratamiento con algunos elementos que se han convertido en distintivos y característicos de este proyecto (el trabajo sobre video-viñetas a partir de grabaciones de interacciones padres-hijos, el manejo de los conceptos de “puerto seguro” y “base segura” con una imagen omnipresente e icónica que los representa, la importancia concedida a los procesos de reparación de la ruptura de la relación de apego, o el ingenioso uso de la “música de tiburón” para mostrar cómo los sentimientos pueden afectar a la interpretación de las relaciones); todo ello con un fin claro: crear el contexto de un ambiente grupal de apoyo en el que el terapeuta asume un papel de base segura, y donde cada cuidador es guiado a su propio ritmo hacia mayores habilidades en la lectura de las pistas infantiles sobre su mundo interno.

Sin llegar a abordar una revisión exhaustiva de estos programas, hay algunos elementos que resaltan en una primera mirada:

- la fuerte presencia de la Teoría del Apego, como una aportación sumamente inspiradora a efectos conceptuales, técnicos y de enseñanza (para los profesionales y para las familias). Una idea central es la de crear en la relación terapéutica una base segura para los padres, que les permita explorar y reflexionar sobre sus relaciones con los hijos.
- a pesar de lo anterior, se advierte una tendencia al eclecticismo teórico y técnico, desembocando con facilidad en modelos de intervención con un carácter multitéorico y comprehensivo.
- un fuerte carácter social y comunitario, pero donde el componente psicoterapéutico se mantiene como central; en efecto, se entiende que sólo en el marco de una relación con componentes psicoterapéuticos, puede sostenerse el avance de los padres en el reconocimiento de sus emociones y pensamientos, y en el cambio de la forma en que cuidan a sus hijos.
- son propuestas de intervención muy cercanas a contextos naturales (visitas al hogar, intervención en la escuela...).
- adaptación a las capacidades de cada familia para hacer lecturas psicológicas. Detrás de muchas intervenciones psicoterapéuticas hay una necesidad de cierta capacidad de insight (algunos

hablarían de mentalización). Y si ésta no existe, esas intervenciones podrían estar fuera del alcance de los pacientes. En contextos desfavorecidos esto es más habitual, y hay que empezar (y a veces quedarse) en intervenciones más conductuales, más directivas, más “materiales”.

- el uso de grabaciones en vídeo se ha convertido en una herramienta muy utilizada. A partir de pioneros tan relevantes como Brazelton, Stern, McDough y Beebe, se ha acabado extendiendo ampliamente al ámbito de la intervención (Guedeney y Guedeney, 2010).
- muchas propuestas parecen muy vinculadas a proyectos de investigación, con un carácter muy ambicioso y resultados muy atractivos, pero surgen dudas en torno a la posibilidad de implementarlos de manera generalizada, considerando que los recursos asistenciales habituales suelen ser más precarios en términos humanos y materiales.

Al contactar con estos contextos de riesgo hay un tema que fácilmente surge cuando se está especialmente sensibilizado: lo traumático. Sin esa sensibilidad, es fácil que sea desestimado, y lo será por varios motivos, entre los que destacaríamos dos:

- frecuentemente no estamos hablando de un suceso puntual que impacta sobre cierta normalidad vital, sino de situaciones o vidas traumatizadas, con lo que se ha dado en llamar “traumas acumulativos”, generando contextos que envuelven totalmente a los implicados, y respecto a los cuales estos no son capaces de establecer una distancia observadora. Es por todo ello que podríamos hablar de “vidas traumáticas” más que de “traumas”. De esta manera, las víctimas asimilarán los traumas a sus vidas, y les faltará la distancia necesaria para poder verlos como algo anómalo y para pedir ayuda
- en cuanto que frecuentemente se trata de traumas relacionales, donde el daño ha sido causado por cuidadores y personas designadas como protectores, uno de los resultados es la desconfianza en las vinculaciones que impliquen un cuidado... como la relación terapéutica.

Como resultado de todo ello, el profesional podría encontrar que si no pregunta específicamente por sucesos traumáticos, los pacientes no los mencionarán; y en las intervenciones con familias no será infrecuente encontrar que los padres no establecen una conexión entre una

vivencia traumática y lo que le pasa a los hijos; de hecho, en ocasiones habrá que iniciar la intervención con la principal necesidad presentada por la familia, en lugar de por el incidente traumático, sobre todo para las que no buscan tratamiento por sí mismas (Renschler, Lieberman, Hernandez y Burke, 2013).

Otro aspecto importante reside en la diferencia entre niños y adultos. Por un lado, encontramos que en los adultos el evento traumático impacta sobre una estructura psíquica ya configurada. En cambio, en el niño el trauma impacta sobre un proceso de desarrollo. Por ello, el potencial perturbador será mucho mayor, ya que el proceso de crecimiento posterior al trauma tendrá que hacerse sobre el daño causado.

Vemos por tanto que, a diferencia de los modelos traumáticos en los adultos (cuyo paradigma es el Trastorno por Estrés Post-traumático, TEPT), en los niños que viven en contextos familiares y sociales traumáticos lo más importante no van a ser: a) unas experiencias concretas y recortadas temporal y espacialmente; y b) cierta distancia sobre esa experiencia, de modo que sea presentada como una vivencia traumática propiamente dicha. Las experiencias más relevantes van a ser situaciones traumáticas totalmente engarzadas en el funcionamiento vital, siendo difícil delimitar episodios y analizarlos desde cierta distancia. Sobre ellos, a veces se asentarán experiencias traumáticas del otro tipo (los recuerdos vívidos de sucesos puntuales). Por eso, es difícil aplicar la categoría diagnóstica TEPT; ésta es más evidente cuando pensamos en un accidente de tráfico, un asalto violento o una catástrofe natural, donde fácilmente identificamos esta sintomatología y entendemos su significado. La situación es diferente cuando se trata de una situación mantenida de forma persistente a lo largo del tiempo, y cuando el origen se encuentra en una persona con la que se mantiene una relación significativa. En estas situaciones encontraremos más vivencias disociativas, desmoralización y síntomas depresivos. Estas diferencias sostienen algunas distinciones entre grandes tipos de trauma, como la que se establece entre traumas tipo I y tipo II (Pérez-Sales, 2009).

Estas diferencias sostienen aportaciones conceptuales o diagnósticas como el Complex Post Traumatic Stress Disorder (CPTSD) o “trauma complejo”, o el Developmental Trauma Disorder (Van der Kolk, 2005). Lo que se plantea con ellos es que la exposición múltiple o crónica a traumas interpersonales relacionados con el desarrollo generarán malestar emocional, pero también producirán síntomas en muy diferentes dominios de funcionamiento personal (apego, funcionamiento

biológico, regulación emocional y comportamental, integración psíquica, autoconcepto, funcionamiento cognitivo...). Estos parecen cubrir prácticamente la totalidad de la persona, porque todas o casi todas las líneas de desarrollo se van a ver afectadas. A efectos de tratamiento, esta afectación generalizada va a introducir una exigencia importante, porque se requerirá una intervención amplia, que al menos incluya como principios básicos: garantizar la seguridad y trabajar para que ésta pueda ser sentida, desarrollar la capacidad de autorregulación, fomentar el procesamiento auto-reflexivo de la información, ayudar a integrar la experiencia traumática, fomentar la implicación relacional, y generar afectos positivos.

Estos planteamientos acerca de los traumas implican cambios respecto a los procedimientos más tradicionales de intervención, muy dirigidos a la elaboración verbal y la búsqueda de catarsis. Por el contrario, en estos nuevos acercamientos se subraya la necesidad de incluir:

- el trabajo con la corporalidad, partiendo de que este tipo de vivencias psicológicas quedan firmemente ancladas en el cuerpo.
- ampliando lo anterior, el trabajo con lo no verbal, puesto que algunos traumas acaecen en estados pre-verbales de la vida y por tanto no existe un recuerdo en la memoria explícita; abundando en este planteamiento, se sitúa el hecho de que algunos traumas son primariamente no verbales (miradas duras y abusivas, actitudes...). Por todo ello, se espera que el terapeuta sepa manejarse en este registro no-verbal.
- un especial empeño en asegurar la vinculación, incluyendo los aspectos más prácticos de estar disponible de manera real para el niño, pero también los más sutiles que apuntan a compartir la intersubjetividad. De ahí la necesidad ineludible de crear y mantener una relación sensible, reflexiva y entonada a nivel afectivo, entre el terapeuta y el niño, entre el cuidador y el niño, y entre el terapeuta y el cuidador; en este contexto relacional, se enfatiza la búsqueda de una conexión intersubjetiva con el niño, una aceptación profunda de sus emociones y experiencias, y una curiosidad desprovista de juicio acerca del significado que le ha dado a los eventos (Becker-Weidman y Hughes, 2008).
- sobre los cimientos contruidos a través de las intervenciones anteriores, ayudar a construir narrativas que den un sentido a lo ocurrido.

Este ámbito de atención al trauma constituye uno de los campos de intervención psicoterapéutica donde más contribuciones valiosas y significativas se están realizando en estos momentos, y el trabajo con poblaciones inmersas en contextos traumatogénicos nos obliga forzosamente a acercarnos a ellas.

5. EPÍLOGO.

Las fronteras pueden ser miradas como líneas que separan dos realidades que se dan la espalda, y como el lugar propicio para el conflicto; pero también pueden ser vistas como un lugar de intercambio, de enriquecimiento mutuo y de oportunidades para prosperar. La emigración puede ser concebida como fuente de dolor (por lo que implica de pérdida) y de angustia (por la necesidad de adaptarse a lo nuevo, y por la dificultad para reconfigurar la identidad); pero también como fuente de crecimiento, de aprendizaje, y de enriquecimiento de la identidad. Y el retorno tras la emigración también acepta una doble lectura: como la repetición de una dolorosa despedida, o como la oportunidad de aportar a tu comunidad lo que has aprendido durante el viaje. Este documento es el resultado de haber emigrado, vivido en la frontera y retornado, intentando mantener una visión constructiva y enriquecedora de ese recorrido.

En esta narración he creado un discurso sincero pero que se asienta en dos construcciones artificiales que de alguna manera todos hemos acabado compartiendo. La primera, que lo clínico y lo social son dos cosas diferentes, y se trata de una idea bien asentada (aunque quizá no muy reflexionada) en nuestra representación del mundo profesional. Un conocimiento profundo de ambos nos muestra que son muchas las semejanzas, y muy numerosos los puntos de contacto; es más, desde una visión constructivista de la realidad, esta separación es cuestionable: las instituciones participan en la definición del problema al que atienden, aunque luego defiendan que primero surgió el problema y que la institución se creó y adaptó a él. Lo que entendemos por problema clínico o problema social podrían no ser entidades naturales sino el resultado de la confluencia entre unas realidades y las instituciones que los profesionales hemos creado para lidiar con ellas. Si no existen realidades inmutables, las puertas al diálogo y a la redefinición están abiertas.

Una segunda medio verdad en mi discurso reside en el hecho de haber atribuido al campo de lo social algunos rasgos que parecerían ajenos al ámbito clínico. Nuevamente tengo que remitirme a conceptos y prácticas que se han asentado quizá de forma no reflexiva. Muchas

características del ámbito social se corresponden con la perspectiva comunitaria que también ha inspirado a los servicios de Salud Mental; pero parece también una realidad que estos rasgos se han perdido o diluido en muchísimos dispositivos. Y que en estos momentos de crisis parecen más necesarias que nunca.

En conclusión, hemos intentado reflexionar sobre un ámbito de intervención clínica en el que los profesionales podríamos haber sido negligentes, y en el esfuerzo por rescatar nuestro compromiso y capacidad con cierta población, podríamos acercarnos a otros campos de actuación profesional a los que podemos aportar y de los que podemos aprender. De esta manera, de las demandas insatisfechas de algunos colectivos sociales, de los desencuentros que a veces caracterizan nuestra relación con ellos y con otros profesionales, pueden surgir oportunidades de cambio y crecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achotegui, J. (2015). Diez diferencias en los valores culturales desde la perspectiva de la salud mental y de la psicopatología. Implicaciones y repercusiones terapéuticas. *Temas de Psicoanálisis*, nº 10 (<http://www.temasdepsicoanalisis.org/diez-diferencias-en-los-valores-culturales-desde-la-perspectiva-de-la-salud-mental-y-la-psicopatologia-implicaciones-y-repercusiones-terapeuticas/>).
- Achotegui, J., y Jayme, M. (2016). El reto de trabajar la relación terapéutica extendida y la transferencia negativa con inmigrantes, minorías y excluidos sociales. *Clínica Contemporánea*, 7, 105-112.
- Allen, J.G., Fonagy, P., y Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Becker-Weidman, A., y Hughes, D. (2008). Dyadic Developmental Psychotherapy: an evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child and Family Social Work*, 13, 329-337.
- Béjar, A. (2010). Los lugares de la madre (el trabajo en red de seguimiento terapéutico de niños institucionalizados). *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 101-113.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós.
- Caron, E.B., Weston-Lee, P., Haggerty, D., y Dozier, M. (2016). Community implementation outcomes of Attachment and Biobehavioral Catch-up. *Child Abuse & Neglect*, 53, 128-137.

- Coletti, M., y Linares, J.L. (Comps.) (2001). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.
- Desviat, M., y Moreno, A. (Eds.) (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Fraiberg, S.H., Adelson, E., y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 387-422.
- Freud, S. (1918/2001). *Los caminos de la terapia psicoanalítica. Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Galán, A. (2011). Niños maltratados: ¿intervención sobre el contexto o sobre los vínculos?. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, N° 51/52, 216-231.
- Galán, A. (2016). La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36, 45-61.
- Galán, A., Rosa, S., y Serrano, J. (2009). Lo clínico y lo social: dos lecturas ¿complementarias?. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, N° 47, 93-124.
- Galán, A., Rosa, S., y Serrano, J. (2011). La intervención familiar en contextos psicosociales: acercamientos desde lo vincular. *Intersubjetivo*, 11, 30-42.
- Garbarino, J., y Eckenrode, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos*. Barcelona: Granica.
- Guedeney, A., y Guedeney, N. (2010). The era of using video for observation and intervention in infant mental health. *The Signal*, 18(2), 1-5.
- Guedeney, A., Guedeney, N., Tereno, S., Dugravier, R., Saias, T., Tubach, F., Wendland, J., Welniarz, B., Haddad, A., y Greacen, T. (2014). Fraiberg in Paris – early prevention through a mental health programme for vulnerable families: preliminary findings and what we have learned in conducting the French CAPEDP study. En R.N. Emde y M. Leuzinger-Bohleber (Eds.), *The Developments in Psychoanalysis Series: Early Parenting and Prevention of Disorder* (pp. 73-89). London: Karnac Books.
- Guedeney, A., Wendland, J., Dugravier, R., Saias, T., Tubach, F., Welniarz, B., Guedeney, N., Greacen, T., Tereno, S., y Pasquet, B. (2013). Impact of a randomized home-visiting trial on infant social withdrawal in the CAPEDP prevention study. *Infant Mental Health*, 34, 595-601.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- Lieberman, A.F. (2007). Ghosts and angels: intergenerational patterns in the transmission and treatment of the traumatic sequelae of domestic violence. *Infant Mental Health Journal*, 28, 422-439.
- Lieberman, A.F. y Harris, W.W. (2007). Still searching for the best interests of the child. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 62, 211-238.
- Lieberman, A.F., Padrón, E., y Van Horn, P., y Harris, W.W. (2005). Angels in the nursery: the intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26, 504-520.
- Linares, J.L. (2001). Modelo sistémico y familia multiproblemática. En M. Coletti y J.L. Linares (Comps.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática* (pp. 23-43). Barcelona: Paidós.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., y Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107-124.
- Mayordomo, Z. (2016). ¿Cuál es el sentido de la Psicología en Servicios Sociales?. Sobre la atención psicológica de la vulnerabilidad y la exclusión social. *Clínica Contemporánea*, 7, 113-124.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B., y Schumer, F. (1967). *Families of the slums: an exploration of their structure and treatment*. Nueva York: Basic Books.
- Minuchin, P., Colapinto, J., y Minuchin S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nervi, N. (2009). Entrevista a Denise Defey. *Clínica e Investigación Relacional*, 3, 733-746.
- Palacio, F., Manzano, J., Zilkha, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao: Altxa.
- Pérez-Sales, P. (2009). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En T. Palomo y M.A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de Psiquiatría* (pp. 403-417). Madrid: AEN.
- Pitillas, C., Halty, A., y Berástegui, A. (2016). Mejorar las relaciones de apego tempranas en familias vulnerables: el programa Primera Alianza. *Clínica Contemporánea*, 7, 137-146.
- Renschler, T.S., Lieberman, A.F., Hernandez, M., y Burke, N. (2013). Trauma-focused Child-parent Psychotherapy in a Community Pediatric Unit: a cross-disciplinary collaboration. En J.E. Bettmann y D.D. Friedman (eds.), *Attachment-based Clinical*

-
- Work with Children and Adolescents* (pp. 115-139). New York: Springer.
- Saias T., Lerner, E., Greacen, T., Simon-Vernier, E., Emer, A., Pintaux, E., Guedeney, A., Dugravier, R., Tereno, S., Falissard, B., Tubach, F., the CAPEDP Study Group, y Revah-Levy, A. (2012). Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PLoS ONE*, 7(5): e36915. doi:10.1371/journal.pone.0036915.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269-281.
- Slade, A. (2006). Reflective Parenting Programs: Theory and Development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 640-657.
- Stern, D. (2006). Introduction to the special issue on early preventive intervention and home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 27, 1-4.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- Yarger, H.A., Hoye, J.R., y Dozier, M. (2016). Trajectories of change in Attachment and Biobehavioral Catch-up among high-risk mothers: a randomized clinical trial. *Infant Mental Health Journal*, 37, 525-536.

REPRESENTACIONES MATERNAS Y OBSERVACIÓN MADRE-BEBÉ*

MATERNAL REPRESENTATIONS AND MOTHER-BABY OBSERVATION

Antònia Llairó** y Marta Gomà***

RESUMEN

En este trabajo presentamos nuestra experiencia clínica en contexto de investigación con embarazadas y en la relación madre-bebé en el Centro de Atención Primaria de Roquetes de Barcelona. La investigación iniciada en 2014 lleva por título "Impacto de una intervención sobre parentalidad en atención primaria en mujeres embarazadas con riesgo de ansiedad y depresión: evolución de las representaciones maternas y el vínculo madre-bebé". Se ilustra la intervención y la metodología de investigación a través de casos clínicos.

Palabras clave: embarazo, parentalidad, representaciones maternas, vínculo.

ABSTRACT

In this paper, we present our clinical experience in the context of a study with pregnant women and in the mother-baby relationship at the Primary Care Center of Roquetes in Barcelona. The research started in 2014 is named "Impact of an intervention on primary care in pregnant women with risk of anxiety and depression: evolution of maternal representations and the mother-baby bond". The intervention and the research methodology are illustrated through clinical cases.

Keywords: pregnancy, parenthood, maternal representations, bond.

1. INTRODUCCIÓN

Las representaciones maternas son un concepto clave en el desarrollo psicológico y en la construcción de la identidad de la madre, así como en la construcción de la relación madre-bebé. Cómo la madre imagina a su futuro bebé o cómo se imagina a sí misma como madre va a influir en el espacio mental que dará lugar a la nueva relación. Las representaciones abren el camino hacia la simbolización y el establecimiento del mundo psíquico del bebé.

Presentamos nuestra experiencia clínica en contexto de investigación con embarazadas y en la relación madre-bebé en el Centro de Atención Primaria de Roquetes de Barcelona. La investigación iniciada en 2014 lleva por título "*Impacto de una intervención sobre parentalidad en atención primaria en mujeres embarazadas con riesgo de ansiedad y depresión: evolución de las representaciones maternas y el vínculo madre-bebé*"¹. Nuestro equipo psicoterapéutico interviene conjuntamente con el equipo de Atención Primaria y con el equipo ASSIR que trata sobre la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

En estos 3 años hemos ido integrando una red de profesionales de diferentes especialidades que participamos conjuntamente en la investigación: psicoterapeutas, comadronas, médicos de familia, pediatras, enfermeras y trabajadora social. Este programa

* Ponencia presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Directora clínica de Bruc Salut. Psicoanalista SEP-IPA y Psicoterapeuta FEAP. Miembro Grupo Perinatalidad SEPYPNA. Barcelona. E-mail: brucsalut@gmail.com

*** Dra. en psicología, psicoterapeuta en Bruc Salut y CSMIJ Hospitalet Fundació Orienta.

¹ Esta investigación se está realizando mediante la beca de la IPA (nº 4526) y el apoyo institucional de la Sociedad Española de Psicoanálisis.

trabaja en contacto con la red comunitaria: CSMA, CSMIJ, CDIAP, hospital de referencia, Servicios Sociales y el Plan Comunitario del barrio.

Nuestra investigación está basada en el modelo de la Escuela de Ginebra por su larga tradición en el estudio de las interacciones precoces, por su depurada concepción psicodinámica y por su aplicabilidad en el servicio público. Este modelo permite llegar a amplios grupos de población mediante una intervención breve.

La investigación contiene diversas líneas acerca de la perinatalidad: detección de la sintomatología depresivo-ansiosa en el embarazo, aplicabilidad y eficacia de la Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (PCP) (Nanzer 2012) en un contexto socio-económicamente desfavorecido de Barcelona, evolución de las representaciones maternas y vínculo madre-bebé. En esta presentación, nos centraremos en este último punto, en las representaciones maternas y en la interacción madre-bebé.

Proponemos la Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (PCP) a las embarazadas que presentan sintomatología depresivo-ansiosa para favorecer la elaboración de los conflictos y los duelos del desarrollo, preparando la nueva parentalidad.

A continuación presentamos dos viñetas de una paciente que explica retrospectivamente su experiencia al inicio y, más adelante, al final de la PCP.

Viñeta 1 - M, 35 años (inicio PCP).

"Yo creo que mi vida siempre ha sido un poco... ir esquivando obstáculos... se presenta cualquier cosa me escapo, se presenta otra, me escapo! Pero ahora me encuentro en una situación completamente distinta a lo que he vivido... que ya no soy yo.. ya no es mi vida, ya no es lo que interfiere en mi vida, sino que es que ahora tengo dos niños, y ahora no puedo apartarlo, ahora no puedo apartar las cosas ahora no puedo decir ahora no lo veo y sigo bien, estoy bien. Tengo que afrontarlo, y tengo que coger mis miedos... y aquello... me desbordó por qué me vi incapaz y me vi superada, era como no tengo valía, no me siento con fuerza, no puedo afrontar lo que me viene y necesito ayuda. En ese momento es cuando yo me di cuenta realmente de que estaba mal, de que todo lo que había vivido hasta entonces era lo que yo creía que era por normal porque era lo que me había venido desde de que era muy pequeña y era con lo que yo había crecido, esa sensación de creer que todo estaba bien, cuando realmente estaba luchando... sin darme cuenta yo he luchado" (Transcripción)

En la depresión perinatal, las mujeres tienen una percepción negativa de su hijo y de ellas mismas como

madres. La PCP tiene por objetivo la evolución de las representaciones patológicas o distorsionadas que la madre tiene de sí misma o de su hijo/a (Pellet y Nanzer, 2014).

1.1 De las representaciones maternas al proceso de simbolización.

En los momentos depresivos, tiende a empobrecerse el proceso de comunicación con el bebé y la atención de la madre se orienta al cuidado físico pero el contacto emocional es frágil o entrecortado. La capacidad de la madre para la rêverie, asociada con su actividad preconsciente, es esencial. La riqueza y fluidez de su habilidad para hacer asociaciones entre emociones, representaciones y significados, le permite tener una narrativa para las reacciones enigmáticas de su bebé, una rêverie creativa y una mejor interacción. Cuando trabajamos las representaciones y promovemos su evolución, la madre está en mejor posición para contener y transformar las sensaciones y emociones no organizadas de su bebé (Anzieu-Premmereur, 2013).

Las representaciones maternas son fundamentales ya que preceden y condicionan el desarrollo de la interacción. La PCP permite a la mujer observar sus interacciones con su hijo/a y comprenderlas a la luz de sus representaciones actuales y las de su pasado. Liberando a la madre de los conflictos internos que influyen en sus representaciones distorsionadas se ayuda a incrementar la disponibilidad hacia el bebé y promover una mejor vinculación (Bydlowski, 1991).

Si los progenitores están deprimidos o traumatizados no pueden soñar o jugar. Su capacidad para dar significado al comportamiento del bebé, para estar pendiente de él con el ritmo adecuado, se ve afectado. Las representaciones a nuestro entender conforman el proceso esencial de la rêverie. El proceso de representación es un elemento crucial en la vida psíquica y la capacidad de simbolización futura del bebé (Klein, 1940).

1.2 ¿Cómo medimos las representaciones?

Estudiamos las representaciones maternas a través de la Entrevista -R en una versión adaptada para el periodo perinatal por Qayoom, Le Scouëzec, Rusconi Serpa, Palacio-Espasa (2005). Inicialmente, esta entrevista fue diseñada por Stern y cols (1989).

Se aplica la Entrevista-R para la evaluación inicial de las representaciones de la embarazada respecto a 4 áreas: 1) de su futuro bebé, 2) de cómo se representa como madre, 3) su representación como hija y 4) la representación de su pareja, el padre del bebé, en la mente de la madre.

En cada área se recoge por un lado el relato espontáneo de la madre (evaluación cualitativa) y por otro cuantificamos su propia percepción. Para ello, aplicamos de forma auto-administrada una serie de pares de adjetivos opuestos que están unidos por una línea de 10 cm. En esta línea la madre debe situar su propia percepción en un punto como se muestra en la figura. Obtenemos una puntuación del 0 al 100, del polo negativo al positivo, para cada uno de los vectores estudiados. Ello se traduce en una gráfica que permite estudiar su evolución al aplicarse en cuatro momentos diferentes en el tiempo: embarazo (antes de terapia), al mes postparto, a los seis meses del bebé (fin terapia) y en el seguimiento, al año de vida.

Nuestra impresión clínica confirma la experiencia descrita previamente por la escuela de Ginebra (Pellet y Nanzer, 2014), cuando afirman que las representaciones evolucionan y se modifican a lo largo del proceso mediante la PCP. La futura madre puede elaborar sus conflictos de parentalidad, sus pérdidas, sus duelos para dejar espacio mental para la construcción de una relación nueva con el nuevo bebé.

Viñeta 2 - M, 35 años (finalización PCP).

T- Con la terapia... Crees que cambia tu mirada de los niños?

M- Sí, yo creo que sí... yo creo que sí...porqué yo creo que mi hijo mayor... yo creo que ya había empezado a tomar esa tensión que yo llevaba, esa rabia y yo creo que ya la sacaba pero como algo que no entendía, como algo que porqué...? algo impuesto algo... que viene y no sé por dónde me viene... y yo creo que eso con lo que yo crecí y sin darme cuenta yo se lo estaba transmitiendo. Ahora me doy cuenta que yo ya no lo tengo, él tampoco, estamos más relajados y en parte me siento muy satisfecha en ese sentido porqué ese sentimiento de culpa que yo he arrastrado siempre me lo he quitado, y sin en cambio, si esto no lo hubiera hecho y lo tuviese mi hijo ese sentimiento de culpa sería aún mayor y más fuerte y yo creo que sería todo como más destructivo entre nosotros. Sería algo que nos destruiría, en definitiva, porque también afectaba a mi relación con mi marido....

(Transcripción)

A partir de la finalización de la PCP, al cabo de 6 meses iniciamos el seguimiento. Al año de vida del bebé observamos la interacción madre-bebé y la contrastamos con la evolución de las representaciones. Esta es una línea de estudio en nuestra investigación. Poder estudiar como se ha continuado desarrollando la interacción madre-bebé que será esencial en la formación y desarrollo del self del niño. Se trata de una relación compleja: la sintonía de la madre con la emoción del bebé se da

a través de la mirada, las palabras, del ritmo, del tacto. Esta sintonía tiene la función de contener y transformar la emoción. La formación de la representación en el bebé se forma a través de las sensaciones internas asociadas a la experiencia con la madre que ayuda a contener estas sensaciones y dar sentido a las ansiedades.

2. CASO CLÍNICO

Para poder dar espacio a la intervención psicoterapéutica y la observación madre-bebé, describiremos sucintamente las representaciones maternas iniciales y la intervención en el embarazo.

2.1 Evolución de las Representaciones maternas de Ana y relación madre-bebé.

El médico de familia deriva a Ana al inicio del embarazo por un llanto continuado debido al duelo reciente por el fallecimiento de su madre. En el primer contacto Ana verbaliza una rivalidad con su madre que no le ha permitido un contacto cálido, empático y en sintonía: en la adolescencia aparece un trastorno de tipo alimentario. Por otro lado ante la enfermedad de su madre, Ana siente que ésta le cierra la puerta a compartir el sufrimiento. Quedan afectados el dar y recibir, la función nutricia.

La enfermedad de la madre ha sido brusca y el fallecimiento muy rápido, circunstancia que no permite tener otras experiencias con ella. No ha habido posibilidad de elaborar la pérdida. El embarazo largamente buscado, llega a los seis meses del fallecimiento de la madre.

a) Exploración de las representaciones: Entrevista R.

En el relato espontáneo de las representaciones maternas Ana evoca la situación de pulso y desafío: "Mi madre se salía siempre con la suya. El bebé no se va a salir con la suya. Yo adaptaré el niño a mi vida, no al revés!".

Ana se representa a sí misma como relativamente miedosa, poco gallina clueca, más bien impaciente y controladora y medianamente autoritaria.

Imagina al bebé ni guapo ni feo, más bien miedoso, poco afectuoso y medianamente nervioso. Destaca en su narración el sentimiento de que el bebé será suyo para siempre, sólo para ella, al tiempo que expresa su temor a perderlo.

Desde la primera visita y a partir de la entrevista R como psicoterapeuta detecto dos focos terapéuticos: una relación conflictiva y de pulso con su madre que se ve afectada por su fallecimiento precoz.

Los aspectos sanos de la paciente son aquellos elementos en los que nos apoyamos para desarrollar

el trabajo psicoterapéutico. Ana destaca por establecer una buena pre-transferencia con la terapeuta, buena adherencia al tratamiento. Ha podido proyectar su malestar y aceptar ser contenida. Su capacidad de insight le permite elaborar la rebeldía. Pone de relieve sus deseos de ser buena madre y su disponibilidad para el bebé.

b) Evolución de la intervención PCP.

Es el cuarto mes de embarazo. El bebé es un niño. La PCP va a permitir la observación y elaboración de los miedos y afectos, de ese "salirse con la suya", del pulso como defensa ante la relación sentida como amenaza. Los conflictos previamente trabajados se repiten en el postparto en la relación madre-bebé.

¿Cómo podrá la PCP ayudar a establecer una relación empática y placentera entre madre-hijo? Cómo permitirá encontrar el placer de alimentar y alimentarse, de sentirse en buen contacto? Vamos a dar una breve pincelada de la PCP en el embarazo. El día que Ana debe coger la baja laboral por el bajo peso del feto aparece la rebeldía contra los profesionales de la salud con mucho enfado. Cuando aparece una frustración puede vivir en la PCP el pulso y la rebeldía que proyecta en el terapeuta quien trata de contener, transformar y devolver de forma más digerible para Ana. La rêverie del terapeuta durante el embarazo y el postparto ayuda a transformar las representaciones (Bion, 1962). En la PCP vinculamos los elementos actuales observados en la relación madre-bebé con aquellas situaciones pasadas que sentimos que se reproducen. Este vínculo permite crear una nueva comprensión acerca de la función parental. Los conflictos adolescentes de Ana estuvieron centrados en la comida. Describe una madre que no alimenta, con la cual no se quiere identificar. Expresa la hostilidad a través del cuerpo. Siento que ello guarda relación con las dificultades de crecimiento del feto a los seis meses de embarazo.

A continuación, voy a centrarme en el proceso terapéutico del postparto para ilustrar la evolución de la relación madre-bebé. El problema alimentario va a estar presente a lo largo de la intervención psicoterapéutica sabiendo que los conflictos expresados y trabajados en el embarazo van a repetirse en presencia del bebé y nos pueden proporcionar una nueva posibilidad de elaboración.

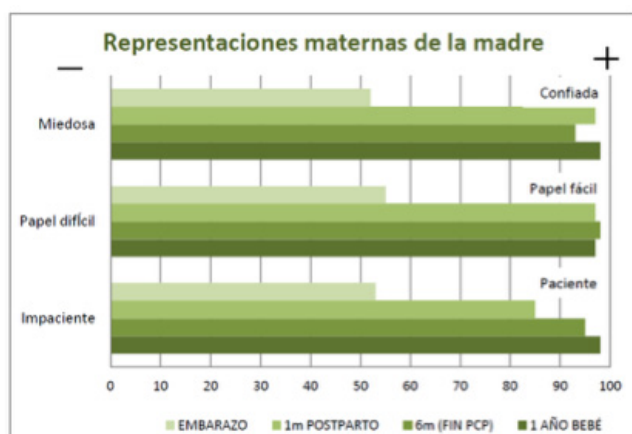
El nacimiento del bebé supone para Ana una gran ansiedad. Está desbordada, llorosa y angustiada hasta el punto que el hospital prohíbe las visitas en los 3 días siguientes. En la primera sesión postparto, al mes de vida, ya describe un temor al ahogo del bebe. Las

imágenes y recuerdos de la madre de Ana agonizante se proyectan ahora en el bebé recién nacido que respira haciendo pequeños sonidos guturales. Aparece el temor al ahogo, a la muerte. Señalo las diferencias entre las representaciones de muerte y las de vida. Poco a poco se va serenando, dando espacio al niño real a lo largo de esta primera sesión: "este niño no me mira" manifiesta Ana con mucha ansiedad. "No puedo cantarle nanas porque me acuerdo de mi madre y me pongo a llorar". Quizás siente que su madre no le está dando permiso para ser ella madre a su vez? Tratamos de identificar ese llanto que tiene que ver con aquellas nanas que le acercan al recuerdo negativo de su madre. Vamos descubriendo en la sesión aquellas que puede cantarle y las que no. Las nanas que hablan de ángeles son las más inquietantes. Quizás esta presencia enigmática se hace insoportable? Representan los fantasmas en la nursery denominados así por Selma Fraiberg? Destaco luego la importancia de la voz de Ana, de su palabra, su capacidad de captar y sostener con ternura. Cuando Ana se va tranquilizando hace una observación minuciosa y conectada con el bebé. Podemos ver en esta sesión la transición de las ansiedades de muerte iniciales, de ausencia de relación, hacia el contacto y la comunicación, elementos de vida.

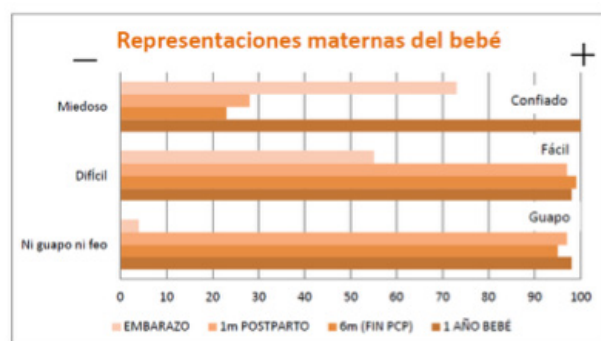
A los 3 meses aparece un conflicto centrado en el bajo peso del bebé ya que el pediatra en la exploración le orienta para evitar la falta de crecimiento que el bebé presenta. Ana, sin embargo, ha retirado los biberones indicados por su pediatra. Considera que tiene que alimentarse exclusivamente del pecho y entonces el bebé pierde peso y requiere de un control intensivo. En las dos sesiones siguientes se transforma el pulso de la alimentación concreta del bebé en poderse alimentar Ana a través de la relación transferencial. Ana poco a poco acepta que su hijo reciba alimentos ajenos a ella misma. Simultáneamente aparece la preocupación por el abandono ligada a la incorporación al trabajo. Ana podrá organizar una separación progresiva y bien acompañada en relación a las necesidades del niño y a su función materna, pasando de la función concreta de la leche hacia la función de la relación nutricia.

c) Evolución de las representaciones maternas: gráfica.

En las gráficas (1 y 2) se representan en la columna de la izquierda los 2 adjetivos extremos como cero el aspecto negativo y 100 el aspecto positivo. En la gráfica 1, vemos como Ana se siente cada vez menos miedo y más confiada, más paciente y con un papel más fácil. Se representa a sí misma como menos preocupada, menos controladora y más permisiva y disponible. Nos dice que



Gráfica 1. Evolución de las Representaciones maternas de la madre durante la PCP.



Gráfica 2. Evolución de las Representaciones maternas del bebé durante la PCP.

ha desarrollado una paciencia que no habría imaginado tener nunca.

Observamos en la gráfica 2 como Ana siente que el bebé es cada vez más confiado y fácil, lo encuentra muy guapo. Nos explica también que lo percibe cada vez más tranquilo, afectuoso y menos agresivo. Cabe destacar las representaciones evolucionan del miedo hacia la confianza. Este aspecto queda proyectado en el bebé como un niño temerosos que la madre puede sentir más confiado al evolucionar las representaciones y con ellas la relación.

Queremos mostrar ahora la observación madre-bebé, que realizamos en el seguimiento, al año de vida del mismo.

2.2 Observación madre-bebé al año

Ana Llega corriendo con Miguel en el cochecito. Está embarazada de nuevo de 3 meses. Al final de esta sesión pide el estudio para el nuevo bebé. Se siente cansada. Saca al niño del cochecito y lo sienta en su regazo. Miguel me sonríe. Está sentado medio de lado como si estuviera sentado encima de una moto en el regazo de la madre. La madre dice que hoy está bien pero semana si, semana no, está enfermo. Es lo que tiene la guardería añade. Miguel me mira interesado y curioso. Le saludo y le ofrezco una cajita de cartón que tiene una piedrecita dentro. Enseguida extiende su mano para coger la caja y la zarandea. Le muestro que tiene una piedrecita dentro y vuelvo a cerrar. Miguel explora la caja, la sostiene con la mano izquierda, la levanta, le da vueltas, va probando hasta que aprieta haciendo el mismo gesto que yo he hecho y entonces dice: “Tá! Ta! Ta!” Luego se da la vuelta mirando a la madre y expresando su satisfacción con vitalidad.

Le muestra a su madre con muchos sonidos rotundos y satisfechos que ha conseguido abrir la caja. Se mantiene un buen rato interesado en abrir y sacar la piedrecita de dentro que se le cae. Separa las dos partes. Luego no lo sabe encajar y aprieta la caja aplanándola. Le digo: “dame Miguel” y le muestro mi mano abierta pero él no deja la cajita, la mantiene con fuerza. No la suelta. Miguel coge un aro pequeño de plástico que está encima de la mesa y lo tira con fuerza al suelo. La madre lo recoge y se lo da. Al momento vuelve a estar en el suelo.

Propongo ponernos en el suelo sobre una pequeña colchoneta sobre la cual pongo algunos juguetes y la madre coge de su regazo a Miguel y se pone en el suelo. Miguel se sienta, explora los objetos y comenta con sonidos “Ta! Ba! Ta ta!” Luego se acerca a su madre que se ha sentado cerca en el suelo a su lado, y Miguel se va apoyando en el cuerpo de la madre para ponerse de pie. Primero se apoya en el muslo de la madre, luego en el brazo, y finalmente de pie. Su cara queda a la misma altura que la cara de su madre, se acerca mucho a ella y le dice muchas cosas de cara hacia ella y la madre le responde con sílabas rítmicas, luego se calla, y entonces Miguel responde lo mismo que la madre le ha dicho y al mismo ritmo “Ta, ta, ta! Ta, ta, ta! Esta secuencia y juego se repite varias veces con evidente placer y complicidad entre ellos dos. La madre se ríe y Miguel se gira hacia mí como diciéndome: “lo has visto?”. Hacen un baile vocal los dos, marcando el ritmo y la entonación y luego se ríen.

Luego Miguel se vuelve a interesar por los juguetes que están en el suelo, se pone de nuevo a gatear, se sienta, los explora, los zarandea, va hacia el rincón a tocar el tope del suelo de la puerta, lo rasca, trata de arrancarlo del suelo. Viendo que no puede, se da la vuelta y vuelve gateando hacia el centro de la colchoneta.

La madre explica que no le ha hablado todavía de su embarazo porque cree que no lo puede entender. El niño se acerca a la madre mientras comenta sobre el nuevo embarazo y se vuelve a poner de pie tocándola, apoyándose en su brazo y en el pecho y mientras se va enderezando va diciendo: “¡mmamma! mmmamma! mamama! Mientras dice estas secuencias tira de la blusa de la madre algo inquieto y vuelve a descender apoyándose en la madre hacia el suelo, acerca su mano a la barriga prominente de la madre, pasa de largo y se apoya finalmente en su muslo. Yo le hablo sobre mi percepción de que ha evitado claramente apoyarse en la barriga mientras hablábamos de la niña, sintiendo que él entiende y conoce su próxima llegada. Digo que probablemente cuando la mamá sienta al bebé será el momento que pueda hablarle de ella y pueda incluir a Miguel en el proyecto de la nueva hermana. La madre dice que ha pensado en empezar a sentarle en la parte trasera del coche para que él se vaya acostumbrando a estar sólo. Aquí se expresan claramente las dificultades de triangulación. Le digo que parece difícil poder hablar de la hermanita y de su presencia.

Mientras tanto Miguel viene gateando hacia mí, me habla y se apoya en mi brazo y me dice: ta ta ta! Aaaaah. Lleva un aro en la mano y me lo acerca a la cara. Yo le sonrío y le respondo: “Aaaaah! Es muy bonito tu aro!”. Entonces acerca su mano a mi jersey y coge el colgante que yo llevo y se gira hacia su madre y dice: “babaga!” Parece decirle: “mira mamá que he encontrado!”

Luego vuelve a ponerse en posición de gatear y se va hacia su madre. Se pone atravesado sobre sus piernas y tira el aro al otro lado, y se estira inmediatamente por encima de las piernas de Ana para ir a buscarlo. Ana lo detiene en su movimiento de saltar, le recoge el aro y se lo da diciéndole: “ya te lo cojo, toma!”. Miguel coge el aro y se gira hacia su madre. Va pasando a nivel del pubis de la madre y pone allí su cabeza que queda encajada entre el vientre y el inicio de la cadera, quedando la cara de Miguel sumida dentro del triángulo pubiano y entonces la madre le acaricia el pelo y dice: “le gusta mucho ponerse aquí y también en la zona del cuello en el ángulo de mi hombro. También a menudo me chupa la barbilla con una gran fuerza e intensidad”. Miguel busca comerse la barbilla de la madre y luego se separa y se frota los ojos y baja la cabeza. La madre dice que hoy no ha dormido

en el cole y está muy cansado. Yo digo que es la hora de acabar y nos despedimos.

Podemos observar cómo la simbolización se desarrolla a partir de la relación satisfactoria en presencia de la madre. Miguel ha introyectado la satisfacción en la relación. Puede ir y venir, separarse y volver. Vemos la importancia de poderse separar y reencontrar en una continuidad-discontinuidad rítmica teniendo la madre una capacidad de comprender y contener estos movimientos. Ana tiene una relación en sintonía con el bebé y muestra su satisfacción por la tripita de Miguel que come a gusto y crece bien.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu-Premmereur, C. The process of representation in early childhood. In *Unrepresented States and the Construction of Meaning*. Edited by Howard Levine, Gail Reed and Dominique Scarfone, 2013, Karnak. London.
- Bion WR. *Learning from experience*. 1962. Tavistok. London.
- Bydlowski M. La transperence psychique de la grossesse. *Etudes Freudiennes*. 1991; 32: pp.135-142.
- Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghost in the nursery: a psychoanalytical approach of impaired infant-mother relationships. In *Psychoanalytical Study of the Child*. 1975. 14: 387-422.
- Klein M. Mourning and its relation to Maniac-Depressive States. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1940, 21:125-153.
- Manzano J, Palacio Espasa F, Abella A. 2016. *Précis de technique psychanalytique avec son application à la psychothérapie*. P.U.F. Paris
- Nanzer N, y cols. 2012 *Manuel de Psychothérapie Centrée sur la Parentalité*. Le Fil Rouge. P.U.F. Paris
- Pellet M y Nanzer N. Evolution des représentations maternelles après une psychothérapie brève centrée sur la parentalité durant la période périnatale. *Médecine et Hygiène, Devenir*. 2014, Vol 26 pp:21-43.
- Qayoom Z, Le Scouëzec I, Rusconi Serpa S, Palacio-Espasa F. (2005). Annexe Entretien R. Version adaptée pour la période prénatale. En Nanzer N y cols. *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. PUF: Paris (2012).
- Stern DN, Robert-Tissot C, Besson G, Rusconi-Serpa S, Muralt M, Cramer B y Palacio-Espasa F. 1989. L'entretien-R. Une méthode d'évaluation des représentations maternelles. En Lebovici S, Mazet P, Visier JP (Eds): L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. *Medecine et Hygiene, Geneve* 1989; pp 151-177.

LA ADOLESCENCIA EN UNA SOCIEDAD EN CRISIS: CRISIS EN LA CRISIS*

ADOLESCENCE IN A SOCIETY IN CRISIS: CRISIS IN THE CRISIS.

Manuel Hernanz Ruiz** y Fernando González Serrano***

RESUMEN

El trabajo que se presenta a continuación, trata de reflexionar sobre lo que supone el cambio de la adolescencia dentro de una sociedad como la actual en la que lo que predomina es el sentimiento de crisis. La reflexión va encaminada a ver de qué manera la situación en general de crisis en la que vivimos, afecta el desarrollo del adolescente, inmerso en su propia crisis.

Palabras clave: Adolescencia, Crisis, Sociedad

ABSTRACT

The work presented below, tries to reflect on the change of adolescence within a society in which what predominates is the feeling of crisis. The aim of this reflection is to analyze how the general situation of crisis in which we live affects the development of adolescents, immersed in their own crisis.

Key words: Adolescence, Crisis, Society.

No es necesario mencionar la diferencia entre la pubertad y la adolescencia, ni tampoco entre la adolescencia y la juventud. Aunque ambos términos se refieren a conceptos diferentes no es extraño encontrar

en la literatura una confusión entre ellos en función de la disciplina que los trate. Nosotros vamos a centrarnos en al adolescencia como el momento evolutivo en el que el púber deja esa infancia para entrar en el mundo del adulto.

No se trata ahora de hablar de las características de esta fase ni de las problemáticas asociadas con las que habitualmente se presenta.

Si quiero recordar cómo la adolescencia, tan estudiada hoy, no siempre ha sido objeto de interés. Las negaciones de momentos evolutivos no es algo nuevo. Hasta Freud, el estudio de la psicología del niño y su influencia en el desarrollo posterior fue absolutamente negada. Después, hasta que Calvin S. Hall en 1904¹, no publicó el primer compendio académico sobre la adolescencia, nada se decía en el mundo de la psicología o de la psiquiatría sobre este otro momento evolutivo. Se pasaba de la descripción del mundo del niño al adulto, sin reparo.

Estas omisiones en el estudio de la psicología evolutiva no son casuales. Con la negación del estudio de la infancia, se niega el reconocimiento de las pulsiones infantiles, de sus deseos y de sus temores. De ahí la amnesia infantil y la negación de la sexualidad infantil.

* Ponencia presentada en el XXIXI Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Niños y Adolescentes de Uribe. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza. E-mail: manuel.hernanz@gmail.com

*** Psiquiatra y Psicoterapeuta. Jefe del Servicio de Niños y Adolescentes. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

¹ Quintero Quintero, Marina y Palacio Baena, Angela (2005) Siglo XX: de la democratización de la adolescencia a la irrupción de la juventud". En Cuadernos pedagógicos, 26. Universidad de Antioquia Medellín <http://200.24.17.68/medios/documentos/Cuaderno%2026.pdf#page=9>

La negación de la adolescencia como periodo de estudio debe de tener otro fundamento. Quizás en un principio era el rechazo a dar un status especial a alguien que iba a entrar en competencia con el adulto, el adolescente podía ser visto como el aprendiz de adulto. Pero creemos que esta primera posición de “olvido” y de no prestar atención a la adolescencia se ha convertido como podremos ver, en una idealización de un periodo del que hoy se piensa que no hay que abandonar y en el que hemos de instalarnos el mayor tiempo posible.

El adolescente en pleno proceso de cambio, necesita organizarse teniendo en cuenta sus propia identidad, su pulsionalidad, la imagen interiorizada de sus relaciones objetales y los elementos de realidad en los que se encuentra inmerso: sus padres, su familia y su sociedad.

Así que aunque estamos acostumbrados a pensar y reflexionar sobre el hecho de que la adolescencia es una cosa de dos: del propio sujeto y de sus padres o adultos de referencia, entre los que se desarrolla el juego de la identidad y la alteridad. Queremos señalar y dar protagonismo hoy a otro elemento: la sociedad. Aunque sin duda ya está incluido en los anteriores nos gustaría hacer una reflexión más detallada sobre su papel.

Se ha hablado mucho sobre cómo ven los padres al adolescente. De cómo son expresiones de sus deseos, de sus temores,... El papel de los padres está claramente reconocido.

Pero ¿cómo ve la sociedad al adolescente? Básicamente, hoy la sociedad ve la adolescencia como una franja de edad, un espacio, un mundo muy atractivo que puede saciar diversos deseos desde los más materiales hasta los más emocionales. El adolescente será el cliente-consumidor ideal de una gran variedad de artículos, depositario de exigencias narcisistas, de ideales del yo hiperexigentes y de Yos ideales patológicos. El adolescente recogerá toda la gama de opciones posibles, para poder equipar su aparato psíquico, aunque también sabemos que su trabajo consistirá, tal y como nos dice Feduchi (2011), en el de “ordenar una serie de vivencias más o menos asentadas en su infancia”, todas esas tendencias polimorfas existentes en ese niño no estudiado hasta tan tarde (Freud)

Si el papel de los padres es dotar al adolescente de un desarrollo adecuado para que pueda afrontar sus peculiaridades en su desarrollo, ¿Cuál es el papel de la sociedad? ¿Permitirá al adolescente caminar hacia la independencia y la autonomía o será más bien propicia a crear nuevas necesidades e ideales inalcanzables?

Objetivamente ésta sociedad muestra al adolescente todo aquello que no tiene y le señala aquello que ha de

conseguir. Va también a reconocer su confusión y no sé si le va a animar en la expresión de su malestar, en la percepción y reconocimiento de sus limitaciones y adecuación de sus expectativas.

Si el papel de los padres en éste acompañamiento del adolescente ha de basarse en la autenticidad y en la coherencia nos parece que esas mismas características han de estar presentes en la sociedad y ser percibidas tal cual por los padres y por los mismos adolescentes para poder hacer un desarrollo psíquico saludable.

Reflexionemos entonces en la autenticidad y coherencia de la sociedad. En esta sociedad de aquí, etiquetada como la sociedad en crisis o mejor dicho una sociedad con varias crisis abiertas: crisis económica, crisis social, crisis humanitaria, crisis de valores. Una sociedad cuyas crisis impactan inevitablemente en el desarrollo del adolescente.

En estos momentos tenemos muchas evidencias sobre la confusión y la incoherencia en la sociedad. Somos observadores de las contradicciones entre el pensar, el decir y el hacer por parte de los estamentos sociales teóricamente más consistentes, también del aumento de comportamientos transgresores por parte de los adolescentes que seguramente buscan incansablemente la intervención del adulto. Pero ante estas incoherencias, nos encontramos con un “todo vale” con tal de obtener los resultados esperados, con una evidente “ausencia de madre” y “ausencia de padre”, y con una falta de identidad que permite cambiar ya no sólo de chaqueta sino también del resto de ropaje. La confusión no parece que sea exclusiva del adolescente, sino también de la sociedad.

LA VIVENCIA DE LA ADOLESCENCIA PARA EL ADOLESCENTE

No sólo algunos padres y educadores viven su relación con el adolescente como “es lo que nos toca”. Es relativamente frecuente que el adolescente lo verbalice claramente diciendo “es que estoy adolescente, es lo que toca”. Acepta su nuevo status y puede hacerlo desde diferentes posiciones: bien como algo irremediable y con un cierto sometimiento masoquista; bien como con una negación del nuevo trabajo psíquico que ha de realizar; o bien cómo un cheque en blanco que le permite gracias a ese estatus hacer y disponer de todo libremente.

Una pregunta que nos hacemos cuando vemos a un adolescente es si realmente quiere llegar a ser adulto, si está motivado y tiene recursos para alcanzar ese estado de madurez. Para ello va a ser necesario, de la misma forma

que un niño saludable busca en el adulto un objeto al que asemejarse, que el adolescente tenga unas referencias claras que le permitan comenzar un viaje para adquirir ese estado, para poder ser autónomo y capaz de afrontar los retos de la vida. Al menos ese es el objetivo declarado.

Sabemos que los mecanismos y movimientos de la economía psíquica van a ofrecer resistencia a dicho cambio. Y que tratarán de mantener un estado más infantil con el objetivo de esforzarse en la adquisición de responsabilidades. Estas tendencias regresivas se ven claramente reflejadas en el paciente que nos dice:

“...es mejor no crecer, yo antes vivía bien, ahora no me paran de rayar con todo lo que tengo que hacer y con eso de que tengo que ser un hombre de provecho.”. Luis declara abiertamente su deseo de mantenerse en ese espacio infantil en el que se siente más próximo al principio de place y con un funcionamiento más propio del proceso primario.

Lo cierto es que ha sido avisado, sobre todo los años anteriores a la pubertad, del reto con el que se va a encontrar. Le han señalado, tanto a él como a sus padres y profesores, cómo han de prepararse para todo lo que les viene encima que por supuesto es anunciado como algo muy problemático y conflictivo.

Intentemos ponernos en el lugar del adolescente para ver cómo él puede sentirse animado a conquistar ese nuevo espacio y esa nueva organización.

Una paciente me explicaba muy solemne, “bueno yo ahora a veces soy señorita y a veces soy niña”, continuaba diciéndome lo que eso puede suponer: “en el instituto ya no te hacen tanto caso porque tienes que aprender a hacer tu las cosas”. No sé si me llegó a decir que era muy duro eso de ser adolescente pero desde luego esa era su deseo comunicativo. Cuando veo a la madre me comenta preocupada que no sabe qué hacer porque su hija ahora a veces sale a pasear con su muñeca a la calle y lleva en la silla que utilizó ella misma cuando era pequeña, “a veces se me acercan pensando que llevamos un bebé, y se quedan cortados cuando ven al muñeco”. Parece que ella lo tiene claro quiere ser mamá como su mamá. Pero yo no lo tengo tan claro, sus comportamientos regresivos con su madre, las dificultades para establecer relaciones con las niñas de su edad, la inadecuación de sus juegos, la búsqueda de niñas pequeñas a las que cuidar aunque luego en realidad era para estar y jugar con ellas, me hacen pensar más en un no-querer afrontar su desarrollo y la sexualidad de una forma adecuada que en otra cosa. Esto dificulta mucho la relación con sus iguales, todos ya inmersos en la aceptación de la conflictiva sexual.

Aquí predomina el miedo a la sexualidad. En otras ocasiones es la pulsión agresiva la que está en primer plano expresada a través de su actitud hacia la lucha contra las normas sociales. Lucha contra ellas estando pendiente de ellas, no las quiere aceptar pero las tiene como referencia o como baliza.

Lo vemos en el paciente que enfrascado en la pelea con sus padres se niega a vestir como lo ha hecho hasta ese momento, “Ahora soy yo el que coge la ropa que quiero”. Dice vestir como él quiere pero que en realidad viste en contra de lo que le mandan o estipula su entorno.

En estas situaciones reflejadas podríamos plantearnos una cuestión ¿el adolescente realmente quiere ser adulto?, o mejor dicho ¿qué tipo de adulto quiere ser o quiere no-ser? La función parental y el modelo de sociedad van a tener una gran relevancia en la respuesta que se puede dar.

LA VIVENCIA DE LA ADOLESCENCIA PARA LOS PADRES

La crisis del adolescente va a ser vivida dentro de la crisis natural, evolutiva, de los padres ante ese hijo que crece, que dejará de ser niño (Aberasturi, 1977) y que convertirá en viejos a los padres. En el desarrollo de esta crisis natural, se hará evidente que el niño, no será lo que ellos mismos habían previsto inicialmente.

Vemos con frecuencia grandes resistencias en los padres ante el desarrollo de su niño, deseando que no crezca, que no tenga que sufrir las cosas como ellos mismos sufrieron. Estos temores inconscientes se vuelven a reactivar cuando el hijo llega a la adolescencia y se llegan a confundir sus propios conflictos reactualizados con los propios del hijo. Es la mirada al adolescente como el que él fue, o él que no pudo ser (Manzano y Palacio, 2002).

Unos padres trataban de explicarle a su hija confusa ante una descompensación sufrida por un consumo de cannabis, “Ahora tienes que volver al instituto porque si no vas a repetir curso y te vas a quedar atrás”. La chica perpleja se queda paralizada llorando y diciéndoles que no puede ir; ellos insisten, dicen “solo queremos lo mejor para ti”. La angustia presente también en ellos que no pudieron cursar sus estudios, no les permite discriminar entre la frustración que puede suponer ver su historia repetida en su hija o el bienestar de esta.

Por diferentes circunstancias, es frecuente observar como los padres de hoy, en numerosas ocasiones, desean ser como el hijo, volver a tener la vitalidad, el empuje y la libertad que en su día tuvieron. Se confunden en su deseo de sentirse ellos mismo adolescentes. Desean “No perder

la adolescencia, seguir siempre en ella” Así podemos ver a al padre o la madre, vistiendo como el adolescente, siendo colega de él, participando en actividades y aceptando retos poco adecuados para su edad física.

Mantener al hijo adolescente en la adolescencia es mantenerse uno como padre joven, con niños aún no adultos.

Observamos también como los padres se ven desbordados por el caos que perciben en su hijo. Acuden a consulta esperanzados ante la idea de recibir una respuesta inmediata ante la situación angustiante. En ocasiones piensan en la importancia de que hablen de todo con el psicoterapeuta, que se descarguen de la tensión, como si el único fundamento del psicoterapeuta fuera la capacidad para recibir los golpes de incontinencia y frustración del adolescente. En otras ocasiones, lo que buscan es la respuesta mágica, inmediata y desculpabilizante con la solución farmacológica o las indicaciones comportamentales o educativas, todas ellas mágicas.

Una última observación a partir de las opiniones de Jeammet quien nos señalaba como uno de los cambios más característicos de las sociedades desarrolladas era la importancia de la difuminación de la barrera intergeneracional. Hoy podemos continuar hablando de cómo los padres pretenden ser amigos de los hijos, de cómo buscan su complacencia y el reconocimiento de que hacen una buena función parental. Así podemos ver en el caso más extremo como pueden llegar a que se transformen casi como padres de sus padres.

LA VIVENCIA DE LA ADOLESCENCIA PARA LA SOCIEDAD

El adolescente de hoy ha de desarrollar su función en un escenario único desde hace décadas. Se achaca a la crisis económica aunque quizás hay que pensar que ésta es secundaria a otras crisis más latentes y que han caracterizado a la sociedad en los últimos años. Son las crisis de valores y de pensamiento, que han permitido la burbuja económica, la inmobiliaria y ruptura de toda una sociedad de bienestar alcanzada al menos en nuestra sociedad más cercana. Ahora vemos como la sociedad de consumo lucha por mantener al sujeto dentro de ese espacio de la adolescencia en la que todo se considera bueno e ideal (salud, belleza, fuerza...). Y cómo presta gran atención a que se siga consumiendo e intentando lograr lo inalcanzable.

Sin duda la adolescencia es el grupo de edad más

influyente en la economía de mercado.

En esta sociedad no se espera que el adolescente intente ser adulto, da más bien la impresión de que se aspira a que el adulto sea el máximo tiempo posible adolescente (Manzano, 2009).

Son tres los pilares: adolescente, padres y sociedad los que han de interaccionar inevitablemente en la superación de la crisis del adolescente. El sostenimiento del adolescente va a pasar inevitablemente por la contención de los padres y también de la sociedad, encargada en última instancia de transmitir los aspectos más globales.

LA ADOLESCENCIA HOY

La adolescencia es un tiempo de encuentro.

En primer lugar con uno mismo. El adolescente se reencuentra con cuestiones de su desarrollo que estando resueltas o no, se le presentan delante de sí y se reactivan de manera sorprendente. Las relaciones con sus padres o adultos de referencia habrán sido determinantes en su desarrollo

En segundo lugar, un lugar de encuentro con sus iguales y sus diferentes. Su participación en el grupo de iguales será el escenario ideal donde podrá compartir expectativas, contrastar ideales y plantear dudas.

En tercer lugar en el que han de posicionarse es ante la sociedad.

Para ello es imprescindible reconocer su pasado y su mirada al futuro, sin negar ninguna de las dos miradas. No olvidemos que será la última oportunidad para reorganizarse espontáneamente antes de acceder al mundo adulto.

Se puede señalar como la adolescencia es un momento y un tiempo de encuentro en el que el adolescente necesita de un marco claro que le permita ir reorganizándose. No hay adolescencia, hay adolescencias. De la misma forma que no hay una única crisis hay muchos tipos de crisis.

La adolescencia hoy es vivida de manera distinta en función de los diferentes estratos sociales. Cuando se pertenece a sectores de bajos ingresos la entrada en la adultez es rápida y brusca, no hay tiempo para andarse con juegos ni tonterías, hay que sacarlas habichuelas adelante. Es cierto que dados los niveles de paro existentes hoy, no va a poder acceder fácilmente al mundo laboral pero lo que no cabe duda es que no se instala en ese espacio de “prolongación del placer”.

En las clases que pertenecen a sectores de más ingresos más elevados, la cosa cambia. En estos casos adolescencia es un proceso que se pretende prolongar

porque es vivida no como algo conflictivo, sino como algo placentero, como el momento que hay que vivir y disfrutar porque luego ya no va a haber las mismas posibilidades. (Hablando de la adolescencia en sentido amplio, la flor de la vida).

Hoy en día el adolescente da la impresión de ser alguien que se enfrenta a un mundo adulto complicado. No quiero entrar en un posible debate sobre si ahora es más complicado que hace años, únicamente quiero pensar sobre la información que se le presenta al adolescente hoy. Se le presenta con una gran ambivalencia y confusión. Por un lado se le habla de la entrada en un mundo con un cierto aire pesimista (no habrá trabajo, no habrá pensiones, no sabemos qué pasará con el mundo), y por el lado opuesto, una vez instalado en esta etapa, se le plantea lo maravilloso y único que vive en ese momento. Se le empuja a prolongar esa situación la de adolescente el máximo tiempo posible “disfruta ahora”, “luego ya no podrás”, etc. Sin duda el adolescente vive la confusión del adulto que le insta a desarrollarse y a progresar en su futuro y la añoranza patológica de éste que ve la adolescencia como algo perdido, algo que no recuperará nunca: la evidencia de la pérdida de su posibilidad de ser un adolescente eternamente. Y es que hoy el en muchos sentidos, el adolescente vive como el adulto, con sus viajes, sus horarios, su sexualidad, su actividad consumista, pero sin las responsabilidades de sus mayores.

Tiene sin embargo todo un trabajo sin realizar y del que dependerá su futuro. Si bien el desarrollo de las funciones de Yo comienzan su andadura en las primeras fases del desarrollo, en la adolescencia o bien se asentará el mayor desarrollo de éstas o por el contrario se facilitará una actitud más regresiva.

Nos planteamos cómo puede darse una estimulación de la capacidad yoica del sujeto. Esta cuestión es tan importante como que es la que va a posibilitar que el sujeto se oriente intelectualmente en el mundo y que ello le permita acercarse de una manera más ajustada a la realidad.

Para ello en esta etapa deberá favorecerse la capacidad de percepción. La sociedad hoy a través de los medios de comunicación se encarga de mostrar esa realidad, esa cruda realidad que puede ser mostrada de forma descarnada, sin ningún tipo de control paraexcitativo que hace que no pueda ser integrada sino únicamente reconocida de forma escindida, aislada, desvalorizada y renegada, o presentada mediante tal cantidad de aditivos y modificaciones que no es fiel a la percepción real.

El juicio requiere también un desarrollo armónico, pero se encuentra muy debilitado al no haberse desarrollado adecuadamente las bases para su correcto funcionamiento. La memoria hoy en día se encuentra en desuso, no se fomenta ni se estimula. La sociedad parece que tiende a pensar y a transmitir que eso ocupa un lugar, que tenemos herramientas que nos hacen ese trabajo y que no hace falta ser ejercitada, para eso ya tenemos a google y los smartphones. ¿Cuánto hace que no memorizamos un teléfono o el recorrido a un lugar? Al adolescente no se le enseña a que valore la memoria, ni siquiera a nivel académico se le pide que memorice. No podemos dejar de considerar que la memoria es la que nos da perspectiva y que su reconocimiento nos ayuda a percibir, comparar valorar y a juzgar de forma adecuada.

El lenguaje es otra función en la que el adolescente requiere la ayuda de la sociedad. Pero la sociedad cada vez utiliza menos vocablos, las palabras empiezan a desvanecerse y a desaparecer. Por un lado nos encontramos con el fenómeno de la reducción en la expresión, que dicho sea de paso es complejo, porque hay que tener un lenguaje muy selecto para poder utilizar las palabras precisas y expresar así lo que no quiere con certeza. Y por otro cada vez se usan menos vocabulario. Ahora por ejemplo ya no hay superlativos, ahora es “lo siguiente”. Y sin la palabra no hay simbolización. Y no olvidemos la palabra-frase compendio más actual, “sin más” sin... más pensar, sin...más tratar de expresar, sin... más elaborar podríamos decir.

Creemos sin duda que la función que se ve más afectada en esta crisis es la relacionada con la producción simbólica. Estamos viviendo un momento en el que prima la imagen. La imagen que en principio debe de ser interna para luego poder expresarla a través del lenguaje o de expresiones artísticas sublimadas, se ha convertido en una única expresión directa y que no requiere el esfuerzo de la simbolización. “Más vale una imagen que mil palabras”, ha sido o es una expresión que se utiliza para poder realzar o mencionar la “representación de cosa”, el problema entendemos ocurre cuando la imagen es toda la representación, se acaba hay. Ya no tengo que decirte ni explicarme con palabras como me siento, sino que te mando la imagen para que tú la veas e interpretes mi estado emocional con toda la subjetividad, y malos entendidos, que ello trae consigo.

La motricidad como expresión y técnica facilitadora de la relación y del desarrollo, requiere una capacidad para poder ser excitada y también para poder ser calmada. La situación actual parece que solo acepta

el funcionamiento en ambos extremos, por un lado hay una tendencia imparable la hiperexcitación como lo demuestra la “epidemia” de la hiperactividad que sufrimos. O la inhibición, expresada por Laufer (1988) como la pseudoadolescencia, en la que no pasa nada de lo que debe de pasar.

La hiperactividad bien expresada en la incapacidad para poder ocuparse de un asunto, o de ocuparse de él de forma ajustada. La sociedad exige que se vaya rápido y sobre todo se camine sin poder dedicar un tiempo a la reflexión. La rapidez y la prisa que de lo que realmente hablan es de no poder vivir el momento.

La inhibición, viene expresada en la proliferación de actividades en las que lo que potencia es el ser capaz de aceptar las cosas, las emociones, sin que éstas afecten a nuestro desarrollo y funcionamiento psíquicos se hacen cada vez más presentes. Lo que puede ser una buena técnica acompañada de la elaboración se queda en una mera estrategia defensiva poco transmutativa cuando la elaboración no está presente.

EL ADOLESCENTE NECESITA “ESTABILIDADES” PARA PODER AFRONTAR SU CAMBIO

Hemos tratado hasta ahora de plantear cuestiones generales relativas al enfrentamiento del adolescente a esa tarea.

Hemos visto como inevitablemente en esa tarea se encuentra con sus padres. Por supuesto no me refiero sólo a sus padres externos, sino a sus padres internos y estos se encuentran dentro de una sociedad.

¿Cuál es el marco que necesita el adolescente para poder afrontar el acceso a su nuevo estado integrando de su vida anterior?

Se pueden formular muchas respuestas pero creemos que hay una sobre las que se asentarán las demás. El adolescente necesita de un marco suficientemente estable para poder abordar su crisis. Unos padres suficientemente estables capaces de recoger sus dudas y sus retos. Y una sociedad que debe de ser capaz de contener en los momentos difíciles a esos padres. Estos deberían de ver en ella un conjunto de normas y valores que sean referentes del ideal al que se quiere acceder. Este ideal del yo debe de ser recogido a través de las identificaciones primitivas de objetos totales que integran en un sí mismo diferentes aspectos.

Sin embargo en nuestra opinión, hoy nos encontramos ante una sociedad caracterizada por la fragmentación donde los saberes están escindidos y atomizados en un

intento de control exhaustivo. Donde no está clara la división entre lo real y lo virtual. Donde la tecnología parece que no tardará en desbordar la capacidad del ser humano en poder controlarla.

Por ello el título de la presentación se refiere a La crisis en la crisis

No se trata de ver los comentarios que desarrollamos a continuación como una enumeración de dificultades, sino como un conjunto de reflexiones que pueden ayudar a dar una mejor resolución del conflicto del adolescente o quizás para ser más preciso una serie de observaciones sobre las que la sociedad puede pensar sobre su hacer y su impacto en los adolescente (y en la infancia).

Curiosamente decir esto suena a algo raro o poco propio de nuestra línea de trabajo profesional. No se trata de proyectar las dificultades propias en la sociedad, sino de ver en ella aspectos poco integrados que dificultan la evolución del individuo.

Sin poner en cuestión la importancia del aparato psíquico. Colocando en su lugar las expresiones externas, nos planteamos reflexionar sobre como las crisis de la sociedad repercute directamente en la mayor confusión de la crisis del adolescente.

¿Cómo puede el adolescente proyectar una impresión general sobre sí mismo coherente e integrada cuando la sociedad le transmite una serie de ideas y “estares” incoherentes?

LA SOCIEDAD CONFUNDIDA. ¿CUÁLES SON LOS MODOS E IDEALES QUE LA SOCIEDAD NOS PROPONE HOY?

Sobre el criterio de realidad

Al adolescente se le pide que acepte la realidad, pero se le exige que se acomode a todo aunque “no pueda ser posible”

La percepción del adolescente sobre sus mayores, también ha variado. Aunque no hay mucha diferencia en la impresión que tiene sobre él. El adulto es visto como alguien “viejo”, “antiguo” y con capacidades muy limitadas para afrontar la vida actual.

Sobre esto hay que hacer un par de observaciones. La primera, es que probablemente sea cierto que con la llamada brecha digital, se haya marcado una gran diferencia entre una generación y la siguiente. Estas nuevas generaciones por primera vez ganan a los adultos en los manejos relativos a toda la tecnología digital. (No vamos a pararnos si tiene consecuencias similares a la brecha del analfabetismo, que habría mucho de

qué hablar). Y la segunda deriva de esta, se refiere a la percepción que tiene el adolescente sobre cómo tratar a esos padres. Son vistos o bien como alguien que no sabe y es incapaz de poder dar respuesta o como alguien que aunque no sabe puede ayudar con su comprensión y contención. (Hay estudios referidos a como es el trato hacia el mayor en diferentes culturas).

Es frecuente en las consultas recibir al adolescente perdido entre las indicaciones y comportamientos de sus padres (y de sus profesores) y su propia confusión. El “no sabemos cómo actuar” se convierte en éste momento evolutivo como la gran duda de los padres. Echan en falta el “libro de instrucciones” y buscan con frecuencia criterios externos que les indiquen qué hacer y cómo hacerlo. Esta confusión es la que explica la proliferación de los libros de autoayuda, de las prácticas psicoterapéuticas dirigidas a dar salida a las angustias o ansiedad de forma rápida. Evidentemente se buscan criterios externos que puedan apuntalar sus propias ideas, no aceptan otros diferentes. Podríamos hablar de que la ayudas psicológicas se pueden convertir en muletas psicológicas que aunque en un principio pueden ayudar si son mal utilizadas o en exceso lo que hacen precisamente es debilitar el propio desarrollo psíquico.

Sobre el control de los impulsos:

Al adolescente se le pide que piense, pero se le exige que actúe rápidamente.

La expresión pulsional, presente a lo largo de toda la vida, es quizás en la adolescencia la etapa en la que se muestra de forma más directa. Se espera que el adolescente tenga capacidad para poder transformar esos impulsos y así en vez de actuarlos directamente pueda dar otro sentido a esas tensiones internas a través de la simbolización y de la sublimación.

Este aspecto, el control de los impulsos, es un aspecto en el que la sociedad pone gran interés. La pregunta de ¿qué tal se porta? o ¿cómo se comporta?, es utilizada con frecuencia para valorar la impresión general del adolescente. Con ella se busca ver si el adolescente descarga directamente su pulsionalidad siendo incapaz de mantener esa tensión. En estos casos el adolescente nos dice “cuando me viene tengo que hacerlo...” “cuando me da el punto ¡me da!...”.

Y no olvidemos la doble presentación del descontrol pulsional: bien a través de la evacuación o a través de la inhibición. Porque la vía de la inhibición aunque sea más difícil de detectar no es por ello más liviana

psicopatológicamente hablando.

En este sentido, el adolescente buscará, observará los funcionamientos y juzgará con mucho rigor si la sociedad tiene contradicciones. Es frecuente que nos muestre su sorpresa al ver como se le pide un control que no lo tienen en muchos casos los padres ni la sociedad.

En otros momentos hemos hablado de las frases que el adolescente utiliza sobre el descontrol pulsional (Hernanz, 2011). Salir de fiesta “hasta que el cuerpo aguante” como gritan algunos adolescentes, es una expresión de ese descontrol. La excesiva comprensión del adulto no deja de ser una tolerancia excesiva. Por mucho que la sociedad le ha dicho que hay que ser civilizado y cauto, también le alienta a lo contrario con expresiones “un día es un día”, “si no lo haces ahora que eres joven, cuando lo vas a hacer”, etc....

La exigencia de control contrasta también con el lenguaje cotidiano de la sociedad “pelear hasta dejar la piel”, con promociones de actividades de riesgo cada vez más exageradas... El adolescente ve a una sociedad que se caracteriza por su voracidad, su necesidad de crecimiento desmedido y que a la vez le exige que él sea cauto.

Una sociedad que proclama su no a la violencia pero presenta constantemente imágenes violentas (películas o videojuegos)

Recordamos nuevamente a Feduchi (2011) cuando nos alerta sobre como “el desbordamiento de las normas y los límites crea un círculo vicioso”

Sobre establecimiento y adecuación a su Ideal del Yo

El ideal del Yo se establece tras la convergencia de la estima de sí mismo, de las identificaciones con los padres y también de las identificaciones con los ideales colectivos. A partir de un narcisismo sano, los padres, y la sociedad por extensión, han de mostrar al adolescente “la meta” que se espera alcancen de una forma clara y lo más unívoca posible.

Hace ya décadas que Jeammet hablaba de los cambios sociales y su influencia en la conflictividad interna del adolescente poniendo en evidencia un conflicto narcisista: “haz lo que quieras, te damos todas las posibilidades pero hazlo bien”. Da la impresión de que hoy 20 años después las características de tipo narcisista de las sociedades se han intensificado. Y esto lo vive en primera persona el adolescente y el joven. Nunca había habido tantos jóvenes con tanta formación, nunca se ha

esperado tanto de ellos y al mismo tiempo no se les dan los medios laborales para desarrollarse (y que logren así su independencia). “Sé el mejor” es el imperativo del mundo adulto, reflejo de lo social.

Observamos también la confusión existente entre ideal del Yo y Yo ideal cuando el adolescente recibe el mensaje paradójico del estilo de “no le exigimos, si no quiere estudiar que no estudie, que si quiere ser albañil, que lo sea, eso sí que sea el mejor albañil”. El sentimiento de abatimiento que puede tener el adolescente es grande ya que la no consecución de los objetivos dependen exclusivamente de él y se ha de enfrentar a sí mismo

Sobre la aceptación de límites:

La sociedad de hoy tiene una clara expresión en la difuminación de límites, es difícil saber lo que se puede o no se puede porque todo está avalado por la comprensión y la tolerancia.

Hoy al adolescente se le da todo lo que necesite. El establecimiento de límites es cada vez más complicado en una sociedad donde se aprecia una contradicción entre “no tienes nada / lo necesitas todo” y “no tienes / puedes tenerlo” se incide en la falta y se le señala luego como puede mediante la negación conseguirlo todo. Los anuncios publicitarios, dejan bien claro este hecho.

Se le da un aire de normalidad a las transgresiones. “si sus amigos beben como no va a beber, el...” por fumar un porro tampoco pasa nada” etc. se toleran también agresiones a los padres alegando que lo hace cuando está nervioso pero que en realidad no quiere hacerlo.

Los límites cada vez esta más en las nubes. Ya no necesitamos nada porque lo tenemos todo, en la “nube”. Allí se encuentra todo lo que busques, allí tienes toda la música, todo el cine... Todo sin límites

Asociado a ello vemos también la dificultad en aceptar la falta, la ausencia. Todo es ilimitado, las oportunidades, capacidades, las llamadas ilimitadas, los gigas, ... Observamos la falta de una representación en la sociedad de los que “no tienes”. No se habla en ningún momentos de como a pesar de no tener se puede ser feliz. Se le enseña al adolescente que la única manera de ser feliz es no teniendo límites, teniéndolo todo y en el momento.

Sobre las “bondades de la época”

Época dominada por la informática e internet Hoy el dominio de lo digital coloca al adolescente ante un mundo el que las ventajas se multiplican, dándole una sensación de dominio total de los objetos, estimulando una fantasía de un saber omnipotente, creando un mundo virtual a su medida. También se le muestran las ventajas

de la globalización, el acercamiento a lugares y gentes muy diversas. Pero atención: las dificultades también se multiplican. Sabemos que en función del Quantum de energía que tiene un sujeto podrá expresar de forma más o menos florida su situación conflictual. Nos preguntamos entonces: todas estas “bondades de la época” ¿serán bien utilizadas por el individuo? Puede el adolescente realmente discriminar toda esta información?

¿Qué puede suponer para el adolescente tener el acceso a todas las respuestas con un solo clic? Al adolescente se le abre todo un mundo de posibilidad que para el adulto, y para la sociedad resultan inalcanzables ¡Y se le pide que sea capaz de controlar!, de contrastar, de ser cuidadoso! Que no de su nombre a desconocidos, que no facilite datos, que no.. un sinfín de etc. pro por otro lado todo lo que ve a su alrededor no está sujeto ni a una sola de esas precauciones.

Sobre las adquisiciones y aprendizajes:

Se le pide que aprenda pero lo que se exige es la adquisición de competencias no se le da una educación. El mensaje que recibe de forma permanente de la sociedad es un mensaje en el que se le pide que se prepare en el dominio, en la superespecialización de una técnica o instrumento. No se le prepara para ser hombre o mujer, sino un hombre o mujer capacitado para... Prácticamente ha desaparecido el “luchar para ser un hombre de provecho” para convertirse en “luchar para estar bien capacitado y ser competitivo para entrar en el mundo laboral”.

Sobre el mundo laboral se le va a hablar con mucha frecuencia. Se le habla de la importancia de su elección y sobre cómo su realización personal se ha de ver realizada a través precisamente de ese trabajo. Sobre cómo el trabajo ennoblece. Sin embargo son pocos los trabajos, que cumplen ese objetivo, nos encontramos con trabajos que niegan la vida afectiva, que hacen que el sujeto se tenga que escindir, romperse para conciliar no ya su vida familiar, sino su propia coherencia interna haciendo lo que no pensaba hacer nunca y que además no veía bien hacerlo.

Quizás todo esto deriva precisamente de la importancia que se da a la capacitación sin que haya una educación de fondo.

Relación de objeto.

Se pide que se sea, pero lo importante es Tener.

La conflictiva abierta hace ya tiempo cuando E. Fromm planteaba en su obra Tener/ser, se ve claramente en ese tiempo histórico. Hay que tener para así poder ser. Tener

me hace sentir que soy fuerte. Hoy la sociedad marca el “tener” como el objetivo importante. ¿Cómo puede un adolescente hacer frente a una interiorización de un objeto cuando necesita de forma posesiva y literal de ese objeto material? La confusión puede llegar a ser mayor cuando no sólo piensa que sus padres luchan por el tener más, sino que además le instan a que ellos deben de tener para así sentir que son.

En nuestra concepción dinámica de la personalidad, nos basamos en la importancia de la interiorización de las imágenes para en base a ello poder establecer unas relaciones de objeto saludables. En concreto el niño mirará a sus padres, a la esencia de sus padres, no a los comportamientos externos, para poder generar en ellos mismos un estilo de relación con el que se mantendrá a lo largo de su vida.

Uno de los grandes retos del adolescente, va a ser la búsqueda del contacto con los demás. Sabemos que el germen de la relación con los demás estará marcado por la interiorización que hizo de las imágenes parentales. Ahora, esa interiorización va a ser actualizada mediante el contacto con los adultos y con sus iguales. Podrá comprobar la calidad de las relaciones humanas observando las relaciones de sus amigos con sus propios padres y con los de él, verá cómo son las otras relaciones familiares y empezará a observar como lo que en su casa es normal en otras es algo peculiar.

Podremos ver el tipo de relaciones que se establecen, en funciones de si son relaciones más tendentes a la regresión o a la progresión, es decir relaciones en las que busca la satisfacción regresiva (dejarse llevar, dejarse alimentar...) o el reto de la progresión. Darán lugar a expresiones psicopatológicas de tipo claustrofóbicas o agorafóbicas, tal y como nos señalan Tío y Mauri (Raventos, 2014).

¿Qué ve el adolescente en la sociedad? Lo que prima es el establecimiento de una relación objetual marcada por ese objeto ideal que me calma y que no sólo me complementa sino que me llena de todo lo que no-soy / no-tengo.

El adolescente se mueve en el dominio del grado de impetuosidad en la relación entre las relaciones más elaboradas y las más arcaicas. Hoy nos encontramos una sociedad que no regula de forma suficientemente clara ese grado de aproximación en la relación. Es llamativo el alto nivel de elementos arcaicos que hay en muchas de las relaciones donde lo que prima es la descarga de la tensión y la importancia del otro no es tenida en cuenta. Se podría hablar de ello incluso en los estudios por ejemplo donde los alumnos compiten con muy poca

colaboración entre ellos (a pesar de que se supone que la mayoría del trabajo han de realizarlo en grupos).

Y la constancia de los objetos tan tenida en cuenta hasta hace poco hoy es puesta en cuestión con gran facilidad. Padres que desaparecen, familias que se transforman, movimientos globales en los que no se tardará mucho en no tener puntos de referencia concretos. En concreto las referencias que se obtenían en la pandilla de antes ahora se ven puestas en cuestión en parte por la inestabilidad laboral de los padres cuyos puestos de trabajo no están tan localizados como antes, por los colegios en los extrarradios y por las características propias de la sociedad de consumo en la que se viaja de un lado a otro para conocer lugares y donde no se establecen relaciones estables que puedan consolidar vínculos.

Observamos como en la sociedad actual tiene una tendencia al dos por uno, al tirar en vez de reparar, al reciclar en vez de reutilizar. Desaparece la posibilidad de reconvertir de reelaborar de transformar y no me estoy refiriendo evidentemente solo a los objetos externos, sino también a los objetos en el sentido más psicodinámico del término, los objetos internos en el que incluimos la idea de sí mismo, el objeto autoerótico y el objeto exterior que reconoce la realidad del otro. Los objetos son también vistos como algo reemplazable. El adolescente ve con gran facilidad las rupturas y reconstrucciones familiares.

Veía a un padre el otro día que no entendía por qué su hijo estaba tan afectado por su separación, “ya le hemos dicho que en su clase hay muchos chicos con los padres separados y también que ahora tiene dos casas”

Sobre el establecimiento de relaciones auténticas y coherentes:

La sociedad nos hace, e insisto que no se trata de proyectar en ella aspectos poco aceptados en uno mismo, preocupamos de todo lo “eco” de lo sostenible porque sabemos del impacto de nuestro consumo en el planeta tierra. No podemos talar más árboles, ni emitir más CO₂, sabemos que la tierra está dañada por las cosas que la humanidad ha ido realizando a lo largo del tiempo. La conciencia social llega a tal extremo que cada acción ha de ser valorada antes de continuar perjudicando al planeta a través de la contaminación o cualquier otro hacer poco sostenible.

Paralelamente hemos desarrollado una habilidad extraordinaria para respetar a la mayoría de los individuos (dejaremos algunos fuera porque alguien tiene que ser el depositario de nuestras escisiones paranoides) incluidos el menor y al adolescente. Hoy lo que se lleva es el respeto sus ideas, a sus comportamientos, a sus consumos

y a sus “decisiones tomadas desde su libertad” etc. Cada vez es más estrecha la senda en la que se pueden plantear dudas sobre los haceres de las personas. Ni sobre sus comportamientos, ni sobre sus consumos, ni sobre sus decisiones. Lo que impera es que tienen su libertad y pueden decidir y hacer sin que nadie les engañe.

El tipo de relación que se tiende a establecer parece que es poco auténtica y desde luego poco coherente.

Sobre el reconocimiento de los afectos:

El adolescente necesita aprender a discriminar y a matizar sus propios afectos. No hace mucho veíamos la película “Al otro lado” en la que se pretendía incluir todos los afectos en las películas de niños porque algunos, como el de la tristeza, han sido tendenciosamente negados. No es de extrañar entonces que el adolescente no pueda reconocerlos ni matizarlos.

Un adolescente nos hablaba sobre el motivo de sus crisis de angustia: “esto es biológico en casa tenemos varios y se quita con una pastilla”. Con esta posición, desaparece cualquier posibilidad de reflexión y elaboración posterior; el futuro de la angustia, su comprensión, se deja en manos de la medicalización o de otras “técnicas de afrontamiento” que aunque en ocasiones puedan resultar técnicas o intervenciones farmacológicas imprescindibles, siempre han de estar acompañadas de un intento de comprensión sobre la situación conflictiva existente.

Desarrollo de la capacidad de estar con uno mismo

Una situación concreta que se plantea es la posición ante la soledad. La soledad, ausencia de relaciones con los demás puede servir como ejemplo de la complejidad del análisis en el adolescente.

Podemos hablar de la soledad buscada, la intimidad. La encontramos en el adolescente que busca la soledad en un intento de encontrarse con él mismo. Cuando se hace sin abuso, es sin duda una búsqueda necesaria y manifestación de salud psíquica. En una entrevista al diario La Vanguardia² Tío (2013) dejaba clara su idea: “Que los adolescentes se aislen de sus padres no es preocupante, lo preocupante es si no aparece la intimidad”, en una entrevista de hace años, continuaba señalando

que el adolescente tiene que ser capaz de callarse cosas, de tener su secretos. Es curioso porque ahora cada vez vemos más padres que no tienen necesidad de tener sus secretos y hacen partícipes a los hijos adolescentes de sus avatares incluso más íntimos como una muestra de confianza y de “colegueo”. (Hemos hablado ya de la difuminación de la barrera generacional y de la necesidad narcisística de aprobación por parte de los hijos de las labores parentales).

También hace ya tiempo nuestro colega Cabaleiro (1993) hablaba de los “trasiegos nocturnos” para señalar la inexistencia de habitaciones propias, de puertas y pestillos, o dicho en nuestra terminología manifestaciones de dificultades de la represión.

En otros casos vemos que el adolescente busca la soledad para no enfrentarse a las necesidades pulsionales que le sobrevienen (soledad patológica): “no salgo de casa porque no quiero beber o no quiero ir a robar”. Aquí la soledad no es elegida, es una manifestación de una dificultad. A veces utilizando un instrumento como el móvil o el videojuego de forma que le da la sensación de estar relacionándose sin hacerlo realmente. Toma la decisión activa de no salir enfrentándose así solo a un mundo recreado según sus intereses. Salir al exterior es visto como un gran problema.

Otras veces la soledad es exigida por el adulto que teme una contaminación a través de los contactos con los amigos “estamos más tranquilos si está con nosotros, ya tendrá tiempo de salir”.

Otras veces la soledad es impuesta al hacerle estar al adolescente solo mientras ambos padres trabajan (o van al gimnasio). Casi el 50% de los niños se quedan solos en un momento dado en la casa. Es precisamente en la adolescencia cuando esa situación es más delicada y cuando es más frecuente. Sobre este tema también Cabaleiro(1993) planteaba como había que reflexionar sobre los viajes al extranjero de los adolescentes en momentos tan importantes como la pubertad y la adolescencia, nos señalaba como en pro de la educación y el aprendizaje, (hoy diríamos adquisición de competencias)se dejaba de lado el acompañamiento en momentos tan vitales

Quizás quien más muestra su convencimiento es el sociólogo Javier Elzo al hablar de cómo la sociedad actual promueve el aislamiento. No duda en asegurar que

² <http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20130412/54371068695/una-sana-soledad-adolescente.html>

los adolescentes de hoy día “se encierran más porque se sienten más solos e inseguros que nunca. Les resulta difícil encontrar ayuda porque todo está protocolizado y ritualizado...”. Habla de lo que denomina “un solicismo grupal”, chavales que se reúnen o que se contactan por Twitter o WhatsApp pero sin conversar, manteniendo un contacto muy superficial, incluso las tutorías escolares. Los chavales no pueden acudir de forma espontánea al vecino, al primo, al cura o al médico de la familia como hacíamos antes”⁴.

Mecanismos de defensa

La utilización adaptativa de los diferentes mecanismos de defensa puede ser utilizada por el adolescente con la misma confusión que utiliza el resto de las cosas (materiales o productos). Necesita un modelo claro sobre lo que hay que defenderse y como hay que defenderse. Aprender a diferenciar los peligros internos y los peligros externos. Los mecanismos defensivos deben ser eficaces y deben de servir para protegernos de los conflictos ansiógenos.

Bergeret³: La persona verdaderamente “sana” no es simplemente la que se declara como tal, ni mucho menos un enfermo que se ignora, sino un sujeto que conserva en sí tantas fijaciones conflictuales como la mayoría de la gente, que no haya encontrado en su camino dificultades internas o externas que superen su equipo afectivo hereditario o adquirido, sus facultades personales de defensa o adaptación, y que permita un juego bastante flexible de sus necesidades pulsionales, de sus procesos primario y secundario tanto en los planos personales como sociales, evaluando la necesidad con exactitud y reservándose el derecho de comportarse de manera aparentemente “aberrante” en circunstancias excepcionalmente “anormales”.

En el sentido en el que estamos hablando, podríamos decir que no es lo importante el tipo de mecanismo sino el uso y sentido de él.

Son problemáticos cuando se responden al “porque...”, en esos casos nos muestran como se ponen en acción precisamente para huir del conflicto, no para enfrentarse a él. Estamos siendo observadores del uso masivo de mecanismos como la proyección, la incapacidad de poder asumir como propios contenidos psíquicos intolerables, achacándolos en otra persona u objeto exterior, se ha convertido en una de las estrategias defensivas con

mayor desarrollo y recorrido y no hablamos de los pacientes declarados abiertamente como graves, sino de los llamados normales. Se concreta en un “la culpa la tiene...” o en “con esta sociedad es imposible ...”

Erich Fromm , plantea de forma clara el respecto: “Una sociedad sana desarrolla la capacidad del hombre para amar a sus prójimos, para trabajar creadoramente, para desarrollar su razón y su objetividad, para tener un sentimiento de sí mismo basado en el de sus propias capacidades productivas. Una sociedad insana es aquella que crea hostilidad mutua y celos, que convierte al hombre en un instrumento de uso y explotación para otros, que lo priva de un sentimiento de sí mismo, salvo en la medida en que se somete a otros o se convierte en un autómatas”.

Pensamos que una de las grandes tareas del adulto en la relación con el niño y con el adolescente es la ayuda a que este pueda reconocer el origen de sus angustias y por ello el desarrollo de su capacidad para poder hacer frente a ellas.

Pero ¿cuáles son los mecanismos que predominan hoy en la sociedad?. E. Fromm continua “La sociedad puede desempeñar ambas funciones; puede impulsar el desarrollo saludable del hombre, y puede impedirlo; en realidad, la mayor parte de las sociedades hacen una y otra cosa, y el problema está sólo en qué grado y en qué dirección ejercen su influencia positiva y su influencia negativa”.

Por ello es importante la coherencia y la autenticidad que dicho sea de paso, solo es posible en un sujeto saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A., y Knobel, M. (1977). *El síndrome de la adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires Paidós
- Bergeret (2005) *Personalidad normal y patológica* Barcelona Gedisa
- Cabaleiro Fabeiro, F. (1993). Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* 1993, n 15/16 pág. 137 -164 disponible en http://www.seypna.com/documentos/psiquiatria15_16.

³ Bergeret (2005) Personalidad normal y patológica Gedisa Barcelona 3ª reimpresión pág. 32

⁴ E. Fromm(1964) Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea Fondo de cultura económica mexico 6ª edición .pág. 66

- pdf#page=137
- Feduchi L. (2011) El adolescente ante su futuro. *Temas de psicoanálisis n° 1* en www.temasdepsicoanliis.org
- Feduchi, L. M. (1995). El adolescente y la violencia. Reflexiones clínicas. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil*, (19/20).
- Fromm E. (1964) Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. Mexico Fondo de cultura económica
- Hernanz Cap. 4 en Pereira R. (2011) *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder*. Madrid. Ed. Morata
- Janin, B. (2006). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: La complejidad de las determinaciones. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 41(42), 83-110.
- Lasa Zulueta, A. (2003). Hiperactividad y trastornos de la personalidad II: Sobre la personalidad límite. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, (35), 5-118.
- Lasa Zulueta, A (2010). Expresiones actuales e imagen social de la psicopatología. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 23.
- Lasa Zulueta, A (2016) *Adolescencia y salud mental: una aproximación desde la relación clínica*. Alberto Lasa Zulueta, Editorial Grupo 5, Madrid
- Laufer, M. y Laufer, E. (1988) *Adolescencia y crisis del desarrollo*. Barcelona, Expaxs S.A.
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F., & Zilkha, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad: Clínica de la consulta terapéutica*. Asociación ALTXA.
- Manzano, J. (2009). Procreación y crianza en los tiempos actuales: introducción general. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y el adolescente*, (48), 7-20.
- Quintero Quintero, Marina y Palacio Baena, Angela (2005) Siglo XX: de la democratización de la adolescencia a la irrupción de la juventud". En *Cuadernos pedagógicos*, 26. Universidad de Antioquia Medellín <http://200.24.17.68/medios/documentos/Cuaderno%2026.pdf#page=9>
- Raventós Sáenz Pilar (2014) *Adolescencia y transgresión: la experiencia del Equipo de Atención en Salud Mental al Menor (EAM)* Barcelona ed. Octaedro

RECURSOS INTERMEDIOS EN EL ABORDAJE DE MENORES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. VALORACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE UN CASO ATENDIDO EN UNA UNIDAD TERAPÉUTICO – EDUCATIVA*

INTERMEDIATE RESOURCES AS PART OF THE TREATMENT FOR MINORS WITH SEVERE MENTAL DISORDER. PSYCHOPATHOLOGICAL ASSESSMENT IN A CASE FROM A THERAPEUTIC-EDUCATIONAL UNIT

Carolina Liaño Sedano**, Daniel Cruz Martinez ***, M. Dolores Gómez García****, Francisco Palacio Espasa*****

RESUMEN

En este trabajo, se presenta el abordaje en una Unidad Terapéutico Educativa de un paciente de doce años con un Trastorno grave de conducta consecuencia de un Trastorno mental grave. Se pone de manifiesto la necesidad de recursos intermedios y del diagnóstico estructural de la personalidad para la comprensión y abordaje de las dificultades de estos pacientes.

Palabras clave: Recursos intermedios, Trastornos graves de conducta, adolescencia, diagnóstico estructural de la personalidad.

ABSTRACT

In this paper, the therapeutic approach in an Educational Therapeutic Unit (UTE) for a twelve year old patient

with severe behavioral disorder, as consequence of an underlying severe mental disorder, is presented. It highlights the need for intermediate resources and the structural diagnosis of personality concerning understanding and therapeutic approach to the difficulties of the patients.

Key words: Intermediate resources, severe behavioral disorders, adolescence, structural diagnosis of personality.

INTRODUCCIÓN

El auge de los trastornos de conducta se relaciona con casos donde falta contención interna y externa y generan alarma, con el riesgo de despertar medidas reactivas como expulsiones o sanciones que pueden empeorar la situación si no tienen en cuenta el funcionamiento

* Taller presentado en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA celebrado en Granada del 30 de marzo al 1 de abril de 2017

** Psiquiatra. Psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Donosti. Servicio Vasco de Salud. Osakidetza. Unidad Terapéutico Educativa de Lasarte.

*** Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil Granollers, Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

**** Psiquiatra. Psicoterapeuta. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital de Valme . A.G.S.Sur .Sevilla.

***** Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro titular de la SPP. Ex-Jefe de Servicio de Psiquiatría Infantil, Profesor de Psiquiatría Infantil, Instituciones psiquiátricas universitarias de Ginebra.

mental subyacente. Esto les lleva a no sostenerse en el medio escolar ordinario y a resultados infructuosos en el tratamiento ambulatorio habitual. Se plantea así la necesidad de recursos que ofrezcan mayor contención y una intervención intensiva que permita abordar la patología, que a veces pasa desapercibida para su entorno que los ve como maleducados. Los recursos intermedios basan su intervención terapéutica en la convivencia, en el sostenimiento de funciones psíquicas precarias y en las aplicaciones del modelo de la psicoterapia institucional. De esta forma se puede relanzar un desarrollo amenazado por la organización patológica de la personalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Morfeo es un chico de 12 años de edad que acude a una Unidad Terapéutico Educativa (UTE) 5 días a la semana en horario de 9:30 a 13:30 desde septiembre del 2016. La derivación a la UTE se produce tras el acuerdo entre el centro escolar de referencia y la psicoterapeuta referente del niño por petición del primero por “graves problemas de comportamiento”. Desde el colegio describen situaciones de agresividad graves que en alguna ocasión han llevado a tener que llamar a una ambulancia para poder contenerlas y que conllevan reiteradas expulsiones del centro escolar.

1.- Genograma familiar

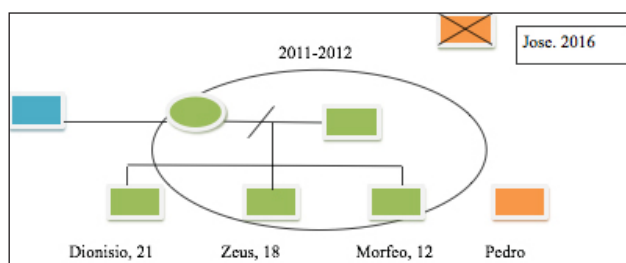


Figura 1 : Genograma familiar

Morfeo, es el menor de tres hermanos, con el mayor se lleva 8 años de edad y con el mediano 5. Durante un tiempo convivió con ellos Pedro, que tenía un negocio con el padre y al que llamaban hermano; cuando el padre marchó él también desapareció.

2.- Antecedentes biográficos:

Como antecedentes biográficos significativos señalaremos:

- Separación de los padres a los 6 años de edad de Morfeo.
- Desaparición del padre de casa y pérdida de contacto con él hasta la actualidad a los 7 años de edad de Morfeo.
- Comienzo de una nueva relación de pareja de la madre a los 7 años de edad de Morfeo .
- Fallecimiento del “abuelo” (José) cuando Morfeo tiene 11 años de edad.

En la actualidad Morfeo vive con su hermano mediano, su madre y la pareja de ésta. El hermano mayor vive cerca del domicilio familiar en un piso que le compró la madre cuando cumplió la mayoría de edad por las dificultades de convivencia.

En esta familia, además de los miembros primarios hay otras figuras importantes. La más importante es José que fue tutor del padre de Morfeo cuando éste de pequeño estuvo institucionalizado. Este tutor pasa a ocupar un lugar importante en esta familia hasta el punto de que los tres hijos le llaman abuelo y cuando fallece en el 2016 les deja una suma importante de dinero a la madre de Morfeo a pesar de la ausencia de contacto con el padre.

La madre recuerda a Morfeo como un hijo “muy deseado”, tras un embarazo y parto sin ningún problema. Durante la primera infancia lo describe como un niño “bueno, tranquilo, dormilón y comilón”. Ningún retraso en los hitos del desarrollo. En la guardería según ella tuvo una integración fácil, con “problemas para separarse de la ama” pero con buena adaptación y un nivel de aprendizaje normal.

La madre sitúa el inicio de los problemas de comportamiento a los 6 años coincidiendo con la separación y marcha del padre, hecho que ella y el hermano mayor vivieron como un “alivio” y sin embargo Morfeo y el hermano mediano “sintieron como un abandono”. Ya entonces desde el colegio advirtieron “problemas de comportamiento y agresividad con compañeros”.

Un hecho importante a destacar en la vida de Morfeo al que la madre no da mucha importancia son los sucesivos traslados de domicilio con los consecuentes cambios de centro escolar de referencia. El primero se produce cuando tiene 8 años y coincide con la salida del hermano mayor de casa por “problemas de convivencia”.

Otro acontecimiento relevante a nivel sentimental descrito por la madre en la vida de este menor es la muerte de la figura del “abuelo adoptivo” que ocurre en el 2016 cuando tiene 11 años.

Antecedentes familiares:

Los tres hermanos han estado en tratamiento por parte de Salud Mental.

El hermano mayor comenzó seguimiento por parte de Salud Mental a los 13 años tras un ingreso hospitalario por trastorno de conducta y consumo de tóxicos (cannabis y cocaína) que desencadenó sintomatología psicótica. También se describen gestos autolesivos en su historial (sobreingestas medicamentosas). Durante su tratamiento siendo menor es precisa una salida del domicilio por dificultades de convivencia. En la actualidad tiene 21 años, es padre de un niño pequeño y continúa en seguimiento psiquiátrico con diagnóstico de Trastorno de personalidad sin especificar y consumo de tóxicos.

El hermano mediano comenzó seguimiento psicológico a los 11 años. En la actualidad mantiene dicho seguimiento por parte de Salud Mental, tiene diagnóstico de TDAH y está en tratamiento con Metilfenidato. Recientemente se ha ido a vivir a casa de un amigo por “problemas de convivencia”.

El padre biológico es descrito por la madre como un hombre violento y con problemas por abuso de tóxicos.

La madre no tiene historia en Salud Mental pero refiere estar en tratamiento por psicólogo privado.

3.- Historia clínica y Evolución:

Morfeo inicia seguimiento psicológico a los 6 años por problemas de comportamiento en el colegio. Desde entonces hasta ahora estos trastornos del comportamiento han ido fluctuando en función de las condiciones externas (mudanza, cambios de colegio fundamentalmente y circunstancias familiares diversas). Empeoran en el último año, cuando tiene 11 años, coincidiendo con un cambio de centro escolar y siendo en ese momento cuando se deriva a la UTE. Los problemas de comportamiento aparecen inicialmente en la relación con los iguales, en momentos en los que se siente rechazado o no pudiendo dirigir el juego. Progresivamente también aparecen con los adultos describiendo los profesores faltas de respeto y no aceptación de la autoridad. En esos momentos Morfeo se pone agresivo, fundamentalmente contra enseres. La madre minimiza los problemas en casa.

El ingreso en la UTE resulta muy complicado observando el equipo importantes dificultades para adaptarse al ritmo del nuevo centro, necesidad de ocupar un lugar diferenciado y onnipotente en los talleres e importantes episodios de agresividad cuando se le trata de poner límite a esa onnipotencia.

Además se objetivan dinámicas familiares

inadecuadas que se repiten como contradicciones frecuentes en el discurso materno y una tendencia a resolver los conflictos desde la agresividad o las compensaciones materiales. Da la impresión de que hay una anulación de la parte afectiva y una gran dificultad para contener al menor desde lo emocional.

Nuestro paciente ha tenido siete ingresos hospitalarios, dos en el año 2016 y el resto en el 2017. Tras los ingresos el menor desarrolla un hospitalismo que dificulta seguir el ritmo en la UTE porque cada vez que existe una crisis solicita subir a la Unidad y la madre o él solicitan su ingreso. En estos últimos meses ha verbalizado el deseo de salir de casa aunque se muestra muy ambivalente.

En cuanto al tratamiento farmacológico se han hecho diferentes ensayos. Se empezó en el segundo contacto con Salud Mental con un antipsicótico (quetiapina) que al principio parece que contuvo algo pero no resultó suficiente. Se introdujo en una de las hospitalizaciones tratamiento antidepresivo y la impresión es que le dio un tono hipertímico. En la actualidad toma quetiapina 750 mg/día, clonazepam 4mg/día y venlafaxina 75 mg/día. Estos fármacos no acaban de resultar del todo efectivos en cuanto a calmar las ansiedades que le invaden.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Impresión general:

El aspecto físico de Morfeo es el de un niño mayor que el que corresponde a su edad cronológica. Es un joven alto, con ligero sobrepeso. Su vestimenta es adecuada aunque le sirve como tarjeta de presentación cuando “farda” de los complementos nuevos con los que con frecuencia viene a la unidad. A nivel de higiene y de alimentación es destacable su capacidad en relación con el resto de los niños de la Unidad, de hecho es en el momento de la comida cuando muestra su actitud más colaboradora y adecuada con el personal y con sus compañeros.

Relación con el examinador:

La relación con el examinador la establece desde la necesidad de dominio o control. Su actitud en la consulta con el terapeuta es en general dominante. Impone el ritmo y el contenido de la misma tolerando mal los silencios o las esperas. En algún momento ha llegado a mostrarse agresivo y a romper algún mueble de la consulta. Observamos diferencia en su relación con los adultos cuando está en individual y cuando está en grupo, le cuesta mucho tolerar la presencia de un tercero tanto adulto como sus iguales.

Funciones del Yo:

a) Autónomas: es un joven inteligente. Con buena orientación témporo-espacial. Curioso. Con un discurso fluido, con buen ritmo, en ocasiones soez y despectivo. En la motricidad grosera es algo torpe, también debido a su sobrepeso, en la fina no se objetivan dificultades.

b) Test de realidad y conciencia de los problemas: globalmente está conservada aunque en ocasiones parece no diferenciar claramente entre mundo interno y externo. Su capacidad para nombrar sus miedos y mostrarlos es muy baja, parece que su manera de expresarlo es a través de la violencia, de la provocación del miedo en el otro.

c) Mecanismos de defensa:

a. Escisión: tanto del mundo interno (escisión entre un Yo adaptativo-omnipotente y un yo anaclítico - regresivo) como del mundo externo (amigo “te quiero mucho” /enemigo “quítate de ahí que eres una mierda”)

b. Regresión: cuando se pone a llorar como un niño, a gritar “mamá”. Esto aparece cuando se limita la omnipotencia.

c. Identificación proyectiva: poner en el otro lo que no soportamos de nosotros: miedo.

Afectos:

Los afectos son limitados e intensos, pasa de un enfado desorbitado a una alegría casi eufórica. Da la impresión de que hubiese muy pocos momentos en los que Morfeo pudiese estar sereno y tranquilo.

Pulsiones y Fantasías:

Impresiona que persisten en él fantasías infantiles de omnipotencia y control quizás como manera de negar las angustias de castración, abandono y de rechazo que le invaden.

Super Yo e Ideal del Yo:

La impresión del equipo es que la ausencia de un padre o figura masculina con la que identificarse ha dificultado la instauración del Super Yo estructurante en su psiquismo. A los 6 años, momento en el que se está integrando el Super yo, se produce la desaparición del padre, un padre además vivido por la madre como un “hombre inestable y con una enfermedad mental sin diagnosticar”.

Self e identificaciones:

En el momento en el que se consolidan las identificaciones y el self, se produce la

desaparición del padre. Nuestra impresión es que queda un vacío a este nivel no existiendo figuras no persecutorias con las que el menor pueda identificarse y no existiendo en el menor los recursos suficientes para tolerar ese vacío.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS- DISCUSIÓN DEL CASO

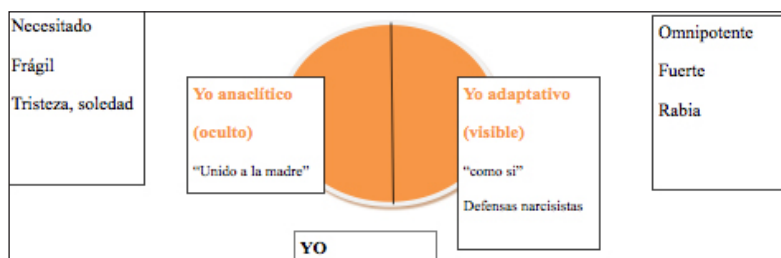
En cuanto a la estructura de funcionamiento mental de Morfeo:

Por lo anteriormente comentado situaríamos la estructura mental de Morfeo en una Estructura Mental tipo Límite.

Características de la estructura límite:

Identidad no integrada (difusión) vs Identidad fragmentada. Nuestra impresión es que en Morfeo no hay un derrumbe del self unitario como veríamos en un caso de estructura psicótica sino que lo que subyace a esas defensas omnipotentes que utiliza son fundamentalmente angustia de castración y angustias de abandono lo cual hace pensar más en el ámbito de lo límite o neurótico. Decimos que la identidad no está integrada porque hay un Yo escindido, en un Yo anaclítico (unido y dependiente de la madre) que está necesitado, es frágil y se manifiesta a través de la tristeza, y un Yo adaptativo que es el que vemos con más facilidad en Morfeo que es omnipotente, no necesita del otro y se defiende con la rabia. Hablaríamos por tanto de un funcionamiento “como si”, con un narcisismo que se organiza a partir de la herida narcisista que se produce ante la separación traumática vivida como abandono. Esto daría lugar a un manejo omnipotente de las relaciones para negar la necesidad de acompañamiento materno y dando lugar a una falsa identidad (preferible a la ausencia de identidad con sensación de muerte psíquica) o a una identidad de agresor como el caso de Morfeo. En este modelo de funcionamiento el tercero sería vivido como persecutorio por no haberse integrado adecuadamente en esa relación dual.

Figura 2 : Características de la estructura límite



Mecanismos de defensa primitivos. Los mecanismos de defensa que utiliza nos harían pensar también en un funcionamiento propio de la estructura límite.

+Escisión: “te quiero mucho” -te necesito-, “te odio hija de puta” -no te necesito, no necesito a nadie-. Desde la propia escisión del yo en un Yo anaclítico, todavía unido de forma simbiótica a la madre, y un Yo narcisista, adaptativo pero generalmente ineficaz.

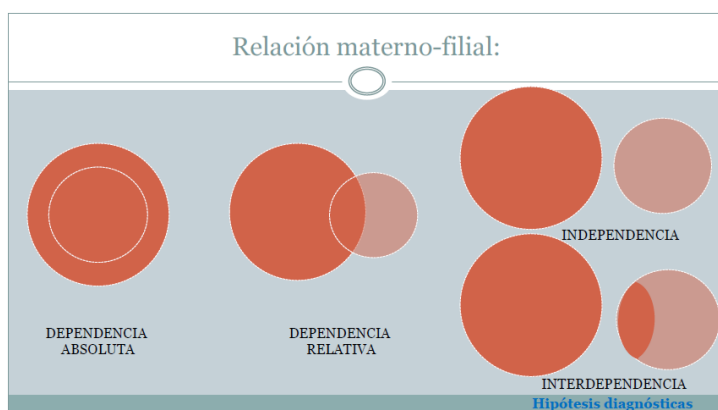
+Identificación proyectiva: poner lo malo que uno no puede tolerar en sí mismo en el otro y rechazarlo. En el caso del niño sobre el que estamos pensando utilizaría la identificación proyectiva como una forma de actuar el rechazo contra sí mismo. El miedo que él siente también lo pone en el otro.

Prueba de realidad. Está conservada aunque en los momentos de crisis se activa una desconfianza hacia nosotros que parece ser vivida casi como persecutoria. También parece que existe una percepción de las relaciones condicionada por esa vivencia del tercero como alguien amenazante y peligroso.

En cuanto a la relación materno-filial:

La hipótesis que barajamos en cuanto al entorno familiar es que no ha habido un ambiente facilitador que le haya ayudado a pasar de una dependencia absoluta a una relativa y de ahí a una independencia. Este proceso se ha producido de una manera traumática, sin que el niño tuviese el suficiente soporte psíquico para tolerarlo, quedándose enganchado a través de su Yo anaclítico a esa relación de interdependencia con su referente materno y desarrollando un Yo adaptativo que le ha ayudado a negar el dolor de esa separación o duelo pero que no le es suficiente para funcionar adaptativamente.

Figura 3: Relación materno-filial



Se puede entender que el grupo interno de este niño (entendiéndolo como la representación que tiene él de sus padres) se ha configurado en relación a un grupo externo muy desestructurado. Un padre enfermo, posiblemente psicótico, con problemas de consumo de tóxicos y al que el propio paciente define como “un hijo de puta” y con el que, no tiene relación desde hace años, y una madre que da la impresión de tener un funcionamiento límite, que no ha sido capaz de aceptar la separación o la salida de la simbiosis emocional y ha creado una relación de interdependencia con su hijo para negar el duelo por dicha separación, impidiendo el desarrollo del sí mismo genuino de Morfeo. Una hipótesis teórica del funcionamiento de la madre es que funciona operativamente, ejerce la “función maternal primaria” pero no la “preocupación maternal primaria” necesaria para el adecuado desarrollo psíquico. Les da alimento, cama, regalos, acude a las reuniones, funciona aparentemente bien pero no es capaz de darles la contención emocional que necesitan. Parece funcionar en un “como si” por imitación de lo que debe ser una madre. Esa operatividad dificulta que conecten con la parte emocional, débil, frágil, de manera que cuando estos sentimientos afloran se defiende de ellos actuando.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Deben ir dirigidas tanto hacia Morfeo como también hacia su madre, en espacios separados. Creemos que el modelo de funcionamiento de esta madre puede estar condicionado por duelos infantiles mal elaborados. Las intervenciones deben ir orientadas a buscar la virtualidad sana de la que habla Badaracco pero también a cortar esa omnipotencia destructiva que le domina, ayudarle a tolerar la castración porque esa castración de alguna manera le ayudará a superar el Edipo y seguir avanzando.

Objetivos terapéuticos:

- Intentar entender e interpretar desde dónde se produce la agresividad y romper la relación agresividad-rechazo. Cortar la agresividad cuando empieza a ser destructiva pero darle un sentido y tratar de ponerle palabras a lo que él actúa.
- Ayudarle a construir un espacio transicional (capacidad para estar solo de Winnicott) que le permita tolerar la fragilidad.
- Favorecer la expresión emocional y el

reconocimiento de sentimientos más neuróticos y adaptados (tristeza, soledad) y acompañarle. Y ayudarle también a percibir y tolerar los sentimientos contrapuestos: ambivalencia.

- Tratar de pasar de relaciones vinculares ambivalentes a relaciones vinculares seguras.
- En definitiva ayudarle a que pueda escribir su propia historia, a que encuentre o construya su yo genuino.

COMENTARIO CLÍNICO DE FRANCISCO PALACIO ESPASA SOBRE EL CASO

Se trata de un caso borderline grave con el típico funcionamiento proyectivo, actuador y agresivo. Presenta un yo anaclítico, con cierta capacidad para mantener una interdependencia, pero con la vivencia del tercero como perseguidor. La parte adulta busca el vínculo, mientras en la parte infantil predomina la fantasía destructiva. Por eso es tan importante el manejo de la agresividad que muestra el paciente. Aceptamos la transferencia negativa, pero no la agresión actuada, que es destructora, y a la que debemos poner límites. Se trata de evitar confirmar su fantasía infantil de destrucción omnipotente, por la que puede pensar que es él quien ha destruido las figuras masculinas que han ido desapareciendo en su historia. Se trata de poder hablar con él de esa transferencia negativa, a fin de poder entenderlo mejor, evitar consecuencias peores y tener una confianza que permita crear una alianza de

trabajo. Llamar "hijo de puta" al padre le crea más culpa y castigo. Conviene dirigirse al lado adulto, "¿Qué quieres ser?". Limitar la omnipotencia infantil es importante, es la que crea la disociación y, a la postre, el masoquismo y ser castigado. Para que el personal educativo pueda tolerar mejor los aspectos agresivos conviene poder elaborarlos grupalmente, siempre que sean tolerables. También conviene saber qué vida hace fuera de la UTE, ya que ahí es donde presenta más crisis. La madre parece establecer una relación simbiótica, con una sobreprotección que confunde al chico y una gran ambivalencia. Poder situar de dónde procede esta ambivalencia nos ayudaría, pero no parece fácil la colaboración con ella, y "cuando no se puede avanzar volando, se avanza cojeando, porque no está escrito que cojear sea pecado".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Palacio-Espasa, F. y Dufour, R. (2003). *Diagnóstico estructural en el niño*. Barcelona: Herder.
- Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Granica.
- Winnicott, D. W. (1979). La preocupación maternal primaria. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- García Badaracco J. E. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.

TRAMAS DE LA CONSTITUCIÓN SUBJETIVA Y LA COMPLEJIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE NIÑOS DESDE UN ENFOQUE RELACIONAL

PATHS OF SUBJECTIVE CONSTITUTION AND THE COMPLEXITY OF CHILD DIAGNOSIS FROM A RELATIONAL APPROACH

Alejandra Taborda* y Agustina Labin**

RESUMEN

Este trabajo amplía uno precedente. Aporta al abordaje del diagnóstico y sus enlaces con las vicisitudes de la recomendación terapéutica; en términos de diferenciar entre dificultades por déficits, conflictos o reconstrucciones subjetivas en curso.

Para trazar ejes conceptuales que delinear estas diferencias, como figura didáctica, puntualizamos observables evolutivos, organizados en torno a las primeras ligazones amorosas, un segundo tiempo de diferenciaciones amorosas y un tercero de descubrimiento de la alteridad del otro. Observables que se constituyen las capas profundas de la mente, coexisten y transforman a lo largo de la vida. En pos de señalar la importancia de elaborar diagnósticos que den cuenta de lo constituido y sus transformaciones, de déficits y/o dificultades nos focalizamos en la niñez. Dos supuestos básicos guían esta presentación; en la vida de una persona el diagnóstico nunca resulta neutro, es terapéutico o iatrogénico, tanto desarrollo como trauma devienen en la dimensión relacional intersubjetiva.

Palabras claves: infancia, constitución subjetiva, psicodiagnóstico

Networks of Subjective Constitution And the complexity of the diagnosis of children from a Relational Perspective

ABSTRACT

This work expands one precedent. It contributes to the approach of the diagnosis and its links with the vicissitudes of the therapeutic recommendation; In terms of differentiating between difficulties due to ongoing deficits, conflicts or subjective reconstructions.

As a didactic device, we decided to consider developmental aspects observable across childhood in order to outline core concepts that allow us to improve our analysis of these aspects. Said observable developmental aspects relate to the first affectionate bonds, a second stage of affectionate differentiations and a third stage of the discovery of otherness. These dimensions are pointed out as emergent in the frame of complex networks of nonlinear subjective constitution processes. These observable developmental aspects exist in the deep layers of our minds, coexist and transform along life. In this work, our descriptions focus on the first two dimensions. Our purpose is to highlight the importance

* Doctora en Psicología. Prof. Adjunto de la UNSL. Directora del Proyecto de Investigación: Psicoterapia Psicoanalítica de grupo N.º 22H534. Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis –Argentina.

** Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis –Argentina.

of making diagnoses that account for what is established and its transformations, deficiencies and/or difficulties. Two basic assumptions guide this presentation: that in a person's life, a diagnosis is never neutral; it is either therapeutic or iatrogenic, and that both development and trauma occur in an intersubjective relational dimension.

Key Words: childhood – subjective constitution – psychodiagnostic

Desde hace algunas décadas, los desarrollos psicoanalíticos se enfrentan al desafío de dilucidar qué aspectos de la teoría quedan abrochados al modo en que se pautaba la constitución subjetiva en el siglo XIX y XX y cuáles los trascienden para poder dar respuestas a las problemáticas actuales, así como, responder al reto de efectuar ampliaciones teóricas referidas a los efectos estructurantes de la dimensión relacional a lo largo de la vida. En sentido estricto no existe mente aislada, tanto desarrollo como trauma devienen en la dimensión relacional intersubjetiva contextual e históricamente situada (Bleichmar, S. 2016; Coderch y Plaza Espinosa, 2016; Dio Bleichmar, 2015; Muller, 2009).

Desde este enfoque, los invitamos a poner la mirada en las constelaciones intrapsíquicas que se configuran en el transcurrir de la primera infancia y la niñez, desde la intersubjetividad primaria a la terciaria, inmersas en la vida íntima de la matriz relacional, con sus peculiares tramas interactivas, recíprocos intercambios, espejamientos e influjos no lineales. El devenir humano se configura en las complejas correlaciones entre las propiedades genéticas y congénitas, experiencias vividas y múltiples combinaciones conscientes e inconscientes que de ellas surgen. La autoestima, recursos de apaciguamiento, capacidad deseante, modalidades de desear y sus contenidos temáticos, dominancia, concordancia y contradicción entre ellos, sistema de alerta, tiempo de espera de la resolución del displacer, angustia de desintegración y fragmentación, triunfos y avatares, son estructurados en dicho interjuego. H. Bleichmar (2015) refiere que en diferentes marcos teóricos se explica la importancia del espacio relacional en la configuración de las funciones psíquicas y presenta un aporte superador al señalar que la función deseante tiene su génesis e historia en las relaciones con los otros. El núcleo inicial con que el nacemos, requiere ser desarrollado, su energía no está limitada a sus orígenes y, sus formas de manifestación no están preformadas para luego desplegarse o reprimirse. Lo del otro adquiere existencia en el niño a partir

de dos procesos básicos: la identificación y efectos estimulantes/estructurantes que su actividad genera en las constelaciones internas. Desde esta perspectiva, proceso de separación, constitución psíquica y subjetiva se interpenetran en convivencia dialéctica con los procesos de identificación, consonantes con la capacidad de querer, empatía, vivacidad, disponibilidad, capacidad negociadora de los adultos que conforman la red vincular encargada de los cuidados del niño. Tales efectos quedan registrados como recuerdos, función, capacidad de poner en acto, de ejecutar una cierta actividad y en lo profundo de nuestros sistemas biológicos, fisiológicos, intrapsíquicos y relacionales. Según esta línea de pensamiento, para arribar a la complejidad del inconsciente es necesario distinguir entre: a) Lo originariamente inconsciente, aquellas inscripciones que directamente se realizan en el inconsciente, sin que existan mediaciones conscientes. Se trata de inscripciones generadas por la acción del otro que transmite ciertas representaciones cargadas de afecto, sin que ello haya pasado por la consciencia de uno ni de otro protagonista. Gran parte de los intercambios emocionales presentes en las interacciones entre el sujeto y otros significativos tienen esta cualidad. El inconsciente de procedimiento, no reprimido, se encuentra inscripto en el cerebro, predominantemente en el hemisferio derecho, a modo de innumerables redes y neurocircuitos que al activarse e interconectarse entre sí dan lugar a las emociones, representaciones, recuerdos y pautas de relación que dirigen nuestro pensamiento y comportamiento, aunque la mayoría de ellos no lleguen a hacerse conscientes. b) Lo secundariamente constituido, corresponde a aquello que habiendo estado en primera instancia en la conciencia fue relegado al inconsciente por la angustia que producía su permanencia. c) Lo no inscripto en el inconsciente o lo no constituido, “el código de peligro produce la no inscripción de ciertas representaciones del código de placer” (Bleichmar, H., 1997, p.150). Los sujetos para quienes el mundo fue registrado como peligroso y ellos como impotentes, no tiene inscripción de representaciones de los objetos como apetecibles, protectores y la representación de sí como valiosa. Cabe hacer notar que es muy diferente entender que un contenido se constituya en la mente del sujeto como objeto de deseo y que por culpa, persecución o conflicto lo reprima y funcione como si no existiera; a que ese contenido no se inscriba. Asimismo, los primeros años son fundacionales y configuran relevantes puntos de anclaje de la identidad. Investigaciones neurofisiológicas,

certifican que las experiencias emocionales del niño durante los primeros 18 meses –edad en la que no se ha iniciado la mielinización del cuerpo calloso ni la maduración del hemisferio izquierdo al ritmo del derecho- permanecen inscriptas en el hemisferio derecho, formando un self implícito no verbal y solo se puede llegar a ellas a través de nuevas experiencias emocionales (Schore, 2011; Tronick y Gianino, 1986). En palabras de Coderch (2012) “nos hallamos cabalgando continuamente a lomos de la memoria de procedimiento (inconsciente implícito no reprimido) en la que se acumulan experiencias, aprendizajes, emociones, pautas, formas de estar con otros y comportándonos de acuerdo a este saber prereflexivo” (p.130).

Los movimientos progresivos/ regresivos y las múltiples combinaciones conscientes e inconscientes de la experiencia vivida, trascienden la primera infancia, porque -a lo largo del transcurrir vital- con el respaldo de la plasticidad neuronal los encuentros con otros, con el mundo cultural y natural tienen la capacidad de producir nuevas inscripciones que inducen cambios en el interior del psiquismo y por ende, en la relaciones con los otros. En el interjuego relacional de un entorno favorecedor y proveedor de experiencias saludables es relevante que la respuesta reflejante del o los otros significativos resulte simultáneamente congruente con el sentimiento vivenciado y “marcada” para señalar que el estado mental es comprendido y compartido, pero de una manera distinta, que su experiencia de tal vivencia o estado mental no es exactamente igual, es otra versión. La marcación de la diferencia permite la internalización de la experiencia elaborada y transformada en tolerable. Paradójicamente, esta dinámica se emplaza entre la repetición del determinismo que las dimensiones relacionales intersubjetivas construyen y la posibilidad de crear, recrear intrasubjetivamente experiencias vividas en múltiples mixturas que darán lugar a lo particular, con sus márgenes de libertad.

Para trazar un eje conceptual que permita agudizar nuestra mirada sobre las construcciones que devienen entre las primeras ligazones amorosas, un segundo tiempo de diferenciación amorosa y el descubrimiento de la alteridad del otro recurrimos, como figura didáctica, a puntualizar diez hitos evolutivos. Dimensiones que son señaladas como emergentes en el marco de la complejidad de procesos no lineales de la constitución subjetiva. Cada uno de ellos, a lo largo de nuestras vidas, con inacabados movimientos progresivos/regresivos en el que cada

nuevo paso convoca, reorganiza, provee, reconstruye el modo de ser y estar en el mundo con otros y consigo mismo. Realizada la salvedad precedente procedemos a puntualizarlos, incluimos en el primer tiempo de ligazón amorosa: 1) el mundo de representaciones imaginarias de la preconcepción; 2) la elaboración de la pérdida de la vida intrauterina y su par complementario tomar la vida y 3) los primeros progresos en los procesos de discriminación. En el segundo tiempo de diferenciación amorosa ubicamos: 4) la capacidad de realizar el primer acto de posesión, de representar, de crear espacios intermedios que se expresa en la posibilidad de ligarse a un objeto transicional; 5) los procesos de diferenciación entre personas y objetos conocidos o desconocidos; 6) los pasos hacia la autonomía motriz, la exploración y el conocimiento de los riesgos; 7) el desarrollo de la capacidad de estar a solas sin sentirse abandonado. En el tercer tiempo de descubrimiento de la alteridad del otro consideramos: 8) la discriminación entre lo mío, lo tuyo, lo nuestro que pone en juego tanto el amor a sí mismo y a los otros como el descubrimiento de la diferencia de sexo y primeras elecciones constitutivas de la identidad de género; 9) el descubrimiento de la privacidad de la mente y el resignar que otros piensen por él y en él; 10) el pasaje de las leyes y mitos familiares a las múltiples legalidades. Compartir con otros tolerando las diferencias.

Las constelaciones internas señaladas, constituidas a modo de capas que se entretajan, conforman un caleidoscopio para analizar la dinámica involucrada tanto en las vicisitudes que presenta el desarrollo evolutivo como en las configuraciones de diversas dificultades.

En este capítulo, en pos de delinear un marco teórico que permita repensar el diagnóstico en la niñez con las necesarias diferenciaciones entre dificultades que expresan déficits en la constitución psíquica de las que refieren conflictos posteriores, propios de un psiquismo que cuenta con recursos internos. Las perturbaciones por déficits se centralizan, con diversos grados de profundidad, en el transcurrir de las primeras ligazones amorosas y lo que hemos denominado tiempo de diferenciación amorosa.

El recorrido presentado es simultáneamente extenso por el número de páginas incluidas y breves en las descripciones de las vicisitudes del crecer. La complejidad imbuida en el transcurrir de la infancia y niñez trasciende la posibilidad de ser abarcada en un artículo que podemos entenderlo como una invitación a seguir profundizando.

PRIMER TIEMPO DE LIGAZÓN AMOROSA

El mundo imaginario de las representaciones de la preconcepción

Mucho antes de anunciarnos en el vientre materno nacemos en la mente de otros; otros que en ocasiones van más allá de los padres para incluir abuelos, tíos, a toda la familia extensa que a su vez encarnan la transmisión de los mandatos sociohistóricamente contextualizados. Desde esta perspectiva, acuñamos el concepto de función materna ampliada o madre grupo como una extensión del concepto de función materna, para incluir tanto a la madre o su sustituto, como al grupo encargado de sostenerla y duplicar los cuidados que recibe el bebé. Si bien en la díada mamá-bebé vemos dos, hay muchos más que dos. En el psiquismo del bebé estarán presentes tanto el cuidado concreto como la trama relacional que se configura en los intercambios emocionales entre todos y cada uno de los participantes emplazados contextualmente (Daher y Taborda, 2013). Para constituirse en un medio proveedor y facilitador del desarrollo del niño, se requiere del vívido reconocimiento, en términos de Benjamin (1996), tanto de él como de sus padres y cuidadores. Como los cuidadores miran al niño y se miran entre ellos, como experimentan y conciben el placer y el dolor, como se ven a sí mismos ejerciendo la función parental forman parte de la concepción que el sujeto arma de sí.

Recortemos la mirada en los progenitores y detengámonos en los niños de alrededor de tres años para ponernos en contacto con los orígenes del deseo de tener un hijo. Podemos verlos jugando a cuidar, arropar, acunar, educar a un muñeco predilecto, una mascota, a un otro más pequeño, más vulnerable. ¿Por qué surge este comportamiento? El descubrimiento de la privacidad de la mente y progresos en el lenguaje hacen que el tiempo de ser adivinado sin palabras, esos primeros tiempos comiencen paulatinamente a quedar atrás o tenga menos pregnancia y habite las capas profundas de la mente para resurgir sólo en algunas situaciones. Estos descubrimientos conllevan despedidas y nuevas adquisiciones que implican diversos entramados identificatorios. Despedirse en lo manifiesto del bebé se conjuga con el deseo de ser grande y cuidar a otro permite reorganizar la capacidad de observar-observarse, querer-quererse, construir-construirse en el interjuego de introyecciones, proyecciones e identificaciones.

Luego, en el transcurso de la niñez y adolescencia, por diversas reconstrucciones que la complejización evolutiva propulsa, vuelve a surgir el deseo de un hijo. El

descubrimiento de lo infinito de la dimensión del tiempo conlleva a reconocer la muerte, con la angustia que ello implica. En estos escenarios se vislumbra la dimensión transubjetiva y nuevamente surge la posibilidad imaginaria de un bebé plausible, ahora con el legado central de que nos trascienda, precisamente a partir de la adolescencia. Desde esta óptica, paradójicamente se emplaza el reconocimiento de la incompletud ontológica -necesito de otro- y la ilusoria fantasía de vivir a través de otro.

La presencia en el vientre materno desencadena intensos movimientos en el mundo de las representaciones maternas y, de estar presente, también paternas con sus similitudes y diferencias (Ammaniti y Trentini, 2011; Grimalt y Heresi, 2012). El devenir madre se realiza al compás de las transformaciones corporales. Investigaciones recientes dan cuenta que en los últimos años, se diversifican las modalidades subjetivas de vivir y expresar la paternidad acompañados de nuevas lecturas de su función. Se pone en valor la disposición tanto de sostener y acompañar a su pareja, como proteger y criar a su hijo/a. Con diversos matices, el padre deposita la confianza de que otro cuide y comunique los estados que el crecimiento intrauterino del bebé promueven, con los concomitantes sentimientos de inclusión-exclusión que esta realidad genera. En ambos padres se conjugan deseos de trascender y tener algo propio; de duplicarse, reflejarse y ampliar los ideales; renovar viejas relaciones; reelaborar la relación con la propia madre/padre; concretar sueños y oportunidades perdidas. La función del padre no es secundaria a la de la madre, sino todo lo contrario, en el mejor de los casos ambos se complementan para configurar la red vincular capaz de favorecer el bienestar y desarrollo del niño (De Aguiar, Santelices y Pérez, 2009; Nieri, 2012). La historia de cada uno de los padres y de ellos como pareja le otorgará un lugar particular al niño y tallará deseos e ideales puestos en él. En el interior de la mujer y frecuentemente entre los progenitores o sustitutos se gesta otra vida y con ello una estructuración de la identidad como mujer, como hombre, como futura madre o futuro padre, como pareja de su compañero/a, como trabajador/a, como hija/o de sus padres y como miembro de la cadena intergeneracional de su familia y especie. En paralelo a la gestación se conjugan imágenes, temores, esperanzas sobre el bebé como hijo propio y de la pareja, como nieto de sus propios padres, como individuo con su propio temperamento, apariencia y porvenir para dar lugar a las representaciones mentales parentales. Así, al parto concurren al menos tres bebés: el

bebé de los sueños de la infancia y adolescencia, el bebé imaginado durante la gestación y el bebé real (Brazelton y Cramer, 1993; Stern, 1991; Stern, Bruschweiler-Stern y Freeland, 1999).

Elaboración de la pérdida de la vida intrauterina y su par complementario tomar la vida

La experiencia de nacer se puede presentar con diversas vicisitudes. Sinteticémosla en tres, los partos que no presentan problemas y conllevan la experiencia de poder dar y tomar vida, aquellos que si bien tienen dificultades la recuperación materna y los cuidados tempranos pueden sanearlas y los que dejan marcas difíciles de revertir. La bibliografía psicoanalítica, por ser una experiencia cercana a la muerte, se inclinó a pensarlo como un trauma (Obaid, 2012; Rank, 1924/1991). En cambio Moreno (1966), lo describe como un acto de creación que instala el yo puedo. Tomamos estos aportes contrapuestos, traumatismo-creación, para señalar que, a nuestro entender, el parto que no presenta dificultades y el que las presenta en grados tolerables, yuxtapone ambas vivencias. Estudios de las dimensiones relacionales realizados desde las neurociencias han demostrado que durante el nacimiento, se segregan hormonas que impregnados de opiáceos los sistemas corporales de la madre y el bebé. La oxitocina -hormona del amor- y las endorfinas, conforman un complejo hormonal facilitador que al conjugarse con procesos subjetivos de reconocimiento puede favorecer el cuidado y la relación de apego (Odent, 2002).

El nacimiento interrumpe el estado de completud, todo cambia y el bebé se enfrenta con su primera conquista vivir y también su primera pérdida, su primer duelo. No sólo todo cambia, el ser humano nace en un estado tal de indefensión, que su desarrollo depende del encuentro con otros capaces de proveerle cuidados, en cierto sentido, similares a los que tuvo en el vientre materno, dado que la posibilidad de esperar aún no está presente. ¿Por qué no se puede esperar? Porque en los primeros momentos vitales no se puede mantener la esperanza de que ya vendrá, todo pasa en el aquí y ahora. No se puede discernir que la madre grupo que frustra es la misma que gratifica e integrarla, para el bebé es buena o caóticamente mala. El bebé viene de habitar un mundo, en el cuerpo de su madre, donde la regulación de estímulos luminosos, sonoros; las necesidades alimenticias, térmicas y de sostén están satisfechas, la dimensión tiempo presente-ausente recién luego del parto irrumpe en la relación. Por la inmadurez con que se nace todo lo que provoca

sensaciones placenteras o displacenteras genera un proceso mental primitivo, rudimentario, que las ubica como efecto de una causa intencionada. El bebé lo vive como “me da placer” o, por el contrario, “me daña”, “me quema”, “me estruja”. Como se dijo previamente, aún la esperanza del reencuentro no ha podido configurarse y toda ausencia es vivida como presencia maléfica. Los estados de necesidad como el hambre, frío, sueño, despiertan las más penosas vivencias de aniquilamiento, sofocación, ahogo y desdicha (Del Valle Echegaray, 1990).

Si bien los niños nacen con una motivación intrínseca para comunicar y compartir significados con otros (intersubjetividad primaria), aproximadamente durante las doce primeras semanas de vida aún no se singulariza una persona como figura de apego (fase de inicio o de preapego) (Sadurní Brugue, 2008). Poco a poco y con muchas idas y venidas, se va configurando una red de conexiones y emergen las primeras impresiones repetidas del olor, gusto de la leche, temperatura de su cuerpo, respiración, latidos del corazón, voz y mirada que se van integrando y diferenciando. El acto de alimentar trasciende el hecho de succionar y proveer leche; es un momento de encuentro y mutualidad, de placer de recibir/dar, descubrirse/descubrir, incluye la totalidad del cuerpo y configura un ordenador del desarrollo en sentido amplio. Cuidados preverbales que configuran el self implícito del cerebro, representante del sustrato biológico del inconsciente dinámico.

La comunicación interhumana mímica, rítmica y sonora transmite los primeros sentimientos de seguridad/inseguridad. Winnicott (1950) señala que la psique comienza como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico. Durante los primeros meses, el bebé es el ambiente y el ambiente es el bebé, los procesos de discriminación adentro-afuera, interno-externo son incipientes por lo que depende absolutamente de la adecuación de los adultos a su prematuridad; reflejada en el modo en que se lo sostiene, manipula y promueve su capacidad para relacionarse con el mundo. La manera en que se lo toma en brazos está relacionada con la capacidad de identificarse con él, de saber qué siente para así proveerle un sentido de continuidad, existencia, de ser uno. Sostenerlo psíquica y físicamente constituye un elemento básico en el cuidado, cuando esto no sucede adecuadamente queda inmerso en una angustiosa sensación de desintegración, de caer interminablemente y la realidad externa no puede usarse como reaseguro. Los brazos que sostienen “arman” al bebé, lo contienen

de sus movimientos todavía poco coordinados y de las descargas que se producen a través de la musculatura; lo cual le permite descubrir los límites de su propio cuerpo, de su piel como un órgano de contacto entre el afuera y el adentro. Cuando la madre grupo manipula tiernamente el cuerpo del bebé, lo acuna, alimenta, cambia, cuida en sus ciclos de sueño y vigilia, favorece el desarrollo de la integración psicósomática. Lo cual se traducirá en capacidad de disfrutar de las experiencias de su funcionamiento corporal, vivencia de ser, logro de adecuado tono y coordinación muscular; sienta bases de la alegría de vivir, esperanza y, paulatinamente, de guardar una imagen interna de los cuidados recibidos que permitan imaginar soluciones frente a dificultades tolerables (Schorer, 2008).

El bebé es un participante activo ¿Cómo participa? Se relaja, sonríe, con su cuerpo recorre las curvas del cuerpo de quien lo abraza hasta quedar pegados centímetro a centímetro, se amolda, incorpora, comunica lo apacible del contacto. La introyección de la delicadeza de los cuidados tempranos recibidos, del conjunto de funciones de protección, sostén, acompañamiento y consuelo configura las primeras ligazones amorosas, la capacidad de soñar despierto, la paulatina regulación de sus ritmos y progresivo incremento del interesado contacto visual, auditivo, muscular con la realidad externa. Quienes pueden dejarse enseñar por lo que él bebé transmite sienten ternura, encanto, alegría por producirle placer, por apaciguar sus angustias. Cuando los cuidados no son lo suficientemente buenos estamos frente a la privación emocional, en la que es posible que se ocasionen diferentes niveles de bloqueo en la construcción de la capacidad de relacionarse consigo mismo, identificarse con otros y, posteriormente, de ponerse en el lugar del otro. La privación emocional lleva a fabricar un caparazón que oculta el verdadero self detrás del falso self que, en su extremo psicopatológico, provoca una sensación de vacío, futilidad e irre realidad.

Los primeros progresos en los procesos de discriminación

Los procesos relacionales intersubjetivos de discriminación se complejizan, él bebe se torna un interlocutor más activo que deliberadamente busca influir en el otro, aun en el marco de la dependencia absoluta que caracteriza estos primeros trayectos vitales. Las interacciones corporales manifiestas y escondidas continúan armando los equilibrios homeostáticos supraindividuales, madre y bebé prosiguen regulándose

recíprocamente. Regulaciones que impactan en el sistema inmunitario, la leche incide en la frecuencia cardíaca, el contacto táctil en la temperatura y nivel de actividad, la estimulación vesicular por acunamiento en el equilibrio emocional y la conducta motriz. Los correlatos entre fisiología, emociones y biografías dan lugar a historias psicósomáticas singulares en las que cuerpo, memoria emocional y sentimientos de seguridad se entrelazan. Correlatos que entretejen la vida psíquica y somática y ponen en evidencia la necesidad de dejar atrás concepciones de cuerpos sin mentes o mentes incorpóreas flotando en la nada. Estudios recientes muestran que las caricias maternas estimulan la actividad del surco temporal superior derecho referido como “cerebro social”. Hallazgo que marcan interrelaciones entre tiernos cuidados corporales y futuros procesos de mentalización que habilitan la vida interior e interés por los estados mentales de los demás, a lo que se suma el funcionamiento de las neuronas en espejo (Brauer, Xiao, Poulain, Friederici y Schirmer, 2016).

Paulatinamente, comienza a vislumbrarse una segunda fase de apego en formación que abarca aproximadamente entre los 2 y 6 meses. El gran descubrimiento es el enlace diferenciado con el cuidador a quien prefiere, sigue con la mirada si se mueve, sonríe y balbucea aún más cuando él le habla. El bebé sólo puede implementar algunas conductas propias de apego y seguimiento, entre ellas llanto, sonrisas, vocalizaciones y se especializa en nuevas sincronizaciones, generalmente desplegadas en espacios lúdicos. Todas ellas en consonancia rítmica con las expresiones faciales, postura y tono de la voz del adulto, vehículos esenciales de las comunicaciones de apego (Bowlby, 1989).

En consonancia -desde caracterizaciones neurobiológicas de las comunicaciones afectivas bidireccionales implícitas incluidas en los protodiálogos-Trevarthen (1990), describe mensajes táctiles, corporales, visuales coordinados ojo a ojo y, vocalizaciones auditivas prosódicas que sirven como canales de señales comunicativas e inducen efectos emocionales instantáneos. En este marco, el núcleo afectivo básico del self comunica sus estados psicobiológicos subjetivos a través de protoconversaciones intersubjetivas coordinadas preverbalmente (Schorer, 2005). El procesamiento diádico implícito de estas comunicaciones no verbales, presentes desde los inicios, son producto de las operaciones del cerebro derecho del niño interactuando con el hemisferio derecho de la madre. Este hemisferio es dominante en la comunicación emocional y el imprinting o mecanismo

de aprendizaje que subyace al apego (Johnston y Rogers, 1998). Las experiencias de apego, se inscriben en el cerebro derecho e imprimen un modelo de trabajo interno -implícito no consciente- de estrategias de regulaciones del afecto. Al compás de estos procesos se arma el self -estructura psíquica expresada a través de un sentimiento sano de mismidad, autoestima y bienestar- que sienta sus bases en sustratos primariamente biológicos que al involucrar al cuerpo se experimentan como sentimientos. Cabe reiterar, no es un constructo mental, es un hecho corporal que equivale a ser consciente de los afectos y estar en contacto inmediato con ellos (Ávila Espada, 2014).

En este momento y por un tiempo más, el placer de “tener” es equivalente al placer de “ser” y a través de él se configuran los cimientos del logro de la confianza básica que permitirá percibir y enfrentar en forma creciente los ciclos que alternan entre estados de necesidad, ausencia y displacer, con aquellos de presencia, consuelo, cuidado y placer. Las actividades de autoconsuelo, como por ejemplo, chuparse el dedo o el puño, marcan las primeras formas de la capacidad de representar del niño. Precisamente, es el plus de placer que estas actividades proveen lo que posibilita la aparición de la realidad psíquica propiamente dicha. También es cierto que los bebés inadecuadamente cuidados exacerban y prolongan estas conductas en el tiempo. El autoconsuelo surge como defensa para proveerse precozmente autosostén y autoregulación con sus correlatos en la mente expresados a través del refugio en el sueño excesivamente profundo, la disociación, alucinación onnipotente y alternancia con estados de desazón, todos ellos signos de sufrimiento temprano.

Alrededor de los cuatro meses de vida, con los sustratos que precedentemente señalamos, se complejizan las actividades mentales, tales como las representaciones simbólicas, fantasías, actividades lúdicas, los recuerdos, las primeras integraciones presente y pasado. Inician fluctuantes progresos que permiten que los olores, los sonidos, la visión, las sensaciones táctiles, comiencen a integrarse en un todo. Lo cual se hace extensivo a la percepción de las personas que lo cuidan y así la madre que frustra comienza a ser, en la mente del niño, la misma persona que en otro momento gratifica, además empieza a visualizar que en la vida de su madre hay otras personas. Se perfila un segundo tiempo que hemos denominado de diferenciación amorosa, signado por movimientos de integración, representación e incipientes preocupaciones por los efectos de su conducta en el otro.

SEGUNDO TIEMPO: EL PAULATINO PROCESO DE DIFERENCIACIÓN AMOROSA

Capacidad de realizar el primer acto de posesión

El niño empieza a jugar, primero con su propio cuerpo y luego con los objetos, disfruta de chupetear, de mover y mirar sus dedos y manos, de sujetar un objeto externo para explorarlo, para acercarlo/alejarlo, esconderlo/encontrarlo, tomarlo/arrojarlo voluntariamente, para conocerlo no sólo con su boca sino también con sus ojos. En esta etapa, esconderse es su actividad lúdica primordial, aparece y desaparece detrás de una sábana, una tela, abre sus ojos/los cierra, puede perder/reencontrar. Este juego universal irá tomando diferentes formas a lo largo de su desarrollo, con un doble carácter placentero y facilitador de la elaboración de diversas angustias que surgen al compás de la paulatina complejización de la integración perceptiva y mnémica. La ausencia vivida como presencia maléfica empieza a quedar atrás para habitar las capas más profundas de la mente. Los referidos progresos en los procesos de integración y discriminación, conjuntamente con la creciente capacidad para manipular y relacionarse con los objetos, sientan las bases para la aparición de lo que Winnicott (1992) describió como objeto transicional. El mismo se constituye en un hito del desarrollo, dado que es el primer acto de posesión que se realiza, representa a la figura materna y se configura en una compañía, por lo que puede persistir en la niñez a la hora de acostarse, en momentos de soledad y al enfrentar nuevas situaciones que generan temores. Paradójicamente, este objeto no proviene del exterior ni del interior, sino de su propia creación que abre un espacio virtual, un área de ilusión entre el infante y el reconocimiento del mundo exterior, todo ello sustentado en la introyección de la delicadeza de los cuidados recibidos. Para crear los prerequisites del objeto transicional es necesario que el adulto con sus cuidados organice las constelaciones amorosas y humanice con su lenguaje preverbal y verbal los objetos, los momentos que lo rodean, lo cual sólo es posible en la medida en que el niño se constituya en un objeto de amor para sus cuidadores. Las acciones concretas del adulto pueden devenir en fuentes perturbadoras o, por el contrario, ofrecer la oportunidad de investimentos colaterales que crean potencialidades sublimatorias. En consecuencia, es posible diferenciar entre un tiempo de primeras ligazones y un segundo tiempo de diferenciación amorosa, donde el otro se constituye en una persona

de amor propiamente dicha y es el objeto transicional el que surge en este transitar como una intermediación entre el sujeto y el otro que implica la representación mental de sí mismo y de sus cuidadores -en niveles implícitos sensoriales, sustitutivos y representacionales-. Por lo tanto, es el primer intermediario que plantea una triangulación amorosa que indica la capacidad de amar simultáneamente a más de un persona. No es parte de su propio cuerpo, ni del cuerpo del otro, de este modo, marca importantes pasajes en la integración de la representación mental de sus cuidadores. Cabe subrayar que el objeto transicional nos permite inferir que en el niño se estableció la capacidad simbólica de representar, de crear lugares mentales intermedios que permiten habitar multiplicidad de “entre”. Tengamos en cuenta que crecer transcurren en estos espacios intermedios, en un “entre tú y yo”, “entre la certeza y la duda”, “entre el jugar y el aprender”, “entre la alegría y la tristeza”, “entre los límites y la transgresión”, “entre lo dicho y lo no dicho”; “entre tú, yo y el mundo” o “entre...” Lo transicional no es el objeto en sí, el objeto representa la transición del bebé cuando pasa del estado de unión con la madre al estado de hallarse en relación con ella como algo exterior y separado. Poco a poco delimitar su individualidad y progresar en sus posibilidades de representar mentalmente, permite continuar los trayectos de separación. Ahora cuenta con un dedo que puede chupar y consolarse, con un objeto transicional, juegos, leales, con la incipiente capacidad de representar.

Complejización de los procesos de diferenciación entre personas y objetos conocidos o desconocidos

Cerca de la segunda mitad del primer año de vida el bebé inaugura nuevas modalidades de salir del cascarón, de separarse para explorar y relacionarse. Jugar a dejar caer objetos se configura, según Winnicott (1954), en un indicador de que el proceso de separación e instauración de primeros ritmos puede comenzar. Así, el niño comunica su capacidad de poder liberarse-separarse, consecuentemente, aparecen preocupaciones respecto a los efectos que tienen sus actos en los otros y, con ello, el comienzo del reconocimiento de la existencia de ideas y fantasías relacionadas con sus acciones. Las expresiones agresivas son tolerables cuando el niño ha logrado el acceso a la capacidad de reparación, dado que ella se conjuga con los movimientos iniciales de la posibilidad de preocuparse por el otro, que en este momento vital son la madre y sus duplicadores. Estos primeros movimientos de preocupación por el otro reflejan la posibilidad de

integrar a su madre, a él mismo y a otros como personas completas, con el consecuente desarrollo de la capacidad de dar, producto de los incipientes reconocimientos de lo bueno y malo que habita en su interior. La agresividad es necesaria para descubrir el mundo externo, se constituye como condición para las nacientes pluralizaciones del reconocimiento de la realidad del objeto separado del self conduce y progresivamente al logro de la mismidad, autonomía, autoconciencia e integración, equivalente al “yo soy”. Agresividad, separación, integración, preocupación por el otro, se combinan inextricable (Winnicott, 1971).

Paralelamente a la aparición de la inquietud provocada por los primeros movimientos de preocupación por el otro, suelen aparecer los dientes que llevan a la inclusión de alimentos sólidos, a nuevas modalidades de relación con los objetos, de representación y de expresión de la agresividad. Morder permite aferrarse, retener, desentrañar, separar, discernir e integrar. Esto se va a configurar en un prototipo de las diferentes maneras en que el niño incorporará los aprendizajes. Detengámonos a pensar ¿Por qué se configura en un prototipo? Para conocer es necesario ponernos en contacto con sujetos, objetos, recortarlo de otros, investirlo, observarlo, analizarlo, desentrañarlo, para luego integrarlo.

El bebé de alrededor de 8 meses pide y lucha con su llanto y con su cuerpo para que las figuras primordiales que cuidan de él no lo dejen. En ocasiones, los adultos que están alrededor suelen interpretar estas conductas como un rechazo personal o que el bebé ha realizado un retroceso, o que está demasiado apegado. Queremos subrayar que lejos de ser así, en realidad se trata de un saludable momento evolutivo en que se pluralizan los procesos de discriminación y diferenciación, ahora el bebé sabe con quién quiere estar y lucha activamente por ello. Es más, constituye un indicador de pasaje a la tercera fase del proceso de construcción de los modelos operativos internos de apego, descrita por Bowlby (1989), como fase determinante de vinculación. En este momento, emerge con toda fuerza el miedo al extraño y búsqueda activa de proximidad con una figura discriminada por medio de la deambulación y de un abanico de señales conductuales. En la vida mental cobran importancia figuras de apego subsidiarias a las cuales recurre cuando se encuentra en entornos conocidos y generalmente rechaza cuando transita por ambientes poco habituales. Puede diferenciar las personas entre sí y sabe que ellas siguen estando aunque desaparezcan de su vista, nuevos descubrimientos que lo tranquilizan y angustian.

Conjuntamente se hace presente un nuevo recurso, busca activamente dirigir la atención del otro hacia un objeto que aferra en sus manos y luego, entre los 10 y los 14 meses, a objetos o personas ubicados a cierta distancia. Encuentros que concomitantemente conlleva compartir contenidos emocionales implícitos que permiten el desarrollo de la capacidad de evaluar la respuesta emocional del cuidador respecto de un tercero, lo cual a su vez impacta en cómo él sentirá ese tercero (atractivo o peligroso). Sostener la atención conjunta implica la complejización de los procesos triádicos, en tanto reúne al self, al otro y al objeto al que se dirige. El otro es ahora para el niño un ser con intenciones y actitudes emocionales hacia el mundo; cuando su atención se dirige hacia él puede monitorear dichas emociones. Esta nueva comprensión de los sentimientos que despierta, abre la puerta al percibirse desde el punto de vista del otro, lo cual incide en la construcción de su autoconcepto. Encontramos aquí un sentimiento naciente del self como una persona entre otras, con el sentimiento de unidad y similitud que proporciona el sentirse mentalizado por el otro. La autoconciencia (en el sentido de conciencia de la conciencia del otro) aún no es mentalizada de forma explícita por el niño; sin embargo conjuntamente con el reflejo de las emociones configura los cimientos de desarrolla la mentalización (Lanza Castelli, 2011).

La autonomía motriz, la exploración y el conocimiento de los riesgos

Entre los nueve y quince meses, el niño puede trasladarse hábilmente gateando o caminando y el juego a las escondidas vuelve a tomar otras formas, ahora es “te sigo”, “te atrapo”. La posibilidad de andar sobre sus pies y deambular de un lugar a otro, marca un cambio en la representación de sí mismo y de los otros. Nada mejor que los brazos del adulto para sostener y ayudar a caminar, para lograrlo se conjugarán procesos madurativos neurológicos con el sentimiento de seguridad que implica querer alejarse acompañado por la certeza del reencuentro. La función de sostén del adulto requiere de transformaciones al compás de nuevas exigencias que surgen sobre su capacidad negociadora. La sensibilidad y asistencia del adulto permitirá limitar la exploración en un marco de negociación, de oferta de diferentes posibilidades, de completar lo que el bebé aún no puede. Cuando la libertad de exploración es indiscriminada y excesiva, aumenta la ansiedad del niño que puede perturbar la confianza en sí mismo y en

los otros. Tanto “hacer todo lo que quiero”, como por el contrario “muy poquito me está permitido” o “a veces me está permitido y a veces prohibido”, genera incertidumbre y ansiedad que pueden bloquear iniciativas exploratorias y la construcción de la conciencia de “yo puedo”, “soy eficaz”.

Los niños desean hacer cosas y los cuidadores al facilitar esta experiencia, ponen a prueba sus propios temores, la tolerancia frente a los requerimientos infantiles y los modos con que pauta el conocimiento de sí en relación con el mundo. Los adultos suelen manifestar sus dificultades a través de la sobreprotección o su par antagónico, la indiferencia, así en vez de acompañarlos a hacer, lo hacen por ellos o, por el contrario, los dejan solos expuestos al fracaso y/o a situaciones de riesgo. La evaluación del proceder ajeno se realiza en base a las consecuencias en los hechos de dicho proceder, sin tener en cuenta las motivaciones del mismo. Doltó (2000), da un paso explicativo más taxativo y señala en esta edad, desde el inconsciente del niño, los objetos manipulados por sus padres y cuidadores son una prolongación de ellos. Entonces, si por tocar un enchufe recibe una descarga eléctrica, él vive como que papá, mamá y cuidadores están ahí, lo castigaron y lo hicieron voluntariamente, o más aún, vengativamente. Freidin y Calzetta (2016) señalan que los accidentes reiterados revelan severas dificultades de los cuidadores para sostener -incluyendo la manipulación y espejo- y contener emocionalmente, lo cual propicia en el niño falencias en la capacidad de simbolizar impulsos agresivos.

En síntesis, en el transcurso de aproximadamente el primer año y medio de vida, en la medida que los cuidadores lo posibiliten, se van produciendo los necesarios enlaces amorosos del bebé con el mundo y consigo mismo que permitirán la complejización de sus recursos. Los alcances de las modificaciones intrapsíquicas y relacionales que propician las primeras preocupaciones respecto a los efectos que tienen sus actos en los otros, inauguran otras modalidades de ser y estar en el mundo que se irán expresando a través de la capacidad de ligarse a un objeto transicional; los procesos de diferenciación entre personas y objetos conocidos o desconocidos y los pasos hacia la autonomía motriz. El niño comienza a entender que él y los otros pueden llevar a cabo acciones en procura de conseguir un objetivo determinado y aún privilegia el desenlace observable perceptivamente sin integrarlos a los estados mentales (creencias, deseos, emociones) que le dieron origen. Este

modo de entender la conducta virará, entre los 14 y los 18 meses, hacia una comprensión mentalista y si el contexto es favorable, al paulatino desarrollo de la mentalización.

TERCER TIEMPO: EL DESCUBRIMIENTO DE LA ALTERIDAD DEL OTRO

Entre la exploración y la búsqueda de reencuentro: La capacidad de estar a solas sin sentirse abandonado

El progresivo logro de la autonomía motriz lo enfrenta con el querer corretear con el placer que esto conlleva y construir la seguridad que estarán ahí, no se irán, no lo abandonarán. Surgen escuetos momentos de estar solo que promueven nuevas organizaciones intra e intrasubjetivas. Comienza a construirse la ilusoria certeza de que los seres queridos que no están bajo nuestra visión se encuentran bien, convicción que permite, según Rolla (1971), el control omnipotente del objeto. ¿Por qué decimos ilusoria? Porque la vida es imprevisible nadie ni nada puede dar semejante garantía. El control omnipotente del objeto, posibilita el emerger del sistema de exploración y permite estar por momentos solos, o mejor dicho con recuerdos relacionales protectores que preservan de aquellos temores que requieren de acompañantes continuos. Dicho sistema de exploración se respalda en la constitución de la capacidad de estar a solas sin sentirse abandonado. Capacidad que opera en correspondencia con la confianza básica producto de representaciones mentales de vínculos afectivos lo suficientemente buenos y disponibles que han brindado la oportunidad de estar solo en presencia de sus padres-cuidadores, sintiéndose protegido sólo por estar ahí. Winnicott (1971) señala que un adecuado desarrollo hacia la salud depende, en cierto momento, de la situación paradójica de hallarse solo en compañía de otra persona (madre o sustituto). Es necesario que la soledad sea mitigada para luego poder enfrentarse a la soledad básica del ser humano. Tal experiencia, es cardinal para evolucionar hacia la normalidad y no hacia la paranoia o al resguardo de un falso self. Sólo una madre-grupo viviente y presente puede inscribir la presencia de su ausencia. A lo que es pertinente agregar que tal experiencia, que comienza a dar sus primeros indicios en esta fase evolutiva, es radical en la constitución del reconocimiento de la alteridad del otro, dado que es el reflejo de la conjunción del amor a sí mismo, el amor al otro y el temor a perderlo.

Vivir implica el interjuego de la capacidad de estar a

solas, con la posibilidad de recurrir a otros y realizar, con diversos matices, intercambios afectuosos. La misma refiere a la prevalencia de sentimientos de amor y vívido reconocimiento. Son precisamente estos sentimientos los proveedores de la confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea; estimulan el aspecto creativo de la mente, así como también la generación de nuevas ideas y la fortaleza para afrontar las vicisitudes de las relaciones interpersonales. En otras palabras, para que emerja esta capacidad es necesario que estén inscriptos los cuidados preverbales de otro humano, porque a partir de los cuidados recibidos hemos construido la esperanza de poder recostarnos en otros, con lo cual no es necesario recurrir a independencias defensivas ni a su par antagónico la dependencia excesiva. Los tiempos de soledad soportables estarán en estrecha relación tanto con la edad del niño, al principio estos tiempos son muy breves, como con la emocionalidad y la situación particular que los envuelve. Los enojos, tristezas, temores, entre otros sentimientos penosos, siempre requieren de compañía y consuelos.

La discriminación entre lo mío lo tuyo y lo nuestro. El control de esfínteres y el descubrimiento de la diferencia de sexo

Después del logro de la marcha y de la incipiente capacidad de estar a solas sin sentirse abandonado, el interés se desplaza al conocimiento de su propio cuerpo, al reconocimiento de su interior, lo que entra y sale de él, a la retención y a la expulsión voluntaria de sus excrementos. El aprendizaje del control de esfínteres es otro de los jalones evolutivos que signa la constitución subjetiva, las relaciones con el mundo y pone a prueba las configuraciones amorosas en complejos procesos de diferenciación entre lo mío, lo tuyo, lo nuestro, lo permitido y prohibido. Complementariamente promueve el descubrimiento de la diferencia de sexo que conlleva a las primeras elecciones identitarias.

El proceso del control de esfínteres diurno extiende entre los veinte meses y los tres años aproximadamente, el control de la micción nocturna puede prolongarse hasta los cuatro años e implica la activa la aceptación/rechazo de la pautación. Cuando acepta esta norma, dona su renuncia y con ello concede algo valioso para sí mismo y los otros. Este autodespojo marca la posibilidad de reconocerse como sujeto con excedentes y se constituye en un antecedente de la constitución del sujeto ético. Concomitantemente, el reconocimiento de la diferencia de sexo promueve de modo incipiente el descubrimiento

de la incompletud ontológica que tendrá como premisa básica “no lo tengo todo... necesito del otro que me complemente, me enriquezca con su diferencia” (Bleichmar, S., p.132, 2016).

El control de esfínteres y el reconocimiento de las diferencias de sexo, con sus particularidades implican: a) la necesidad de ser amado, b) el amor al otro y el temor a perderlo; c) el deseo de ser grande y d) la construcción de la autoestima, que se configura en el reconocimiento que el otro provee. La aceptación de la norma y el descubrimiento de las diferencias que propulsa la búsqueda de complementariedades, favorece la construcción de diques de contención que se traducen en el emerger de nuevos sentimientos tales como asco, pudor, vergüenza, compasión, felicidad por la felicidad del otro y el reconocimiento de su alteridad.

El asco no está presente desde los comienzos de la vida, porque para establecerse requiere de los progresivos movimientos de diferenciación interno/externo. Estos procesos de diferenciación se realizan primero sobre las heces y luego se extiende a otros objetos que previamente habían otorgado placer, tales como el biberón, chupete y la leche materna dado que una vez que se accedido al destete, también produce rechazo. En estas renunciaciones, se ponen a prueba los deseos de ser grande que promueven tanto la aceptación de las normas, como el descubrimiento de nuevos placeres relacionales con los otros y el mundo que lo rodea. Pero, no olvidemos, estos movimientos progresivos tienen muchas idas y vueltas, necesariamente se articula con movimientos regresivos que convocan transformaciones y reconstrucciones subjetivas. Cuando el desarrollo sigue los cánones esperados, el niño descubre que no puede sustraerse a la mirada del otro y comienzan a sentirse pudoroso de su propio cuerpo, de su desnudez, más aún cuando descubren las diferencias de sexo. Ahora son ellos los dueños, protagonistas de regular su privacidad corporal, de decidir y elegir cuándo, cómo y frente a quién mostrarse. Tanto la desnudez, como revelar algo que consideran censurable los llena de pudor, se tornan susceptibles a la mirada y juicio del otro por lo que temen la humillación o quedar expuestos ante la superioridad de los adultos que cuidan de él y/o a la pérdida de su amor. Por su parte, la vergüenza no requiere la presencia efectiva de la mirada del otro, porque ella implica el reconocimiento personal, intrapsíquico de la transgresión de la ley moral. Vergüenza y pudor se entrelazan, el pudor convoca a la vergüenza o ésta da cuenta del pudor (Bleichmar, S. 2016).

La compasión aparece ligada a las primeras formas

de identificación con el semejante que permite el reconocimiento del sufrimiento del otro y ofrece la posibilidad de establecer vínculos en los que el cuidado y la consideración mutua están presentes. Sólo el amor y el respeto por quien transmite la ley posibilitarán por identificación la construcción de legalidades. El amor por el otro y del otro son fuentes primordiales de la moral, en la constitución subjetiva. La aceptación de las normas implica siempre un cierto grado de sufrimiento en el niño y en el adulto en quien se movilizan sus propias renunciaciones y vivencias relacionales que habitan las capas profundas de su mente (Bleichmar, S. 2016).

Ver en el otro a un semejante, el agradecimiento y la generosidad, se basan en el reconocimiento del sufrimiento del otro a partir de identificarlo con el propio sufrimiento. Por lo tanto, el asco, pudor, vergüenza y compasión son precursores de la constitución del sujeto ético que renuncia a lo que produjo placer para evitar generar asco o rechazo en el otro e incorporar las normas que impone la cultura. Todo ello expresa la complejización de los procesos de diferenciación e implica que el otro se configura en un objeto interno del cual, cuando predominan aspectos relacionales benévolos, es posible separarse/reencontrarse, se van estructurando las nociones de poder, propiedad privada y vivencias de dar, soltar, regalar, según se desee.

Conjuntamente, emergen deseos de oponerse como un modo de diferenciarse y el “no”, reconocido por Spitz (1965) como un ordenador psíquico, es la palabra que lo designa y señala el enriquece el devenir del proceso de separación/discriminación “este soy yo/este no soy yo”, entre lo mío, lo tuyo, lo nuestro, entre los acuerdos y desacuerdos. En un trasfondo en el que la ambivalencia, el quiero/no quiero, me gusta/me desagrada, se configura en el sentimiento central que embarga todas y cada una de las relaciones que se traducen en caprichos y berrinches. Cuando no se entienden estos sentimientos, se suele recurrir a la indiferencia o retos, restricciones y amenazas que si bien pueden inhibir la conducta, incrementan la angustia y la búsqueda de castigo para que disminuya la culpa de estar enojado. Estos desencuentros en las relaciones asimétricas son modos en los que el dolor psíquico, el desamparo de los niños y adultos se expresan.

Los procesos de separación/discriminación se complejizan de la mano de las nuevas posibilidades de comprender que las acciones propias y de los otros surgen de deseos e intenciones. Simultáneamente, puede implicarse en juegos imaginarios compartidos que favorecen las habilidades cooperativas y comienza

a adquirir un lenguaje para representar los estados mentales y a tener la posibilidad de razonar de un modo no egocéntrico acerca de los deseos y sentimientos de los demás. Sin embargo, en este momento la diferenciación de los estados mentales internos de la realidad exterior aún permanece borrosa.

El descubrimiento de la privacidad de la mente

En este devenir vital, entre los tres y los cuatro años, descubre también las diferencias entre sueño y realidad, entre lo fantasmático y lo real, entre pensar y hablar, verdadero hito en la constitución del sujeto, donde descubre que si él no dice lo que piensa, el otro no puede adivinarlo. Descubrimiento que pone a prueba la capacidad de estar a solas, sin sentirse abandonado, para poder soportar que su producción mental y la de los otros son privadas, que sus padres y él mismo, pueden esconder lo que piensan o pensar una cosa y decir otra. Tal revelación introduce el permiso de ser diferente y constituirse como sujeto pensante. La construcción de ser autor de sus propios pensamientos, lo conecta irremediamente con la necesidad de resignarse a perder los beneficios de que otro piense por él o en él.

El niño ya es capaz de producir sus propios pensamientos y comienza a recorrer el camino de decidir si desea que sean públicos o privados. Así, descubrir la privacidad de la mente le permite comprender las bromas y las mentiras de una manera diferente. Desde muy pequeños, con sus juegos buscan “hacer creer” que algo no es real; entre risas simulan una situación para mostrar rápidamente que no son ciertas. Alrededor de los tres años, los niños disfrutan plenamente de la posibilidad de tener sus propios secretos, aunque a esta edad sólo pueden sostenerlos por un corto tiempo. Estos secretos, a veces, son del orden de la broma, de la complicidad de reunirse con alguien para ocultarle algo a otro, de jugar a engañar a un tercero, lo que los divierte entrañablemente. En realidad juegan con su mente, tratan de poner a prueba su reciente descubrimiento “no ser adivinado” y de ponerse en el lugar del otro para suponer qué piensa ese otro, que constituirá la base de los procesos de mentalización. Los secretos son precisamente los que nos indican que han dado un gran paso, que comprenden algunas de las prohibiciones y las transgresiones o que se sienten avergonzados, incómodos o reconocen su propia privacidad. Por ejemplo, los niños eligen frente a quien desvestirse y frente a quien guardar el secreto de la intimidad de su cuerpo. Simultáneamente, sienten mucha curiosidad por el cuerpo de los otros y entre

compañeros, en privado, comienzan a jugar al doctor, a la mamá y al papá o a aquellos juegos que despliegan los nacientes deseos de ser grande y enigmas de la vida ¿De dónde venimos? ¿Cómo nacemos? ¿Qué función tiene el padre en la concepción? ¿Por qué y en qué son diferentes los varones y las mujeres? , comienza además los interrogantes sobre la muerte que aún no se encuentra transversalizada por la noción de infinito.

Descubrir la privacidad de la mente en diversos sentidos complejiza la dimensión intersubjetiva con pares y adultos. Se preocupan especialmente por cómo los ven las otras personas, son muy sensibles y, en general, suelen tener dos modos opuestos de contar esta preocupación: una es la timidez y la otra es la inquietud un poco exagerada con la que dicen “Mírenme, aquí estoy”. Ponen en juego diferentes recursos para captar la atención del otro, cantan, bailan y juegan, hablan de sus acciones y la de otros. Son muy observadores y hacen muchas preguntas movidos por el deseo de identificarse con toda persona que, frente a sus ojos, tiene valor de modelo: los niños mayores de su sexo, los adultos de su sexo, los padres, las personas que sus padres respetan y que recíprocamente, respetan a sus padres; los niños de su edad, etc. Si bien hace tiempo que empezó la edad de las “monerías”, a los tres años está en su máxima expresión y buscan a los otros para comunicarse a través de ellas. Los adultos saludables que están en contacto con el niño se enternecen con estas monerías y diversos progresos, con ello, proveen la necesaria confianza en sí mismo que les permite constituirse como seres capaces de influir empáticamente en otro, de empezar a soñarse como hombres o mujeres. En las participaciones grupales comienzan las articulaciones de más de un punto de vista, entre lo que tú y yo pensamos, lo cual posibilita el pasaje de juegos paralelos –que permitían jugar solos con la presencia de un compañero y mutuo sostén- a guiones lúdicos con otros. Construcciones que se enfrentan con las limitaciones del desarrollo del lingüístico, porque si bien habla con bastante fluidez, el lenguaje no le alcanza para guiar su conducta y para expresar sus sentimientos, por lo que las explosiones, los berrinches, conflictos y agresiones, aún son frecuentes. Doltó (2000), señala que en los niños pequeños las peleas entre pares paradójicamente suele ser signo de afinidad recíproca, así cuando un niño derriba a otro, o le quita un juguete está buscando su atención, dado que se siente atraído por su forma de jugar más que por el juguete en sí.

Mentalización y lenguaje son interdependientes, ambos procesos señalan un intrincado camino recorrido en el

marco de la dimensión intersubjetiva. Sadurní Brugué y Pérez Burriel (2016) refieren que es necesario el previo surgimiento de las capacidades mentalizadoras, incipientes en la atención conjunta, para que tenga lugar la adquisición del lenguaje. Cuando niño y cuidador se focalizan en un objeto tercero, se internaliza la modalidad de exploración de ese objeto y el despliegue verbal que el cuidador realiza. En otras palabras, la captación de la mente del otro (de su atención dirigida al mismo objeto) es el camino a través del cual se accede al lenguaje. Por otro lado, la dimensión verbal otorga la posibilidad de representar la realidad en un mundo mental que no coincide necesariamente con la realidad como tal. Por su intermedio se abre al mundo de los posibles, de escenarios representados e imaginados más allá de la inmediatez de la realidad. En relación con las otras mentes el lenguaje permite imaginar lo que los otros piensan, sienten, desean, etc. (en tanto se trata de escenarios mentales posibles). Visto desde este punto de vista, el lenguaje es el camino a través del cual se accede a las otras mentes, ya que para que el niño sea capaz de mentalizar explícitamente debe poseer términos verbales que se refieran a los estados mentales (sentir, creer, desear, etc.).

Entre los tres y los cuatro años, si se ha logrado un desarrollo armónico, el niño habla con cierta fluidez, ha dejado atrás sus pañales al menos durante el día, reconoce sus sensaciones térmicas y comienza a cuidarse del frío y del sol, abrigándose o desabrigándose, puede descifrar que tiene apetito y que desearía comer, discrimina cuando llegó el tiempo de dormir y cada vez necesita menos de otro que sea traductor de sus necesidades fisiológicas y psicológicas. Es capaz de vivir en pequeños grupo conservando su integridad y la de otros, de modo incipiente puede diferenciar entre lo mío, lo tuyo, lo nuestro, lo permitido y lo prohibido, para progresivamente reconocer y asumir las obligaciones intersubjetivas. Subrayamos de manera incipiente, porque el lenguaje aún no alcanza para guiar su conducta, piensa en actos, o sea a medida que va haciendo. En los espacios lúdicos “puede hacer de cuenta que... sin esperar suceda en la realidad y si se le pide que visualice en su mente un objeto no existente, puede hacerlo consciente de que tal objeto no existe porque puede identificar a los pensamientos como tales, sin confundirlos con la realidad, con una condición: que estén claramente desacoplados del mundo real (personas y cosas), que no tengan conexión con él. Nuevos y grandes pasos ha logrado en el proceso de mentalización, paulatinamente va quedando atrás el modo de equivalencia psíquica: donde sus ideas

aún no eran representaciones de la realidad, eran más bien réplicas directas de la misma, reflejos de ésta que son siempre verdaderas y compartidas por todos. Si pensamiento y realidad conviven indiferenciadamente quedan sin habilitar en la mente del niño distintos puntos de vista sobre el mismo hecho, y, por tanto, hay sólo una única forma de ver las cosas. Esta conquista libera al sujeto de la inmediatez de la realidad y le permite ir más allá de las representaciones perceptivas, habilitándolo para contrastar un estado existente con otro deseado, para comparar situaciones correspondientes a distintos momentos temporales, para trazar los primeros proyectos a futuro. Lanza Castelli (2011) refiere que cuando logra advertir el carácter meramente representacional de los estados mentales, puede diferenciarlos de la realidad efectiva y hacer que pierdan su carácter eventualmente abrumador; se abre así la posibilidad de admitir que el propio punto de vista es diferente de otro, relativo, parcial y eventualmente equivocado. La trascendencia de esta conquista ha sido caracterizada por Perner (1991) en los siguientes términos:

“...la representación no es un aspecto de la mente entre otros, sino que provee las bases para explicar lo que la mente es. En otras palabras, al conceptualizar la mente como un sistema de representaciones, el niño vira de una teoría mentalista del comportamiento, en la que los estados mentales sirven como conceptos para explicar la acción, a una teoría representacional de la mente, en la que los estados mentales se comprenden al servicio de una función representacional” (Lanza Castelli, p. 78, 2011).

En términos de los modelos operativos internos de apego, en esta edad se ingresa a la fase de asociación corregida en las metas, por lo tanto tienen necesidades menos urgentes de proximidad física y puede negociar las separaciones, lo cual permite ampliar el sistema de exploración, con la consecuente diversificación de intereses por el entorno animado e inanimado.

(LA SEGUNDA PARTE DE ESTE TRABAJO SE PUBLICARÁ EN EL N° 65)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvaréz, P. y Cantú, G. (2012). Nuevas tecnologías: compromiso psíquico y producción simbólica. *Anuario de Investigaciones. Vol XVIII*, 153-160
- Ammaniti, M. y Trentini, C. (2011). Cómo el Nuevo Conocimiento sobre Ser Padres Revela las Implicaciones Neurobiológicas de la Intersubjetividad: Síntesis Conceptual de Investigaciones Recientes.

- Clinica e Investigación Relacional*, 5(1), 60-84
- Avila Espada, A. (2014). The intersubjective: A core concept for psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(3), 186-190. doi:10.1080/0803706X.2014.967813.
- Balaguer Prestes, R. (2015) *La práctica psicoanalítica en el universo digital. Psicoanálisis para un mundo líquido*. Buenos Aires: Noveduc
- Benjamin, J. (1996). *Los lazos de amor: psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Madrid, España: Paidós Ibérica
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Madrid, España: Paidós Ibérica.
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamiento inconscientes. Aperturas Psicoanalíticas. *Revista internacional de Psicoanálisis*, 009. Recuperado <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=178&a>
- Bleichmar, H. (2015). Vivir en la interfase para no quedar atrapado en mundos fragmentarios. Aperturas Psicoanalíticas. *Revista internacional de Psicoanálisis*, 50. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=905&a=Vivir-en-la-interfase-para-no-quedar-atrapado-en-mundos-fragmentarios>
- Bleichmar, S. (2016). *Vergüenza, culpa, pudor. Relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Madrid, España: Paidós
- Brauer, J., Xiao, Y., Poulain, T., Friederici, A., y Schirmer, A. (2016). Frecuencia de tacto materna predice Descansando actividad y conectividad del cerebro en desarrollo social. *Corteza Cerebral*, 26 (8), 3544-3552. doi: 10.1093 / cercor / bhw137
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona, España: Paidós Ibérica
- Coderch, J. (2012). *Realidad, interacción y cambio psíquico: la práctica de la psicoterapia relacional II*. Madrid, España: Ágora Relacional
- Coderch, J. y Plaza Espinosa, A. (2016). *Emoción y Relaciones Humanas: El Psicoanálisis Relacional como Terapéutica Social*. México: Ágora Relacional.
- Daher, C. y Taborda, A. (2013). Jardines Maternales: Los primeros pasos en el proceso de separación. SEPYPNA. Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente: *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 55.
- De Aguiar, S.; Santelices, M. y Pérez, J. (2009). Apego, Sensibilidad Paterna y Patrón de Interacción del Padre con su Primer Bebé. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1 (18), 51-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921800005>
- Del Valle Echegaray, E. (1990). M. Klein: la teoría instintiva y la fantasía inconsciente. *Actualidad Psicológica*, (169)XV.
- Dio Bleichmar, E. (2015). El analista en la exploración de los múltiples mundos intersubjetivos del niño. En E. Rotenberg (Comp.), *Parentalidades Interdependencias transformadoras entre padres e hijos (151-170)*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A
- Doltó, F. (2000). *Las etapas de la infancia. Nacimiento, alimentación, juego, escuela*. Barcelona, España: Paidós
- Freidin, F. y Calzetta, J. (2016). *Niños insuficientemente sostenidos: consideraciones sobre accidentes en la niñez*. Trabajo presentado en el VIII Congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología, XXIII Jornada de Investigación y XII encuentro de investigadores en psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Fonagy, P (2006). *The mentalization-focused approach to social development*, en Allen, JG, Fonagy, P (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons Ltd.
- Grimalt, L. y Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246. doi. org/10.4067/S0370-41062012000300005
- Johnston, A.N.B. y Rogers, L.J. (1998). Right hemisphere involvement in imprinting memory as revealed by glutamate treatment. *Pharmacology, Biochemist & Behavior*, 60, 863-871.
- Janin, B. (2015). *El sufrimiento Psíquico en niños. Psicopatología Infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Lanza Castelli, G. (2011) Mentalización: aspectos teóricos y clínicos. *Psicología.com*. 2011; 15:76. <http://hdl.handle.net/10401/4934>
- Ley N° 27.045. *Ministerio de Educación*, República

- Argentina, 2014.
- Moreno, J. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México, México: Fondo de la cultura económica.
- Muller, F. (2009). El concepto de intersubjetividad en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, 66(2). Recuperado <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/20096602p0329.dir/REVAPA20096602p0329Muller.pdf>
- Nieri, L. (2012). Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 999-1022. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi1231.pdf>
- Obaid, F. P. (2012). Otto Rank y la controversia sobre el trauma del nacimiento. *Tempo psicoanalítico*, 44(2), 423-443. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200011&lng=pt&tlng=es
- Odent, M. (2002). El nacimiento y los orígenes de la violencia. *Revista Obstare*, 7, 46-50.
- Perner, J (1991). *Understanding the Representational Mind*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Raga Rosaleny, P. (2007). Historia e historia. *Revista de Historia, ISSN 0213-375X, Vol. 20, 2007, 209-224*
- Rank, O. (1924/1991). *El trauma del nacimiento*. Barcelona, España: Paidós.
- Rodulfo, R. (2012). Cinco instancias de Subjetivación en la infancia y niñez contemporáneas. Cap. 5 Vol I. En *la Psicología Educativa en el contexto de la clínica socioeducativa*. Compilado por Taborda y Leoz. Argentina. Nueva: Editorial Universitaria.
- Rolla, E. (1971). *Elementos de Psicología y Psicopatología Psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Galerna.
- Samaniego, V.C. (2005). Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad. *Revista Psykhe*, Vol 14, N°2, 97-108.
- Sadurní Brugue, M. (2008). *El desarrollo de los niños paso a paso*. Cataluña, España: UOC
- Sadurní Brugue, M. (2016). Outlining the windows of achievement of intersubjective milestones in typically developing toddlers. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 37(4), 356–371 (2016) C 2016 Michigan Association for Infant Mental Health View this article online at wileyonlinelibrary.com. DOI: 10.1002/imhj.21576
- Schore, A.N. (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics In Review*, 26, 204-211.
- Schore, A.N. (2008). Una perspectiva neuropsicoanalítica del cerebro /mente/ cuerpo en psicoterapia. perspectiva neuropsicoanalítica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 144-168. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/126/Una_perspectiva_neuropsicoanal%C3%ADtica.pdf?sequence=1
- Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 75–100. doi:10.1080/10481885.2011.545329
- Spitz, R. A. (1965). *El Primer Año de Vida. Un Estudio Psicoanalítico de Desarrollo Normal y Anormal de Relaciones de Objeto*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional, Inc.
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. México - Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D.N; Bruschweiler-Stern, N. y Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad te cambia la vida para siempre*. Buenos Aires – Madrid: Paidós Ibérica.
- Taborda, A. (2010). Trabajo con imágenes en proceso diagnóstico de niños. SEPYPNA. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente: Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 173-185
- Taborda, A. y Díaz, D. (2011). ¿Estamos frente a un incremento del trastorno de Deficit Atencional o a criterios de sobrepatologización de la infancia? Capítulo 17. En *Extensiones Clínicas en Psicología Educativa*. Compilado por Taborda y Leoz. San Luis Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Taborda, A. y Toranzo, E. (2017). *Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales. Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres*. San Luis. Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Trevarthen, C. (1990). *Growth and education of the hemispheres*. En C. Trevarthen (Ed.), *Brain Circuits and Functions of the Mind*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tronick, E.Z. y Gianino, A. (1986) Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. Zero to

- three. *Bull Natural Center Clinical Infant Programs*, 5, 1–6.
- Wettengel, L.; Untoiglich, G. y Szyber, G. (2009). *Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires. Argentina: Noveduc.
- Winnicott, D. (1954). *Nuevas reflexiones sobre los bebés como personas*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Winnicott, D. (1971). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1992). *El hogar nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- WINNICOTT, D. (1998) “*Acerca de los niños*”. Buenos Aires. Argentina: Paidós.

LA INTERVENCION POST-ADOPTIVA EN BIZKAIA: ESTUDIO Y ANÁLISIS SOBRE LA REALIDAD DEL ESTADO PSICOLÓGICO DE LA POBLACIÓN ADOPTIVA*

POST-ADOPTIVE INTERVENTION IN BIZKAIA: STUDY AND ANALYSIS ON THE REALITY OF THE PSYCHOLOGICAL STATE OF THE ADOPTIVE POPULATION

M^a Carmen Velasco Azkue**, Arantza Llona*** y Aloña Goiburu****

RESUMEN

En el presente trabajo se describe el análisis de los resultados del funcionamiento y/o organizaciones psicopatológicas de los niños /as y adolescentes adoptados en la franja de edad desde los 5 años hasta los 18 años del Programa de Apoyo de Adopción de Bizkaia-P.A.A.B. Asimismo, presentamos el modelo de trabajo basado en un equipo multidisciplinar, con una intervención psicosocial especializada en población adoptiva y sus familias (adoptiva y biológica) para las diversas dificultades en la infancia y juventud, siendo una de las bases el trabajo en red con recursos de todos los ámbitos.

Palabras clave: Adopción, desprotección, perfil, organizaciones psicopatológicas, intervención psicosocial y trabajo en red.

ABSTRACT

This work describes the analysis of the results of the performance and / or psychopathological organizations of children and adolescents adopted in the age group from

5 years to 18 years of the Adoption Support Program of Bizkaia - P.A.A.B. Likewise, we present the work model based on a multidisciplinary team, with a psychosocial intervention specialized in the adoptive population and their families (adoptive and biological) for the various difficulties in childhood and youth, being one of the bases the networked work with resources of all areas.

Key words: Adoption, lack of protection, profile, psychopathological organizations, psychosocial intervention and networking.

1-INTRODUCCION

La Diputación Foral de Bizkaia (D.F.B) cuenta con el Programa de Apoyo a la Adopción (PAAB) desde el año 2009, el cual se conceptualiza como un servicio público, de orientación e intervención psicosocial, mediación familiar y formación especializada, que atiende a personas adoptadas, familias adoptivas y familias de origen. La intervención se centra en tres áreas de trabajo: el área de Información y Formación, el Área de Orientación e Intervención y el Área de Búsqueda y Mediación de

* Comunicación presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Jefa de sección de Acogimiento Familiar y Adopciones. Diputación Foral de Bizkaia.

*** Coordinadora Programa de Apoyo a la Adopción en Bizkaia- PAAB. Psicóloga- psicoterapeuta Infanto-Juvenil

**** Psicóloga -Psicoterapeuta. Programa de Apoyo a la Adopción en Bizkaia- PAAB.

Orígenes. (anexo-diagrama)

Es en el Área de Intervención y Orientación donde se ubica el actual Estudio y Análisis que vamos a presentar: “La Intervención Post-adoptiva en Bizkaia: Realidad del estado psicológico de la población adoptiva” atendida por el Programa de Adopción en Bizkaia. Siendo uno de los objetivos recoger el tipo de organizaciones psicopatológicas detectadas, evaluar el tipo de daño vincular, emocional y/o-funcionamiento estructural, etc. que presenta este colectivo.

Además se analiza, si esta población va a requerir de una redefinición de los modelos de intervención, así como, si es necesario establecer un trabajo específico con la red formal e informal, y un modelo de coordinación entre diferentes agentes intervinientes en esta población.

2. UN PUNTO DE PARTIDA

Se parte de la importancia que tiene la “Construcción de la Identidad” y la afectación que puede haber en las personas adoptadas que han vivido situaciones de grave desprotección en la infancia y han necesitado de medidas de protección como es la “Adopción”. Se observa cómo se interconectan entre sí los diferentes aspectos: el vínculo, las necesidades básicas y las situaciones de desprotección, tal y como se señala a continuación:

- La continuidad en el vínculo: como una necesidad básica para él bebe desde el nacimiento y durante los primeros años de vida. Debemos tener presente que en las vivencias anteriores a la adopción se dan cortes en la vinculación.
- Las necesidades básicas: Se da una falta de cobertura en las mismas, tanto pueden ser en las físicas, como en las afectivas, como en ambas; es decir, no estando estas garantizadas, ni cubiertas debido a diversas situaciones de desprotección como son la negligencia, maltrato...etc.
- Los Factores de Desprotección: El impacto de estos afecta en cuatro áreas del desarrollo fundamentales y por ende en la constitución de la identidad (Newton, 1993):

◦ Las vivencias y procesos traumáticos provocan una mayor vulnerabilidad y fragilidad psíquica.

◦ Afectan de forma significativa a la capacidad de vinculación, por las fallas que se producen en el desarrollo evolutivo (de cero a dos años se da el periodo de organización del aparato psíquico).

◦ El estrés vivido en las primeras etapas del desarrollo, donde se constituye el psiquismo, generan una mayor

vulnerabilidad psíquica y conllevan una inadecuada maduración cerebral.

◦ Y ponen en compromiso la continuidad de las relaciones necesarias para poder construir la identidad y realizar el proceso de separación-individuación (dificulta la subjetivación).

Se constata en nuestra práctica como estos aspectos impactan en el desarrollo evolutivo de niños y niñas adoptadas.

Destacar como aspectos específicos a abordar, los definidos en las siguientes tareas de elaboración para la construcción de una identidad integrada:

- La primera, es elaborar las separaciones y pérdidas tempranas de antes de la adopción (progenitores, orígenes...etc.).
- La segunda, el conocimiento y aceptación de la condición adoptiva por etapas evolutivas (Brodzinsky, Schechter, y Maratz Henning, 2011).
- Y después en la adopción, para poder ir hacia una identidad integrada, las bases serán la aceptación sobre sus orígenes y su condición adoptiva. (Rius, Beà, Ontiveros, Ruiz, y Torras, 2011).

A los antecedentes de antes de la adopción, se le suma el cómo se hayan realizado las tres tareas emocionales básicas cuando un niño/a es adoptado en la infancia. Esto va a influir en cómo afrontará la crisis de la adolescencia, en definitiva, de cuáles son las posibilidades de reorganizar su identidad y afianzarla de una forma integrada o si se fracturará en ese momento dando paso a cristalizar una patología.

Diversos autores han constatado los serios efectos en la identidad cuando no se aborda la condición adoptiva, y el servicio de adopción - PAAB también lo ha podido cotejar en la práctica y la casuística atendida.

En general, las personas adoptadas encuentran en su Adopción una posibilidad de resiliencia y reparación: un espacio donde crecer, subjetivarse y completarse en la identidad; donde la adopción y lo vivido con anterioridad es parte de su historia, pudiendo componerlo de una forma integrada y equilibrada.

En la misma línea, la familia adoptiva también tendrá tareas propias y diferentes a otros modelos de familia, como son:

- Integración de la hija y/o el hijo en el sistema familiar
- Integración de la condición adoptiva
- Integración de lo transracional...etc.

- Función de sostén y cobertura de necesidades específicas

Lo que a su vez nos lleva a reflexionar sobre “las necesidades de las familias” que adoptan a niños y niñas con estas vivencias: ¿cómo pueden ayudar a superar vivencias traumáticas? ¿Cómo pueden acompañar a la revelación de datos potencialmente dolorosos? ¿Qué necesidades van a tener en aceptar las dificultades de sus hijas e hijos?...

La hipótesis Inicial, gira en torno a la posibilidad de encontrarse con una población con dificultades derivadas de graves vivencias traumáticas y con aspectos de la identidad afectadas. Es decir, con vivencias anteriores a la adopción, que unidas y/o entrelazadas generan afectación en la construcción de la identidad y podrían señalar “cuadros clínicos” con necesidad de apoyo especializado e interdisciplinar, donde se incluya tanto el acompañamiento de la niña o el niño, como el de la familia.

En la **revisión de la bibliografía**, con el objeto de conocer la tipología de análisis psicológicos y/o valoraciones diagnósticas existentes, se puso de manifiesto tres formas de hacer “un diagnóstico”: por síntomas, por etiología (causa) y estructural. Se ha estimado dos de las vertientes más usadas: Por Criterios Descriptivos (CIE-10 y DSM-IV-R) versus Criterios Estructurales, optando por esta última, realizando un diagnóstico dinámico-estructural.

Más específicamente, nos hemos decantado por el “Diagnostico Estructural” del funcionamiento psíquico; el cual se fundamenta en el análisis de los siguientes conceptos: el tipo de angustia, los mecanismos de defensa, la relación de objeto, la identidad del yo y el juicio de realidad. Para ello, ha sido otra referencia el modelo de “Cuadro diagnóstico clínico –dinámico” (Palacio, F. y Dufour, R.) basado en los siguientes ítems: Impresión general, relación con el examinador, funciones del yo, afectos, mecanismos de defensa, pulsiones, superyó e ideal del yo y concepción del self e identificaciones.

Se ha establecido y utilizado como fuentes bibliográficas para la clasificación de los diagnósticos los siguientes Manuales: “Manual de Psicopatología del Niño” (Ajurriaguerra y Marcelli, 1987) y “Manual de Psicopatología del adolescente” (Marcelli, Braconnier, Ajurriaguerra, 1990) y “Trastorno de Personalidad en niños y adolescentes” (Kernberg, Weiner, y Bardenstentens, 2001) y “Diagnostico Estructural en el niño” (Palacio y Dufour, 1994).

Además se ha sumado al análisis los modelos de comprensión y de diagnóstico sobre los Estados Limites y /o Bordeline de autores como Otto Kernberg, Paulina Kernberg, Giovaccchini, Laufer... y sobre el concepto, el diagnóstico y el trabajo terapéutico con adolescentes “limite”, los cuales tomaron como punto de partida las fuentes de los trastornos límites de adultos (Marcelli, 1981).

Para la coordinación, trasvase y recepción de demanda con otros profesionales, se ha tenido en cuenta las clasificaciones nosográficas: “Clasificación de los Trastornos Mentales del Comportamiento” CIE-10 y “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” DSM-IV-R, donde los códigos diagnósticos se corresponden y se pueden correlacionar.

3. ESTUDIO

Muestra

Para el estudio se han analizado 149 casos (el 53% chicos y 47% chicas) que han sido derivados en el periodo de 2010 a 2015 al PAAB desde el Servicio de Infancia (SI) de la D.F.B. Estos constituyen el 10% de la población adoptiva de Bizkaia (1589 niñas y niños hasta 2009).

En lo que se refiere a las procedencias señalar que han participado un 14% de niños y niñas de Adopción Nacional y 86% de origen Internacional. Entre los orígenes de la Adopción Internacional destacar que han sido los participantes de un 44% de menores de origen Ruso (un 11% del total de la población de Bizkaia) y el 14% de origen Colombiano (del total de un 12%) y el 42% corresponden a otras procedencias. En cuanto a la Adopción Nacional, señalar que se ha atendido al 11% de la población adoptiva residente en Bizkaia.

La media de edad se sitúa en 11,2 años con una desviación típica de 4,14 (lo que señala un rango amplio de edad que va desde los 7 años hasta los 15). Estas se enmarcan en las etapas correspondientes a la declinación del Edipo, la latencia, la pubertad y adolescencia. Se establece como criterio de exclusión la edad inferior a 5 años y aquellos menores cuyo diagnóstico no ha podido ser completado.

Se puede concluir que el **perfil** principal analizado es de Chico de origen Ruso en etapa de entrada en la Pubertad (11 años).

Método

Para la Valoración Psicológica que determinaría la estructura de personalidad se emplearon las siguientes

herramientas:

- Pruebas proyectivas: pasación del HTP, Test de Relaciones Objetales TRO de Phillipson Test de Apercepción Infantil CAT-A, Test Desiderativo
- Entrevista semi-estructurada
- Y el Juego Diagnóstico.

Resultados

Los resultados indican que los y las menores y jóvenes que son atendidos desde el P.A.A.B presentan indicadores y sintomatología que se orienta a un funcionamiento u organización psíquica en los siguientes porcentajes: El 61% Límite o Borderline, el 25% Neurótica y el 14% una organización Psicótica.

En cuanto al análisis a lo largo de las valoraciones psicológicas durante dicho periodo (cinco años) se observa, que la estructura y/o funcionamiento más frecuente es el borderline, el cual ocupa más de la mitad de la muestra analizada.

También se percibe un nivel muy significativo del índice de gravedad y/o psicopatología, revelando un total del 75% de los casos atendidos (61% borderline, 14% psicosis).

Estos datos expresan un volumen significativo de casos requieren de una atención a nivel de Salud Mental, previa a abordajes más asociados a contenidos propios de las personas adoptadas (historia de vida, datos relativos al origen...).

Discusión:

Si bien se confirma la hipótesis anteriormente expuesta (donde se planteaba que podríamos encontrarnos con menores emocionalmente dañados), este estudio no puede concluir cual son los factores de origen y/o los productores de estos tipos de organizaciones mentales y funcionamientos.

Sin embargo, se puede establecer como posible supuesto, basado en la práctica clínica y empírica del programa, que suele darse una coexistencia de los siguientes factores en sus orígenes, soliendo ser las fuentes potenciales de la mayor parte de estas organizaciones disfuncionales:

- Las variadas y graves experiencias tempranas, de carácter traumático, las separaciones múltiples, las institucionalizaciones tempranas... vividas por la mayoría de estos niños y niñas antes de la adopción. Todo ello afectan en el desarrollo, dificultades en la vinculación y generan daños post-traumáticos,... etc. (Rygaard, 2008).
- Señalar la existencia de algunos casos en los que

al daño en origen, se le suma la vulnerabilidad incrementada por el funcionamiento y el contexto adoptivo.

Los Funcionamientos Psíquicos detectados en el estudio aunque no se pueden extrapolar para el total de la población adoptiva de Bizkaia, dado que responde únicamente al 10% del total, si nos lleva a reflexionar sobre las dificultades que se dan en este tipo de organizaciones:

- Más de la mitad de estas niñas y niños presentan mecanismos de defensa arcaicos, difusión de la identidad, dificultades en el manejo de los afectos, angustias masivas (pérdida, separación...)...etc.
- También existen en esta población la presencia de angustias primitivas (catastróficas, de muerte, de desmembramiento...), mecanismos de defensa primarios y dificultades en ajustarse al criterio de realidad.
- Se da una afectación en su elección de objeto y en la formación de la relación de objeto (forclusión, anaclítico, narcisista...), donde además la permanencia, la simbolización y la mentalización se ven perturbadas.

Es por ello y teniendo presente la gravedad de la gran mayoría de los funcionamientos detectados (75% diagnósticos graves) podríamos pensar en una población con “grandes dificultades en la construcción de la identidad” y que llevan aparejados dificultades en la capacidad de vincularse, problemas en la socialización (relación dual pre-edípica) y en la capacidad de aprender (área cognitiva).

A tener en cuenta para los próximos años la previsión y posible incremento de las dificultades psicológicas y/o psicopatológicas, conforme la media de edad de la población adoptiva se vaya acercando a la mayoría de edad. Es por ello necesario mantener la observación y el análisis de la evolución de las mismas.

Reflexionando sobre las necesidades de las familias, como figuras de soporte emocional para los adoptados, se valora que el apoyo y la orientación a la familia puede resultar especialmente importante en cuanto a:

- Tomar conciencia de las dificultades de sus hijos e hijas.
- Ayudar y acompañar en la integración de la condición adoptiva familiar y del propio hijo o hija. Así como en los casos que fuese necesario tener presente la necesidad de integración de

aspectos trans-raciales.

- Favorecer la construcción de una red de apoyo socio-emocional y también profesional.

4. MODELO DE INTERVENCION

Como aportaciones y conclusiones del Estudio al modelo de intervención del PAAB, éste ha puesto sobre relieve la gran complejidad para el diagnóstico y la atención psicosocial del perfil anteriormente descrito en los casos de adopción.

También señala que es preciso continuar trabajando en red desde una respuesta interdisciplinar, con un equipo psicosocial, coordinándose con los profesionales intervinientes: psiquiatría, psicología, centros educativos y formativos, servicios sociales municipales...etc.

A continuación se expone un **Modelo de Trabajo e Intervención en Adopción** para personas adoptadas y sus familias:

La intervención con la infancia y la adolescencia adoptiva:

- Se perciben necesidades diversas a nivel clínico, socioeducativo, pedagógico....etc. teniendo presente las vivencias de desprotección y las consecuencias sobre su historia de vida.
- En cuanto a la psicopatología y a las necesidades específicas asociadas a su historia de maltrato, institucionalización, separaciones tempranas y/o abandono... son diversos los contenidos que se refuerzan y requieren ser acompañados clínicamente para evitar recaídas y/o reactivaciones de crisis.
- Es importante ofrecer respuestas terapéuticas no exclusivamente clínicas a estos casos, dado que las manifestaciones psicopatológicas se presentan en todas las áreas de la vida de la persona adoptada; especialmente en la relación con su familia adoptiva, en las relaciones con los pares y las relaciones en el ámbito educativo.
- Teniendo en cuenta esto, una adecuada modalidad de trabajo es la Intervención Socioeducativa. Ésta se prevé necesaria principalmente como un facilitador en la relación entre el profesional y los niños, niñas y adolescentes adoptados en su propio entorno. Posteriormente esto posibilita, el trabajo sobre las dificultades personales y relacionales del día a día, y ofrecer estrategias para mejorar la comunicación familiar y/o de negociación familiar....etc.
- Una adecuada planificación y abordaje de Los

Recursos del ámbito de la intervención psicosocial será un aspecto clave junto con la coordinación con otros ámbitos (educativos, sociales y de salud mental), marcando como fundamentos para la atención de estas patologías. Se presenta importante también prever recursos de respiro y de intervención en situaciones de crisis.

Reflexiones de la intervención con la familia adoptiva:

- El acompañamiento y orientación es indicado para facilitar en el rol parental la “función de sostén” (holding) para los hijos/as en los momentos iniciales de la integración y convivencia como familia adoptiva, así como, en hitos para el desarrollo evolutivo y en momentos de crisis.
- Una parte de la intervención está orientada a favorecer el mantenimiento de la vinculación familiar, ya que esta se convierte en una piedra angular de la misma, en la medida que permite paliar los riesgos asociados por el temor al abandono y/o reactivación de las separaciones tempranas.
- Una adecuada comprensión y capacidad de re-traducción (función de reverie) de las conductas y vivencias emocionales específicas (traumas, pérdidas...) es un aspecto relevante de dicha vinculación. Por ello, se fomenta dicha capacidad en las familias, impulsando también la capacidad de mentalización.
- Se torna imprescindible minimizar los riesgos y ayudar a tomar conciencia de estos funcionamientos y/u organizaciones de personalidad. Así como, detectar los posibles indicadores que permitirán evaluar si estos riesgos se contienen o se mantienen más allá de la mayoría de edad, pudiendo generar una mayor conflictiva familiar y/o situaciones de exclusión social.

Tejiendo la Red de Recursos:

Si bien desde programas específicos como es el PAAB, se está atendiendo a esta población infanto-juvenil adoptada, se percibe también una necesidad de promover y estructurar recursos específicos dentro de la red sanitaria como de otros ámbitos.

Es decir, la prioridad es disponer de dispositivos combinados tanto en la atención de salud mental infanto-juvenil como en el ámbito psicosocial (ej.: “Centro de Día” para población infanto-juveniles, Centros

Residenciales de protección específicos...etc.) que permitan ofrecer una atención global, multidisciplinar y coordinada para la población adoptiva menor de edad y sus familias.

Para finalizar, el Servicio de Infancia D.F.B y Agintzari - como prestadora de este programa de Adopción PAAB- señalan la necesidad de seguir profundizando en esta realidad. Destacando la aportación preliminar de este análisis y/o estudio, si bien, la muestra no representa la totalidad de la población adoptiva, quiere expresar el importante y variado volumen de necesidades psicológicas que requieren de apoyos multidisciplinarios y se presentan como un reto para los próximos años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1990). *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1987). *Manual de psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.
- Brodzinsky, D. M., Schechter, M., y Marantz Henning, R. (2011). *Soy Adoptado*. Madrid: Grupo 5.
- Kernberg, O.: Psychoanalytic Psychotherapy with Borderline Adolescent. En: *Adolescent Psychiatry*. 1979, vol. 7, pp. 234-256.
- Kernberg, P., Weiner, A.S. y Brandenstein, K. (2001). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Palacio Espasa, F. y Dufour, R. (1994). *Diagnostic structurel chez l'enfant*. Elsevier Masson. [Trad. Cast.: (2003). *Diagnostico estructural en el niño*. Barcelona: Herder.]
- Rius, M., Beá, N., Ruiz, M^aJ., Torras, E. (2011). *Adopción e Identidades. Cultura y raza en la integración familiar y social*. Barcelona: Octaedro.
- Rygaard, N.P. (2008). *El niño abandonado*. Barcelona: Gedisa.
- Treatcher, A., y Katz, I. (2000). *The dynamics of adoption: Social and personal perspectives*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Verrier Newton, N. (1993). *The primal wound: understanding the adopted*. Luisville: Gateway Press. [Trad. Cast.: (2010) *El niño adoptado. Comprender la herida primaria*. Barcelona: Albesa.]

ADOLESCENCIA Y DUELO: A PROPÓSITO DE UN CASO*

ADOLESCENCE AND GRIEF: REGARDING A CASE

Isabel Reyes de Uribe Zorita**, Esmeralda Vegazo Sánchez*** y Cristina Catalina Fernández****

RESUMEN

En este trabajo se presenta un caso de una adolescente que, por medio de la psicoterapia, podrá entrar en contacto con el dolor por la pérdida que se oculta tras la manifestación clínica. El trabajo de psicoterapia, además, le permitirá enlazar este duelo con otras pérdidas de la infancia y, por tanto, con los duelos propios de esta etapa evolutiva.

Palabras clave: Adolescencia, Duelo, Psicoterapia

ABSTRACT

In this paper we present a case of an adolescent who, through psychotherapy, may become aware of the pain due to the loss behind the clinical manifestation. In addition, psychotherapy will allow her to connect this grief with other losses of childhood and, therefore, with grieves of this development stage.

Key Words: Adolescence, Grief, Psychotherapy

El caso que presento es el de una joven de 16 años, María, a la que atiendo en un Centro de Salud Mental.

La demanda la realiza porque lleva unos meses

sintiendo síntomas de tipo ansioso. Ha sufrido varios episodios de crisis de angustia; María explica que se pone muy nerviosa, hasta el punto de no controlarlo, “se me va de las manos”, en esos momentos, además, siente mucha rabia y según va progresando el episodio describe también sensación de parálisis de la cara y/o los miembros y la sensación de creer que va a morir.

A pesar de que últimamente siente una angustia permanente en unos niveles moderados, las crisis suelen responder a situaciones más concretas, fundamentalmente, ante los exámenes y cuando discute con su novio, temiendo que él decida romper la relación.

María vive con sus padres y su hermana menor, de 11 años. Estudia 1º de bachillerato con buenos resultados académicos. Tiene un grupo de amigos “de siempre” con los que sale regularmente. Le pregunto por sus aficiones: salir, el deporte, la música, las series de televisión e ir de compras. Sin embargo, reconoce que ha dejado de realizar deporte con tanta frecuencia en los últimos meses, tras una lesión en una rodilla. Jugaba en un equipo de baloncesto, en el que también juegan las que son sus mejores amigas. Para ella no sólo suponía un hobby, un

* Comunicación presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas” tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. E-mail: isa_zorita@hotmail.com

*** Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

**** Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

lugar donde relacionarse con sus amigas sino también una auténtica “vía de desahogo”. El primer ataque de ansiedad tuvo lugar en un partido de baloncesto, al sentir que “le fallaba la rodilla” empezó a encontrarse muy mal, sintiéndose que “se ahogaba”.

La ansiedad fue haciéndose más constante, sintiéndola prácticamente a diario desde finales del curso pasado, al terminar la educación secundaria, ante la perspectiva de comenzar el bachillerato y preocupada por tener buenas notas para su acceso a la universidad. Aunque también, comenta, su madre considera que María siempre ha sido muy nerviosa.

No recuerda la edad pero sí que consultó anteriormente, de niña, por “miedo a dormir”. Recuerda que quería dormir en la habitación de los padres y ellos no la dejaban. Cree recordar que debía de tener miedo a la oscuridad pero también, de pequeña, dice, tenía miedo de que le pasara algo a alguien de su familia, “que los secuestraran o algo así”.

Al ser preguntada por su infancia empieza a llorar dice que no le gusta recordarlo porque la tiene ligada a su abuela (paterna) y ésta falleció a principios de año. “Me enseñó todo”, dice de ella. Enfermó hace un par de años; en un principio los médicos dijeron que tenía Alzheimer pero luego lo descartaron. “Dejó de hablar y moverse pero era consciente de todo”. El último año estuvo ingresada en una residencia. María se siente culpable porque lo pasaba muy mal si la iba a ver por lo que dejó de ir. Se siente culpable de haber antepuesto su malestar cuando su abuela quería verla: “cuando yo iba sonreía”.

Sigue explicando “En la etapa típica de los niños de tener miedo a que se mueran sus padres, mi hermana tenía miedo de eso y yo de que se muriera mi abuela, no quería que se muriera”. De entre los abuelos “mi preferida era ella, está mal tener un abuelo preferido”.

Tras esta primera entrevista, me planteo como hipótesis de trabajo que el duelo por la enfermedad y la muerte de su abuela haya quedado sin resolver, enmascarándose mediante los síntomas de angustia. También me parece importante tener en cuenta la lesión de rodilla y el proceso físico que está viviendo, ya que supone otro duelo añadido para María, dejando de hacer deporte con todo lo que esto implica para ella.

Con esta hipótesis en mi cabeza, en las siguientes sesiones dejo que María hable. De forma espontánea, comenta, afectada, que ha estado unos días con su familia en el pueblo de sus abuelos paternos. Esto la ha removido mucho ante el recuerdo de su abuela.

Algo que repite a lo largo de las sesiones y que a ella

le perturba es que su familia parece seguir hablando de su abuela con naturalidad, mientras que María se siente incapaz de hablar de ella ni de pronunciar su nombre, a lo largo de las sesiones se refiere siempre a “ella”.

Durante esta sesión explica “Para mí ella siempre ha sido todo. Era diferente entre nosotras” “Yo era su preferida pero porque yo era la que más tiempo pasaba con ella”. María fue la primera nieta para sus abuelos paternos. “Éramos nosotras, siempre juntas”. “Hacíamos de todo, me enseñaba de todo, siempre tenía que estar pegada a ella, lo que hacía ella lo hacía yo”.

Los padres trabajan ambos fuera de casa, por lo que siendo bebé la dejaban días alternos con una abuela y otra. Aunque explica que siendo más mayor pasaba el día con esta abuela porque ella quería. Recalca que sus padres sí que pasaban tiempo con ella y con su hermana, no iba con su abuela porque la dejaran sus padres allí sino porque María quería ir. Recordando la casa de sus abuelos: “Es un sitio que me trae paz cuando estoy agobiada voy allí”.

Durante las siguientes sesiones aparece un sentimiento de tristeza ante cualquier acontecimiento que haga revivir el recuerdo de su abuela. Voy señalando la pérdida que ha supuesto para María, quien, reconoce, “fue peor perderla en vida”. Habla de los cambios que sufrió su abuela a partir de la enfermedad. Recuerda cómo fue dejando de hacer cosas con su abuela, incluso hablar.

Y sigue apareciendo la culpa por no haberla ido a ver durante el último tiempo. Desculpabilizo haciéndole ver lo insoportable que resultaba esto para ella.

Explica que era duro porque su abuela era consciente y que no tenía tratamiento por tratarse de una enfermedad rara, de haberse tratado de Alzheimer no habría sido tan consciente pero que ella era consciente de no poder caminar, no poder hablar. Aun así dice que luchó y aguantó. Explica cómo luchó durante toda su vida, da ejemplos de una gran fortaleza, rozando lo extraordinario.

De la misma manera que su abuela fue dejando de hacer cosas con María, María fue dejando de hacerlas con su abuela. Explica que durante el último tiempo María tampoco se atrevía a pasear con ella, “si se me caía yo qué hacía, no podía”.

Señalo la imagen de fortaleza y cómo luego “ya no podía hacer nada”, ese contraste tan dramático, enfatizando en lo doloroso que ha resultado para ella la pérdida de esta imagen de lucha y fortaleza. Empieza a pasar algunas semanas más tranquila. Ha pensado acerca del sentimiento de culpabilidad por no ir a ver a su abuela, explica además que “el día antes de eso” (la muerte de su abuela) era sábado y cuando su padre salió para ir a

verla, le propuso a María que lo acompañara; ella quería acompañarlo pero finalmente no lo hizo porque no le daba tiempo a arreglarse para salir, "ya voy el lunes y era la última vez que la iba a ver aunque no lo supiese".

Vuelvo a señalar lo difícil que resultaba para ella ver a su abuela en esta situación y que, quizás, "el no darle tiempo", era una forma de posponer el enfrentarse a algo tan doloroso. Explica que la mayor parte del tiempo "estaba ida", la vio insultando a las personas de alrededor y muy nerviosa.

Vuelvo a macar el contraste con la imagen que tenía de ella: "La veía vulnerable, sufriendo" y cómo parece que antes no existiese sufrimiento en ella. "Sufría claro pero conmigo como era pequeña no lo expresaba, siempre estábamos riendo y pasándonoslo bien".

Recuerda que el día en que su padre le dijo que su abuela estaba enferma "fue como si se me viniese el mundo abajo". "A la que más miedo tenía de que le pasara algo". Explica que desde que era pequeña, antes de que su abuela enfermase, "lloraba porque no quería que se muriese".

Previamente había vivido la muerte de sus dos bisabuelas. Con 6 años murió la madre de su abuela materna, se puso muy triste al ver llorar a su abuela, así que cuando falleció su otra bisabuela, la madre de su abuela paterna, a los 8 ó 9 años sus padres deciden no decirle nada cuando sucedió, mientras la familia estaba de vacaciones. Respecto a esta bisabuela recuerda que jugaban las tres a las cartas y que la bisabuela le hacía trampas, lo que a ella le enfadaba por lo que la abuela mandaba a la bisabuela a otra habitación y María se quedaba con su abuela.

En cuanto a la muerte de su abuela paterna, refiere que no había visto llorar a su padre así antes, ni a su abuelo.

Exploro la relación del padre con la abuela. "Muy buena, se parecen mucho en forma de ser". El padre acompañó a la abuela durante su enfermedad, sin embargo, las hermanas del padre no iban porque "lo pasaban muy mal cuando iban a verla". El padre se enfadaba con ellas "todos teníamos que cuidarla y estar con ella aún si lo pasábamos mal". Señalo esto en relación a su sentimiento de culpa. Dice que a ella también se lo decía y se enfadaba con ella. Esto le creaba presión. Se arrepiente de no haber ido, tal como le decía su padre que le iba a suceder. "Nunca le dije que no podía, no me gustaba hablar de eso".

Ahora, dice, todos se vuelcan en el abuelo y ella no va a verlo porque no es capaz de volver a entrar en la casa. Además le duele el hecho de que el abuelo siempre se

está quejando, de dolores "¡y está mejor que cualquiera!", de la pena de la pérdida de la abuela, de lo solo que le ha dejado "y me pone muy nerviosa".

En una de las sesiones comenta que su familia se reunió para celebrar el cumpleaños de su abuela. María no fue, no quiso y no podía. "Era la primera vez que he sido consciente de que no estaba". Todos los años se reunía la familia para celebrarlo. "Para mí no es algo que haya que celebrar".

"No avanzo", se reprocha. Indico la importancia de respetar las diferentes formas de llevar el duelo y de cómo ella necesita hacerlo así, por ahora. Explica que sus tías y primas publicaron en facebook fotos de la reunión familiar y que a ella le dolió, porque no era algo para compartir. Pregunto si ella compartía con los demás aspectos de su relación con su abuela. Dice que sí pero que con su abuela tenían secretos entre ellas, cosas que el padre no le dejaba hacer y su abuela le permitía, a ninguna de las dos les tenían permitido comer dulce y lo hacían a escondidas. "Nuestras cosas que sólo sabíamos nosotras no las compartía". Esto nos lleva al significado que ha tenido su abuela para ella: "Para mí era todo, la persona con quien mejores momentos he vivido, la considero una madre". Le decía que era su preferida y favorita delante del resto de nietos. "Me hacía sentir mal porque estaban delante" "Yo sé que era muy especial para ella igual que ella para mí pero a veces siento que no he estado a la altura" Explica que su abuela estaba con ella cuando estaba mala y que ella no lo ha estado, no lo suficiente a pesar de que sabía que su abuela se ponía muy contenta cuando iba a verla. Explica que durante el último tiempo tenía un comportamiento incoherente, deliraba y que ella intentaba entenderla, le seguía el juego "haciendo el paripé", no la contradecía mientras que los demás no la escuchaban.

Durante el periodo de navidades, María vuelve a sentirse más decaída y echa en falta a su abuela, es el primer año que se reúne la familia sin ella. "Las Navidades muy mal, te das cuenta de todo". Para María, en esta situación, se hace evidente la pérdida; explica, cada vez tiene más momentos en los que es consciente de la pérdida.

Sigue sin hablar con su familia de su abuela, sólo habla de ella con personas que cree que no van a sufrir porque hable de ella, con su novio y en las sesiones conmigo. Tiene miedo de generar sufrimiento al otro. Lo relaciono con la conciencia de la pérdida de la que hablaba anteriormente y las situaciones en las que se plasma la pérdida: encuentro de familia, hablar de ello, su propia

toma de conciencia así como el hecho de cómo imagina que el otro que vive la pérdida.

Habla de un cambio en general, se encuentra mejor, con más ganas. Dice que antes veía "que no remontaba", "muy triste, con ansiedad por dentro". A pesar de que sigue el dolor que, cree, sentirá siempre. Antes, dice, sentía frustración, rabia, no sabe qué sentía... "caos".

Aun así, dice, no ser todavía consciente de la pérdida, "como que la voy a ver", aunque lo piensa menos porque antes "lo tenía todo el tiempo en la cabeza". Ahora se permite disfrutar cuando sale con sus amigos y pensar en volver a practicar algo de deporte. "Darte cuenta de lo que es la pérdida de verdad es lo peor de todo". Le da miedo seguir con su vida, "avanzar es dejarla".

Le indico que la pérdida forma parte de la vida. Dice que es la primera pérdida importante y habla de lo que significó para ella. Aquí recojo el hecho de cómo, según habla, parece que con su abuela todo era posible y que la idea de muerte es incompatible con esta idea. Asiente. "Era yo para ella y ella para mí". A sus padres, explica, los compartía con su hermana pero con su abuela estaba todo el tiempo, "me explicaba para que yo aprendiese, hablaba de todo con ella".

Se cumple un año de la muerte de su abuela y en este momento reaparece la angustia, que durante el tiempo que llevábamos viéndonos no había aparecido. Habla de cómo ya no sentía ansiedad sino dolor. Señalo cómo actuaba la ansiedad cuando no podía expresar el dolor por la pérdida. Rememorando, comenta que este año se le ha hecho muy largo.

Pregunto si hicieron algo para conmemorar el aniversario. Dice que ella no hizo nada, que ni siquiera sabe dónde está, sus cenizas, que no lo ha querido saber. Tampoco sabe si su padre o sus tíos habrán hecho algo, dice que tampoco les ha querido preguntar. Parece que el no saber está ocupando el lugar del todo que ocupaba la abuela.

Le pregunto por su rodilla. Dice que ha hecho hace poco la rehabilitación y que "no le ha servido de nada". Sigue yendo al gimnasio porque para ella es un desahogo. "Luego salgo y me duele pero me aguanto". Ahora tiene que ir a un fisioterapeuta a nivel privado porque ya no le ofrecen más tratamientos ni soluciones.

Empezó notando un dolor cuando practicaba baloncesto... tardó unos meses en ir al médico. "No pensaba que fuera a ser esto, también pensaba que con la rehabilitación se me iba a pasar".

Sugiero cómo ha podido influir también el proceso físico en cómo se ha sentido a lo largo de este año.

Reconoce que sí porque era su vía de escape, y que no podía desahogarse de lo que sentía, la sensación de malestar que le generaba el "no poder...".

En un principio la angustia deja paso al dolor por la pérdida, se permite verbalizar durante las sesiones lo que siente respecto a su abuela. Esto resulta especialmente importante porque, como dice, no es capaz de hablar de ella ni de cómo se siente con otras personas. Así cobran protagonismo emociones como la tristeza, la culpa, el echarla de menos... La culpa está muy presente, por no haber ido a visitar a su abuela durante la enfermedad, y esto resurge culpas anteriores, por haber sido para su abuela su nieta "preferida" y, para ella, su abuela, su abuela "preferida".

Esta culpa seguramente nos remitiría a otra más temprana, ya que la relación que María mantiene con su abuela es de tipo dual, "éramos nosotras, siempre juntas". "Para mí ella siempre ha sido todo. Era diferente entre nosotras", "Era yo para ella y ella para mí", recordándonos el tipo de relación dual que se establece, normalmente con la madre, en la primera etapa de la vida.

Todo lo que vamos trabajando acerca de estos sentimientos me permite, más adelante, interpretarlo desde el sentido que tiene la pérdida para ella, desde la impotencia que siente por la muerte de su abuela y por su rodilla, por su cuerpo que falla, frente a la imagen de fortaleza, y de "omnipotencia" que tenía de su abuela.

Algo que María repite frecuentemente es el "no poder": no poder hacer deporte, no poder hablar de su abuela, no poder ir a verla durante el último tiempo, no poder acompañarla ("si se me caía, yo no podía"), de la misma forma, en que su abuela dejó de "poder". Se produce un gran contraste entre la imagen de su abuela que "hacía todo y le enseñaba todo" con la abuela que ya no podía caminar ni hablar.

Esto nos hace pensar tanto en el papel que juega la fantasía de omnipotencia, con la idealización que ha supuesto en la figura de su abuela, así como en un posible proceso identificatorio que se da tras la pérdida, en el que ni una ni otra "pueden".

Podemos también hacer una lectura de este caso desde la problemática adolescente, ya que aquí vemos cómo se manifiestan los conflictos propios de este periodo vital.

La adolescencia constituye un proceso de cambio importante, de transición entre niño y adulto, en el que se produce un proceso de elaboración de estos cambios y de resignificación del mundo infantil, a través de una serie de duelos a los que debe hacer frente el adolescente: duelo

por el cuerpo infantil, duelo por la identidad infantil y duelo por la relación de los padres.

En esta etapa vital María se encuentra además con otra serie de duelos: cuando se encontraba elaborando la pérdida del cuerpo infantil y tratando de identificarse con su nuevo cuerpo, adulto, en este momento en que vuelve a tambalearse la unidad cuerpo-psique, aparece una lesión en lo real del cuerpo que dificulta esta integración y la elaboración de este proceso de duelo, sobre todo, porque en el caso de María, el cuerpo y su relación con el deporte formaban parte de la identidad que estaba construyendo.

También en el cuerpo se manifiesta el síntoma, la angustia, con una sensación de parálisis de cara y miembros durante los ataques de ansiedad.

Existe otro duelo propio de la adolescencia que tiene que ver con la relación con los padres que se tenía de niño, esto implica un distanciamiento de las figuras de apego, en pro de la autonomía del individuo. Sin embargo, existe una importante ambivalencia entre la dependencia y la independencia a alcanzar. En este caso, María no sólo se separa de una de sus figuras de apego sino que la pierde.

Respecto a esto, podemos pensar en dificultades propias de María, recordemos el miedo a que se muriera su abuela y el haber consultado por un “miedo a dormir” porque quería dormir en la habitación de sus padres. Aparte de la conflictiva edípica ligada a esta situación también hay que pensar en la dificultad en la separación. Y es que, además, la adolescencia como etapa de cambio también nos remite a las pérdidas anteriores del sujeto.

Como vemos, la pérdida de su abuela así como su lesión física producen una brusca ruptura en los procesos de elaboración que María debía llevar a cabo durante su

adolescencia. Se produce una brusca desidealización de una de sus figuras de apego, figura con la que también se ha identificado y a quien ha idealizado durante su infancia. De la misma forma, también se produce un repentino abandono de la fantasía de omnipotencia (plasmado en la enfermedad y muerte de su abuela), tan necesaria durante la primera infancia, y a la que el adolescente se agarra de nuevo antes de, si todo va bien, dejarla y adaptarse a la realidad, asumiendo la propia castración.

María se aferra al “no poder” en un momento en que se deben producir una serie de logros madurativos. De hecho su angustia inicia durante un partido, al ver que “su rodilla le falla” y aparece de forma recurrente ante los exámenes, con el temor a que los resultados académicos sean insuficientes y peligre su acceso a la universidad.

En la adolescencia también tiene lugar una reedición del complejo de Edipo, que dará paso a las relaciones de la vida adulta. La culpa que María siente por no haber ido a ver a su abuela hace resurgir otras culpas más antiguas que tienen que ver con las relaciones duales que ha establecido y con la triangulación. Recordemos el ejemplo de cómo María se enfadaba cuando su bisabuela le hacía trampas y acababa consiguiendo quedarse a solas con su abuela. Y también, en la actualidad, en otra relación de tipo dual aparece el temor a la pérdida con el miedo de que su novio rompa con ella.

Hablar de todo esto le ha permitido a María “avanzar”, según sus palabras, en su duelo, o podríamos decir, en sus múltiples duelos para poder elaborar la pérdida actual, que ha irrumpido de forma brusca, haciendo tambalear los cimientos que María estaba construyendo para su identidad adulta.

EL SUEÑO Y LA ECOGRAFÍA: IMÁGENES DE LA GESTANTE*

DREAMS AND ECHOGRAPHY: IMAGES OF THE PREGNANT WOMAN

Agustín Béjar Trancón**, Nieves Berjano Murga***, Maribel Ramos Fuentes***, José Antonio Domínguez Arroyo***, Francisco-José Vaz Leal****

RESUMEN

En la presente comunicación nos centraremos en describir una serie de hallazgos sobre el relato de las mujeres, en torno a la 27 semana de gestación, respecto a su actividad soñadora centrada en el bebé y sus vivencias de la consulta ecográfica de la 20 semana. El material se recogió en el contexto de una investigación sobre las representaciones maternas en el embarazo en condiciones medicalizadas y de riesgo. Sueños centrados en el embarazo y en los que recuerden que aparezca un bebé son más frecuentes en el grupo control (embarazo normal), frente a su escasez en el de estudio (reproducción asistida, embarazo de riesgo), así como, por otro lado, la vivencia de la consulta ecográfica, en general positiva emocionalmente también, da lugar a relatos con más elementos de extrañeza en este segundo grupo. Se plantean una serie de reflexiones sobre este hallazgo en relación al trabajo psíquico en el embarazo en circunstancias médicas especiales.

Palabras clave: embarazo, representaciones maternas, sueños.

ABSTRACT

In the present work we will focus on describing a series of findings about the descriptions done by women around

the 27th week of gestation, regarding their dreaming activity centered on the baby and their experiences of the ultrasound consultation of the 20 week. The material was collected in the context of an investigation on the maternal representations in pregnancy in medicalized and at risk conditions. Dreams focused on pregnancy and those who remember that a baby appears are more frequent in the control group (normal pregnancy). The experience of the echographic consultation, in general also emotionally positive, is described in terms of more elements of strangeness in this second group. A series of reflections on this finding are presented in relation to psychic work during pregnancy in special medical circumstances.

Key words: pregnancy, maternal representations, dreams

Las condiciones de riesgo en que se centraba el proyecto de investigación son los embarazos en que se recurrió a técnicas de reproducción asistida y aquellos con una circunstancia de riesgo para la salud del feto detectada en el embarazo, así como gestantes con experiencia previa y cercana en el tiempo de aborto tardío.

Por otro lado, el desarrollo actual de las técnicas de reproducción asistida ha alcanzado un auge que, en

* Comunicación presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Dr. Psiquiatría-psicoterapeuta. Sepypna. E-mail: agustin.bejar.t@gmail.com

*** Dr. Ginecología H. Materno-infantil S. Extremeño de Salud.

**** Prof. Dr. Psicología Médica y Psiquiatría. Facultad de Medicina U. Extremadura.

unión con determinadas condiciones de la vida actual (el conflicto desarrollo profesional/parental, edades tardías de maternidad, cultura del contrarreloj) hacen que cada vez la proporción de mujeres que acuden a unidades específicas de tratamiento sea mayor, dándose el hecho de que también en muchos de los embarazos espontáneos, la gestante ha pasado no hace mucho por estudio y tratamiento en estas unidades. Esto nos lleva a pensar en la importancia de conocer más de cómo estas circunstancias inciden en el trabajo psicológico de embarazo, en la conformación de las representaciones maternas (y paternas, pero diremos esto para resumir) que, como un amplio campo de estudios ya realizados confirma (Stern, Golse, Ammaniti, Bydlowski) son la base o los cimientos de la posterior “preocupación materna primaria” y el ajuste al niño que enmarcará el desarrollo en la interacción de la diada y, por tanto, del niño.

EL CONTEXTO DEL ESTUDIO SOBRE LAS REPRESENTACIONES.

El estudio global dentro en el que se enmarcan las observaciones que analizaremos aquí, es un estudio dirigido a describir la manera en que el desarrollo de las representaciones maternas en el embarazo es afectado por situaciones especiales de riesgo e intervención sanitaria (riesgo aumentado de patología fetal, reproducción médicamente asistida), así como a dilucidar el impacto de estas circunstancias en las interacciones precoces padres-bebé y los estilos de vinculación⁵.

Los aspectos representacionales de la experiencia constituyen una red de conceptos e imágenes duraderas de sí y del otro, un “mundo representacional” que aporta a la experiencia personal un esquema de base de referencia. Una de las tareas básicas durante el embarazo es que la mujer construirá una nueva imagen de sí en tanto que madre y en relación al niño. Se han identificado estilos maternos de hacer ese desarrollo (Raphael-Leff, 1983, 1985, 1986).

En las últimas décadas se ha ido conformando un grupo de trabajos pioneros y muchos otros sobre estos que han explorado las representaciones mentales de las mujeres durante el embarazo, focalizando su interés en

la posibilidad de prever, mediante las características de esas representaciones, la calidad posterior de la relación madre-bebé, así como de predecir la patogénesis de los desórdenes de la relación materno-filial (Fava Vizziello y Stern, 1992; Sameroff y Emde, 1989, Fonagy, 1992). La importancia clínica de las representaciones maternas en conjunto con la interacción observada está bien establecida (Brazelton y Cramer 1990, Manzano 2001).

Por otro lado, condiciones médicas especiales en torno al embarazo y parto (patología fetal o riesgo elevado de ella, reproducción asistida, prematuridad) constituyen factores de riesgo psicosocial añadido al físico, en relación a su influencia sobre etapas muy sensibles del desarrollo psicológico, puesto que la constitución del vínculo precoz es determinante para el posterior desarrollo del sujeto. Por esta razón, identificar la influencia de estas circunstancias sobre el desarrollo representacional en el embarazo y post-parto y sobre el establecimiento de las vinculaciones precoces puede ser de gran importancia para contribuir de forma prospectiva, preventiva, y terapéutica, ayudando a discriminar “estilos parentales” especialmente vulnerables a la incidencia de esos factores, lo que puede ser clave para promover el desarrollo futuro en condiciones de salud.

Las entrevistas semiestructuradas utilizando la “Entrevista para las representaciones maternas durante el embarazo” de Ammaniti (Ammaniti, 1991, 199) nos parece un método valioso y muy recomendable para contactos puntuales en el embarazo, que además de ofrecer un método de investigación de aspectos difícilmente obtenibles de otra forma, permite intervenciones de apoyo y preventivas. Esta entrevista aborda una serie de áreas como son la organización por la mujer de sus experiencias y vivencias de embarazo, el deseo de maternidad en su historia, sus emociones y la de su pareja, tanto al inicio como en los cambios durante el embarazo en diversos aspectos centrales, así como de forma importante sus percepciones, emociones y fantasías maternas y paternas, y el “espacio” en construcción para el niño interior, para proseguir con sus perspectivas temporales y la perspectiva histórica con relación a su propio pasado y vivencias infantiles. El contacto con las mujeres en la hora-hora y media que dura

⁵ Para el proyecto de investigación: “Evolución de las representaciones maternas en embarazos de riesgo”, investigadora principal la Dra. Maribel Ramos, cuyo trabajo de campo fue realizado con financiación de la Junta de Extremadura, en coordinación con el Servicio de Ginecología del S.E.S., contamos con el estímulo y apoyo del Dr. Juan Manzano, a quien agradecemos su generosa aportación.

nos permitió la experiencia de la calidez y riqueza que una entrevista personal centrada en sus vivencias abre, en un momento tan peculiar que estas mujeres estaban viviendo (“transparencia psíquica” Bydlowski, 2007), así como nuestra impresión de que incluso un método, en principio de estudio y sin pretensiones terapéuticas, puede ofrecer una palanca para potenciar la capacidad narrativa y de elaboración propias de cada una de ellas.

EL SUEÑO Y LA ECOGRAFÍA.

Dentro de la amplitud del estudio sobre las representaciones de estas mujeres (sobre el bebé, sobre sí, la pareja, la madre), desarrollamos una línea colateral que nos parece de gran potencialidad: las vivencias de la mujer en la consulta ecográfica y el relato de sus sueños en el embarazo, si recordaban sueños especiales durante este y si soñaban con bebés o con el bebé que esperaban, cuya profusión se plantea mayor en esta etapa (Bydlowski 2007). Ya en un trabajo previo (Berjano y cols. 2001) sobre la interacción médico-gestante en la consulta ecográfica, nos planteábamos que dicha consulta ofrecía un escenario privilegiado para observar los procesos psicológicos de la gestante y el posible papel del cuidado del personal médico en las “nuevas etapas vitales” de las que es testimonio, más allá de su rol técnico. El relato de la mujer sobre lo que aparece en estas “pantallas”, la ecográfica y la del sueño, puede ser de gran interés para indagar sobre el cambiante proceso dinámico y de reorganización que está viviendo.

En este sentido destacaremos un hallazgo del primer análisis de una muestra de 20 de las pacientes del total de 40 (seleccionadas por orden de recepción, 12 del grupo de control y 9 del de estudio), si bien no con validez estadística, más con el objetivo de analizar sus relatos al estilo del estudio de casos, de forma descriptiva.

Las narraciones de las gestantes.

Los sueños:

La mayoría del grupo control si refiere haber tenido sueños con el motivo del embarazo y el bebé o bebés (11 de 12, y la que refiere no haber soñado con el bebé, sin embargo sí refiere un sueño en que le lleva la foto de la eco al marido a punto de morir –en el sueño-). Si bien es lo más frecuente que no vean en sueños la cara del bebé, algunas sí. Por el contrario, de las de 9 de estudio, sólo tres sueñan con un bebé o bebés, sólo una lo ve (“tenía la cara del hijo recién nacido recientemente de un primo”).

La ecografía (de la 20 semana):

En el grupo de control prácticamente todas refieren esa consulta y ver al feto en la ecografía como una experiencia emocional positiva, que les une más o en donde elaboran algún rasgo identificador del bebé. Una refiere no obstante su rechazo de esa consulta en eco pues se lo ve “a trozos”.

En el grupo de estudio, aún predominando la vivencia global de “emoción positiva” en la consulta ecográfica, destacan varias con respuestas en donde aparece algún elemento de extrañeza o bien centradas en detalles físicos parciales, de órgano, o resaltando también lo fragmentado de la imagen (la falta de globalidad): “escalofriante” “claustrofóbico” “un alien”, nombran más órganos (huesos, columna) o comentarios que sugieren lo parcial “no cabe en la pantalla”.

....

Como ejemplo mostramos el estilo de estas descripciones con sus propias palabras:

Sueños.

Grupo de estudio.

Ej. 1: “sueños he tenido muchos y...quizás alguna que otra pesadilla ahora al final, o sea, pesadillas que entiendo que son los típicos miedos de ser primeriza, de cómo voy a responder como madre y son porque sí, son relacionados con todo esto. [...]Pues...soñar...con él precisamente no, son sueños relacionados con...con esto, con el hecho de ser madre pero ya le digo que sobre todo son sueños inquietos.”

Ej.2: “Soñar... O sea que te hayas despertado y hayas dicho: “ay, he soñado con la niña”, pues no sé. Ahora mismo no caigo. (¿No se acuerda?) -No.”

Ej. 3 “No -no recuerda haber soñado con su niña o con un niño en el embarazo-

De quitarme el sueño el poder perderlo (poder perder el niño) sí. Porque yo nunca me he despertado a las cuatro o cinco de la mañana; cuando estaba en reposo absoluto me despertaba. Sí tenía mucha ansiedad. Que no he soñado nada especialmente con ella, ni jugando, ni vistiéndola, ni... Yo crié a los de mi hermana. (O algún sueño que se le haya repetido en el embarazo...)- No. Yo con dieciocho añitos me fui a C. con mi hermana y le ayudé a criar a sus niños.”

Ej.4- “Sueño, sí sueño. Tengo unos sueños extraños, que yo, como todo el mundo, habré soñado siempre pero no los he recordado nunca...y nunca ha sido negativo, el que he recordado, y llevo...es que son temporadas. Al

principio soñaba mucho y eran...sueños de cosas, de cosas que siempre me han dado mucho miedo, como el agua. Soñaba que nadaba en el mar, y yo no sé nadar, me da un miedo terrible (¿Al principio?) Al principio, y cuando estaba con los tratamientos también me pasaba. (¿Ese tipo de sueños se repetían?) Sí, sí, luego se pararon un poco, y ahora en la semana pasada y la anterior, esta no, eso ya también...así, negativo...a mi padre lo he matado... cien veces...se ha muerto muchas veces...y no sé...un día me violaban...también. ... (¿Soñó con el embarazo? ¿o con la niña?) -No, nunca, ah, bueno algunas veces a lo mejor, quizás una vez, de...sí, de verla, con las coletas... (ríe) que yo la..., pienso como la voy a poner ¿no?, con unas coletinas, así rubina, ...no sé, algunas veces, sí.

Ej.5- "(sueños) No con él, no hm...hubo...uno...no me acuerdo, hubo uno no sé si tenía. Alguno se ha repetido, al principio, pero se me ha olvidado, en los 3-4 primeros, ahora no, creo que era con mi hermano, en relación con el niño, con la niña, pero no recuerdo."

Ej.6. "Yo sueño mucho con bebés, no sé por qué, he soñado mucho, no sueños macabros ni eso en ese sentido, ni que perdía...no, me cuesta dormir, pero no he tenido un sueño especial que se me haya quedado muy grabado ni... él sí (el padre), pero sinceramente, un bebé en brazos de imaginármela, o imaginarme paseando, en sueños no."

Ejemplo de sueños grupo control.

GC 1. "(¿ha soñado con el niño?)- No...de...sí, creo que he tenido algún sueño de verle la cara, pero no me acuerdo de la cara. creo que le comenté a mi madre, uy, me parece que me había soñado que lo tenía pero no le veo la cara, no, no se la veo, pero creo que ha sido una vez, no sé...no sé, sé que me había soñado con...con un...con el niño, con algo del niño, pero que no...no sé de qué iba el sueño...sé que me he soñado...(sí, que sabe que tenía que ver con el niño (risas)) exacto."

GC 2. "(¿ha tenido algún sueño con el embarazo de la niña?)-Sí, me he soñado... Primero me soñé que era una niña dos o tres veces, luego que era un niño. Antes de saber el sexo. Y vamos sí, he soñado ya varias veces con la niña. Pero tampoco recuerdo bien los sueños. (¿cómo recuerdas el sueño, agradable?)- Sí, agradable."

GC 3. "(Y sueños, ¿hatenido sueños con...?)- Con la niña sí. Sí pero vamos... No sé... Sé que me he soñado con el cochecito, me he soñado ya sin barriga, pero... no me he llegado a ver realmente... Porque quizás todavía. No sé. Dicen que al final del embarazo es cuando más te sueñas que ya te intentas imaginar la cara y todo eso. Pero vamos de momento soñar... No puedo definirte

exactamente lo que me he soñado, ni cómo ni... Sé que me he soñado cosas...

GC.4 "Tengo siempre la misma pesadilla. Bueno, hubo una época en la que me cargaba a toda la familia. Tenía mucho miedo a cargarme a toda la familia, cada vez que me dormía...(Pero ¿ahora durante el embarazo?)- Sí, sí, ahora. Se ha muerto mi marido, se ha muerto mi madre (ríe)... Sí, sí, me he cargado a todo el mundo (ríen). No sé por qué pero me ha dado por...(¿Y cómo era el sueño?)- Muy malo. Era muy malo, era como de una enfermedad, como de una leucemia o algo... Es que este fue como hace tres días. Le entraba como una leucemia o algo, y me acuerdo de ir incluso con una ecografía que... la foto de la ecografía, que él la viera, para que la viera antes de que naciera. O sea, a mí eso es algo que me da muchísimo miedo, que le pase algo a alguien de alrededor. (¿Y le pasaba a la bebé algo?)- No, a la bebe nunca. Ella tira para alante. Son los de alrededor."

Vivencia de la consulta ecográfica.

Grupo estudio.

Ej. 1 "Yo que sé, es que ya no es como antes, antes como la veías entera...ahora ves la cabeza, un brazo, la barriga así muy gorda la tenía, como no.... Lo vas viendo a trocinos no ves el conjunto total, yo, era más emocionante al principio que la veías entera, vamos en chiquinino, pero como la veías entera...pues te imaginabas el conjunto, pero ahora como la vas viendo a trozos.....el fémur, pues vale el fémur, el pie, pues el pie (risas) lo único que quieres es que te digan que está todo bien"

Ej.2. "Pues no lo sé, porque tengo ganas de ir ya la semana que viene para verle la carita. Porque yo cuando la veía en las ecografías parecía un alien: "Mira es un alien". Pero claro, porque es... tiene sólo huesinos (Claro...).Entonces, no sé ... La primera impresión fue esa: "¡madre!, si parece un alien". Y...No sé. No me la imagino.

Ej. 3. "Las ecografías hasta ahora bien, que todo por ahora está muy bien. Muy contenta.(¿Cómo le ha parecido en la ecografía?) Super bonito, super bonito. La de las veinte semanas, que se le van separando los órganos, y bueno, me impresionó un montón verle la columna... (Ahá) El hígado, los riñones... Todo. Más bonito. Muy bonito. (¿Fue acompañada a la ecografía?) Sí, sí."

Ej. 4 "Pues, me dio sensación de claustrofobia, mi marido dice: tiene que estar comodísima ahí, y a mí me

da la sensación de que es muy angustioso donde está metida, y me parece, yo le preguntaba a la tocóloga: no, no estoy preocupada, es que soy muy vehemente (porque preguntaba mucho) y porque me pareció todo muy desproporcionado, no sé, la cabeza muy grande, el ¿muy chico y me sorprendió verlo moverse tan pronto, y me sorprendió verlo tan personita tan pronto...a los... nos están viendo todos los meses aquí, (por alto riesgo, por edad antecedentes familiares y prolactina) y teníamos todos los puntos de Down en la familia (un primo) y yo pensé que me iba a agobiar mucho y ser obsesiva con muchas cosas y no...tengo la sensación de que todo va a ir muy bien (hasta ahora bien) Si, solo con el traslado molestias, el seguimiento de la PRL bien. Y eso pues que por eso el seguimiento es más intenso, te da mucha seguridad el verlo todos los meses, ver que todo va bien...y cómo cambian de un mes a otro, además es que se ve mucho, los ojitos, como los mueve, las manos y eso, y como le presionan y se mueve.”

Ej.5 “(¿Cómo lo describiría por lo que ha visto en la eco?) Es que es muy difícil de ver en la ecografía...no sé, antes, a los primeros meses lo veía mejor que ahora... Ahora ya no lo veo bien... (¿Cuándo es la última que se ha hecho? El mes pasado) Claro, va siendo más grande... No es fácil ya verlo entero. Claro, cuando se ve entero se puede uno imaginar...(risas) “imaginar”. Lo que sí tengo ganas es de ir a cualquier clínica donde hagan la de tres dimensiones o cuatro...que se ven perfectamente, porque tengo ganas...”

Ej. 6 “(en la ECO) Todo bien. A mí me causó una impresión muy fuerte, una cosa es en televisión y revistas de bebé -he leído muchas- pero me causó una sensación: me eché a llorar, porque la primera patada la cogió de cara: la nariz, la boquita, se veían mucho las cuencas de los ojos, y me quedé muy impactada, me dijo: “tranquila que esto...” y te cuenta que todavía muchas cosas por formarse, pero me quedó una sensación...escalofriante, lo que es en sí la cara, luego lo que es el cuerpo y la manitas eso y no...() ves lo que es un cadáver, la forma de un cadáver, eso es lo que me impactó: lo ves gordino, te piensas que eso está todo llenito, rellenito, y al ver eso, la primera sensación, pero eso fue lo que más me impactó. Se lo comenté a mi pareja, a mi hermana, ¿Te has emocionado? Pero por esto...”

Grupo de control. Ejemplos de relato sobre consulta ecográfica

GC.1 “(¿Y cómo describiría lo que ha visto? ¿de cómo

lo ha visto?)- Pues la verdad que súper emocionante, porque bueno, ya lo ves casi real ¿no? Entonces...lo tienes ahí pero tampoco...pero ya cuando lo ves ahí... además en las ecografías estas modernas de tres dimensiones que se ve casi la cara...(cómo lo describiría) pues la verdad que no sé porque es que..., ya le digo, son como emociones, tantos impulsos de emociones que tampoco puedes describirlo con todo... y bueno, encantada de la vida, todo...además sobre todo por eso porque siempre ha estado muy sanito y todo muy bien [...]son muchas emociones...te sientes quizás más madre en ese momento que antes, empezar a verlo más cerca y no sé...”

GC 2- “Fue muy bonito. Muy emocionante. La primera vez estaba de nueve semanas creo. Fui de pago, fui por la privada. Porque en la seguridad social hasta la once o doce semana creo que no me vieron, y yo quería que me vieran antes. Y nada muy bien, estaba ya más o menos formado el feto. Y... muy bien. Una ilusión. Sí, fue muy emocionante. (¿Fuiste sola?)- No, fuimos cuatro personas. Fue mi marido, mi madre y mi suegra. Los cuatro. Sí, muy contentos, llorando. Bueno, aquello fue... Muy bonito.”

GC.3- “Sí, la de 20, estábamos tan emocionados ya ahí viéndole los pies, eran huellitas, que si las manos, al principio me dijo “vamos a ponerla de perfil”, como le dije que la primera no había podido ver nada, pues la ginecóloga estupenda...Nos quedamos un poco más de tiempo para que la veas más. Le dije a H(marido): huy, como saque tu nariz, tampoco es que la tenga muy grande...y yo decía: hum, va ser narizona, y me decía “vamos a ver J -nombre de la madre-, que será la niña, el tamaño de la nariz lo tendrá que tener como el suyo (en relación)”. Pues sabes, por el perfil, me parece que la nariz va a ser como la tuya, no quiero que saque tu nariz... Lo único que fue eso. Luego cuando me la hicieron la semana pasada muy bien, la vimos bostezar y todo...la vimos también de perfil, ya no le vi la nariz así...”

Comentario sobre el material narrativo.

Este material descriptivo, podríamos decir que impresionista, nos suscita ciertas reflexiones sobre el trabajo psíquico en el embarazo, la elaboración de representaciones y el impacto sobre este trabajo de la medicalización ante situaciones especiales (como la reproducción asistida). Tenemos que considerar en primer lugar el momento en que se produce la entrevista (en torno a 26-28ª semana de gestación), tras la eco del segundo trimestre, así como el contexto referido.

El hallazgo de la mayor escasez de recuerdos sobre sueños en el grupo de estudio, así como los relatos sobre la consulta ecográfica con elementos de mayor extrañeza nos permite preguntarnos por los mecanismos con los que la gestante se enfrenta a esas circunstancias, en las cuales la intervención médica es mayor desde el inicio.

Ya en un trabajo pionero sobre representaciones en el embarazo, Fava Viziello (1998) refería cómo se producía una disminución de actividad representacional sobre el bebé en las últimas semanas de embarazo, proponiendo que en esa etapa ese era un mecanismo protector ante una prioridad psíquica: la anticipación y preparación al parto (con lo que supone de amenaza y momento crítico) y el paso a un escenario donde ya está el bebé fuera para el desarrollo del conflicto niño imaginario-niño real. En esta línea, es importante evitar el sesgo de patologizar, unido al ánimo normativizador que muchas veces portan consigo los estudios y objetivos preventivos cuando no son equilibrados, riesgo que también se ha referido precisamente en conexión con el auge en las últimas décadas del interés en la gestación (Luc Roegiers, 2003), que aportarían más “tareas” exigidas a la mujer embarazada. La idea es que determinados datos que pueden ser considerados como indicios de malfuncionamiento, pueden no obstante ser una buena adaptación a según qué contextos. En ese sentido, las gestantes en embarazos de riesgo o con R.A, pueden estar mostrando en su funcionamiento representacional tendencias compensadoras con relación a los cuidados y la medicalización aumentada que se han utilizado, y no ya solo dificultades. Podríamos así considerar que la menor abundancia representacional en cuanto al relato de sus sueños, de fluidez de sus ideas sobre el bebé (al menos en sus relatos, no recordar un sueño no quiere decir que no se sueñe, conviene recordarlo), podría estar en la línea de disminuir algo la ya referida “transparencia psíquica” (Bydlowsky, 2007), con menor permeabilidad de representaciones inconscientes, precisamente en ellas, más expuestas a la intervención de los profesionales, a una cierta “desposesión” de ese espacio privilegiado. Naturalmente que además están más presentes los temores de las incidencias médicas y experiencias más disruptivas, lo que también puede influir en esto.

Por otro lado, los relatos sobre la vivencia en la consulta ecográfica, en donde aparecen lo que denominamos como más ítems de “extrañeza”, nos sugieren un grado mayor en estos embarazos de lo que también ha sido referido como sentimiento de inquietante extrañeza, habitual en las etapas de mayor cambio en el desarrollo y con todo

el sentido que tiene en el funcionamiento psíquico ante lo nuevo. La parcialización de la imagen del feto en sus comentarios, ahí podemos pensar que más “pegadas” a lo técnico- médico, podría estar mostrando cierto obstáculo, en esas situaciones, para un proceso psíquico que vemos funcionando en el relato de las madres y también en el tono emocional dominante (que desplaza la descripción de la imagen): el de dar unidad en su representación a los elementos parciales, subjetivando o identificando al sujeto-bebé en base a alguno de esos elementos (como en el grupo control sí es más frecuente, por ejemplo hablando de un elemento parcial, como la nariz, del que se obtiene una identificación con un rasgo de un progenitor).

En todo caso, queremos resaltar por último cómo esta metodología, utilizada con ánimo exploratorio y de favorecer el contacto y narración de la gestante sobre el embarazo y sus vivencias e historia, nos muestra también lo que podríamos considerar un medio económico de fomentar un buen acompañamiento y cuidado psíquico de la mujer, sin psicopatología de relieve, en situación especial, la etapa de embarazo bajo circunstancias especiales de medicalización. Ese “plus” de cuidado especial podría consistir en un seguimiento de un par de entrevistas en segundo-tercer trimestre con alguna otra de revisión después, que colaborara, al ritmo pertinente para cada mujer, en ese trabajo psíquico que pueda favorecer su viaje a la maternidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ammaniti M. *Répresentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant, Psychiatrie de l'enfant* 1991, XXXIV, 2, p. 341-358
- Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R. *Maternité et grossesse*. 1999, PUF, Paris.
- Berjano N, Béjar A, Cabañes A, Vaz FJ. *Médico y gestante ante la pantalla. Análisis de la interacción médico-paciente en la consulta ecográfica*. Comunicación-póster presentada en el III Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente. Lisboa, 2001.
- Bydlowski M. *La deuda de vida (Itinerario psicoanalítico de la maternidad)*. Madrid: Biblioteca Nueva/Asociación Psicoanalítica de Madrid, 2007.
- Fava Viziello G, Antonioli ME, Invernizzi R y Calvo V. Del embarazo a la maternidad. La estructura del cambio representativo y narrativo. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. (1998), nº 25 pg. 117-138.
- Fonagy P, Steele H, Steele M.: Maternal representations of

attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Dev.* 1991 Oct;62(5):891-905.

- Manzano J, Righetti-Veltern M, Conne-Perréard E. El síndrome de depresión preparto: un nuevo concepto. Resultados de una investigación sobre los signos precursores de la depresión postparto. (En Manzano J (Ed.) *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. 2001, NECODISNE, Madrid., pag. 123-32).
- Manzano J (Ed.) *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. 2001, NECODISNE, Madrid.
- Raphael-Leff J (1986), Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood, *British Journal of Medical Psychology*, 59, 43-55.
- Roegiers L. *La grossesse incertaine*. París, PUF, 2003.
- Sameroff AJ, Emde RN (Eds). (1989), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Books.

LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA RED DE PROTECCIÓN EN LOS MENORES EN RIESGO*

THE CONTINUITY OF MENTAL HEALTH CARE AND THE CONSTRUCTION OF THE PROTECTION NETWORK FOR CHILDREN AT RISK

Miguela Arévalo García-Gasco**

RESUMEN

Este trabajo pretende abordar la atención a los menores en salud mental, desde la prevención y la atención del riesgo psicosocial de forma holística hasta la construcción de la atención en red en su ámbito comunitario. El objetivo es lograr una intervención más eficaz que garantice la continuidad de cuidados abordando todas las contingencias que aparezcan en las distintas etapas de la vida, evitando la institucionalización y la medicalización, y respetando los derechos que amparan a los niños.

Palabras clave: Salud, mental, menores, riesgo psicosocial, continuidad asistencial

ABSTRACT

This work tries to tackle the attention of minors in mental health, from the prevention and attention of the psychosocial risk in a holistic way, to the construction of the network attention, in its community level. The

aim is to reach a more efficient intervention able to guarantee the continuity of the attentions, facing all the risks that appear in the different life stages, avoiding the institutionalization and medication, plus, respecting the rights that protect children.

key words: Health, mental, minors, psychosocial risk, continuity assistance

La atención integral a los menores en Salud Mental es un reto que aun hoy no se ha conseguido del todo. Hace más de 15 años, desde el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal la Dra. Lucia Álvarez- Buylla y yo, como Trabajadora Social Sanitaria del equipo infantil, empezamos a plantearnos cómo debería ser la intervención con menores en situación de riesgo psicosocial.

De esta reflexión nació el Programa de Continuidad de Cuidados (Arévalo, M. y Álvarez- Buylla, L. (2009), que en febrero de 2014 fue recogida en el documento

* Comunicación presentada en el XXIXI Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Graduada en Trabajo Social. Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. Programa Infante - Juvenil. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. E-mail: miguela.arevalo@salud.madrid.org

"Recomendaciones para el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes Una propuesta de trabajo en los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil" por la Oficina Regional de Coordinación Salud Mental – Dirección General Hospitales de la Comunidad de Madrid como propuesta de trabajo en la atención a los menores en salud mental.

Este trabajo pretende abordar la atención a los menores en salud mental, desde la prevención y la atención del riesgo psicosocial de forma holística hasta la construcción de la atención en red en su ámbito comunitario. El objetivo es lograr una intervención más eficaz que garantice la continuidad de cuidados abordando todas las contingencias que aparezcan en las distintas etapas de la vida, evitando la institucionalización y la medicalización, y respetando los derechos que amparan a los niños.

UNAS REFLEXIONES TEÓRICAS ¿QUÉ ES SALUD MENTAL?, ¿CÓMO SE CONSTRUYE EL PSIQUISMO EN LOS MENORES?

La OMS (1946) define la salud como «estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad» (p 1) Esta definición junto con salud mental como propone Bertolote J. (2008),:

"Esta definición es claramente holística, destinada a superar las antiguas dicotomías del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a lo psíquico. También es una definición pragmática, en la medida en que incorpora a la Medicina una dimensión social, gradualmente desarrollada en Europa durante el siglo XIX (...) mental se refiere a dimensiones de un estado..sería más apropiado utilizar el término bienestar y no salud (bienestar mental o bienestar social.) (...)Un concepto de salud mental: «La salud mental es considerada como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos» (p. 114)

La OMS (1946) con respecto a los menores establece: "El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo" (p.1)

¿POR QUÉ TRABAJAR EN LA ETAPA INFANTIL EN SALUD MENTAL?

Winnicott D. (1963) cuando habla de cómo tratar los trastornos de carácter en Psicoterapia establece la importancia que tiene las primeras experiencias en la infancia para el desarrollo de patologías en la edad adulta, además propone trabajar de forma integral dentro de su proceso del desarrollo:

"(...) Todos los síntomas son producto de unas actitudes específicas del ego que en el análisis se presentan en forma de resistencias y que se han desarrollado durante los conflictos de la infancia."(Fenichel (1945, p 539 mencionado por Winnicott D. (1963)..Cuando examino trastornos del carácter lo que hago es examinar a las personas completas. El término implica cierto grado de integración, lo cual es por sí mismo un indicio de salud psiquiátrica.(...) El carácter de un niño se forma sobre la base de un proceso ininterrumpido de desarrollo, .. el niño cuenta con un pasado y un futuro,(...) " (P 247-248)

JOHN BOWLBY según Kaplan & Sadock, 2009, mantiene que el vínculo se produce cuando hay "una relación cariñosa, íntima y continuada entre madre e hijo que proporciona satisfacción y disfrute a ambos" con lo cual debe existir una madre que debe presentarse en la mejor disposición para el cuidado. Si la madre no está disponible por su ausencia física o motivos psicológicos, se desarrolla ansiedad en el niño y produce malestar emocional y patología a la larga.

Winnicott D. (1971) habla también sobre la gran importancia que tiene la relación del menor con su madre y dice que:

"Un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer al de realidad, si no existe una madre lo bastante buena(...) que es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de éste y que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño, (...) para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración " (p. 40)

Kaplan & Sadock (2009) mantiene según Bowlby, que la conducta del vínculo persiste a lo largo de la vida, de la cuna a la tumba. Los seres humanos continúan vinculados a sus padres con independencia de que los primeros

vínculos fueran o no óptimos. En cualquier etapa de la vida se sigue haciendo vínculos con otras personas (profesores, familiares, entrenadores o hermanos) sobre todo si los vínculos paternos han sido pobres. (p 163-167), con lo cual existe la esperanza de reparar estos vínculos cuando no han sido suficientemente buenos, trabajando con los menores de la forma lo más prematura posible.

Los Trastornos del vínculo, según JOHN BOWLBY, se caracterizan por una patología biopsicosocial provocada por el abandono materno, la falta de atenciones y de interacción con la madre o su sustituto. (Kaplan & Sadock 2006)"Las experiencias vinculares negativas se han asociado a distintos trastornos-síndromes de trastornos de crecimiento, enanismo psicosocial, trastornos de ansiedad de separación, trastornos de personalidad evitativas, trastornos depresivos, delincuencia, problemas escolares y inteligencia límite. "(p 166).

En cuanto a la importancia que tienen el entorno protector para el menor en su desarrollo emocional, Winnicott D. (1971) en " Realidad y juego": mantiene que debe existir un entorno facilitador:

"La dinámica es el proceso de crecimiento, que cada individuo hereda. Se da por sentado el ambiente facilitador, lo bastante bueno, que al comienzo del crecimiento y desarrollo de cada individuo es un sine qua non. Hay genes que determinan pautas..., pero nada sucede en el crecimiento emocional que no se produzca en relación con la existencia del ambiente, que tiene que ser lo bastante bueno(...)el individuo al que se le ve como una unidad autónoma, en la práctica nunca es independiente del medio "(p.216)

En cuanto a la importancia de la continuidad de los cuidados con respecto al desarrollo de los menores, mantiene:

"En nuestra teoría del cuidado del niño, la CONTINUIDAD de dicho cuidado ha llegado a ser un rasgo central del concepto del ambiente facilitador,... puede un bebe, en situación de dependencia, gozar de continuidad en la línea de su vida, y no pasar de una pauta de relación ante lo impredecible y volver a empezar (Milner, 1934 mencionado por Winnicott, 1971 p.220)

LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES (TMG) EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA Y LOS FACTORES DE RIESGO

El concepto de Trastorno Mental Grave, Bardon 2010, mencionado por Alcamí, M. y Ortiz P. (2012):

"alude a una serie de patologías psiquiátricas que pueden aparecer en la infancia o en la adolescencia y que, por su gravedad y su tendencia a la cronicidad, comprometen seriamente el desarrollo emocional, el aprendizaje y la adaptación social de aquellos niños o adolescentes que lo padecen" (p 13)

Para la prevención de los TMG es prioritario que las instituciones que están en primera línea de contacto con las madres y con los menores, como los pediatras, las escuelas infantiles, etc. reconozcan , traten y/o deriven de forma apropiada y eficaz a los menores y padres que presentan factores de riesgo psicosocial.

Pero, ¿qué es riesgo?. Según la OMS. (2002) es "La probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad. " (P 3) (...) "los riesgos pueden comprenderse mejor como un constructo social que opera dentro de contextos históricos y culturales particulares y dentro de grupos e instituciones, no sólo a nivel individual" (P 41).

La identificación de las situaciones de estos riesgos en los niños en general es prioritaria para apoyar a las familias en la crianza y eliminar o paliar estas situaciones que predisponen a una mala salud mental, desde la concepción y embarazo de la madre adolescentes, madres solas, hijos no deseados, etc. factores perinatales como bajo peso al nacer, separación madres-hijo prolongadas, etc., características temperamentales de estos bebés como niños difíciles, complicados los ritmos del sueño, etc., estresores vitales de los padres como separaciones conyugales, problemas económicos, cambios de residencia frecuentes, etc. y las características de los padres como juventud, rechazo, apego ansioso, cuidados múltiples, etc.. Ver tabla de factores de riesgo psicopatológico de Pascual A, (2012) p 25)

También se debe detectar de forma precoz a los menores que ya presentan una serie de signos de alarma

que nos apuntan a la posible existencia de un TMG. Esta detección se hará desde pediatría y desde educación, tanto infantil como en colegios e institutos.

Una guía para conocer estos signos de alarma y factores de riesgo para la adecuada detección precoz nos la ofrece Pascual A, (2012):

"Del nacimiento a los seis meses:

- Bebés hipotónicos o hipertónicos sin causa neurológica aparente
- Bebés con marcada irritabilidad, imposibles de consolar
- Hipo o hiperreactividad a estímulos externos e internos
- No se acoplan al cuerpo de la madre
- Problemas severos de alimentación. Rumiación o mericismo
- Problemas persistentes de sueño. Insomnio calmo, que puede durar horas, sin demandar la presencia de un adulto
- Pobre contacto visual. Ausencia de sonrisa social
- Menos respuestas de orientación
- No surgen conductas imitativas (sonidos como "ajo", gestos como sacar la lengua, etc.)
- No surge el involucramiento emocional conjunto con sus cuidadores primarios

De los seis a los dieciocho meses:

- Hiperexcitable, hiperreactividad a estímulos, muy irritable, impulsivo, de difícil consuelo
- No surge la ansiedad ante extraños. No establece relaciones preferentes con los padres
- No inicia lenguaje. Gritos monocordes, monótonos, sin función comunicativa
- No inicia gestos comunicativos apropiados (decir adiós con la mano, señalar objetos de interés, etc.)
- Ausencia de conductas anticipatorias en la relación (p. ej., echar los brazos)
- Ausencia de intencionalidad interactiva y de la reciprocidad
- Indiferente ante juegos de interacción (p. ej., "cu-cú tras")
- No mastica. Dificultades con el paso a purés y a sólidos o a los cambios de textura o sabores

Persisten dificultades severas en el sueño

De los dieciocho meses a los tres años:

- Conductas estereotipadas (balanceos, aleteos, etc.)
- No desarrolla lenguaje. Retroceso en el lenguaje a cualquier edad

- Ausencia de deseo comunicativo
- Dificultades de simbolización
- No inicia juego simbólico
- Uso estereotipado de los objetos

A partir de los 3 años

- Desorganización conductual importante, autoagresiones, crisis de agitación
- Estereotipias
- Miedos o fobias peculiares o intensas, múltiples o variables
- Necesidad de invariabilidad del entorno
- Ansiedad intensa, desbordante o inapropiada al entorno
- Persiste sin lenguaje, presenta retraso en el desarrollo o un lenguaje peculiar (jerga propia, ecolalia, inversión pronominal, estereotipado, desorganizado, muy literal, etc.)
- No muestra interés por iguales
- No juega o no ha desarrollado juego simbólico o presenta juego peculiar (estereotipado, bizarro...)
- Relaciones ambivalentes con cuidadores. Vinculación no selectiva, difusa o indiscriminada. Conductas pegajosas. Vincula de manera inapropiada con extraños (demasiado familiar, no respeta espacio físico)
- Dificultades para empatizar
- Inhibiciones severas
- Desarmonías en lenguaje y psicomotricidad

Etapas de latencia (6-12 años)

- Incapacidad para dormir solo
- Problemas en la triangulación
- Problemas alimentarios. Excesivamente selectivo con los alimentos
- Ansiedad de separación severa
- Fobias graves o raras
- Aislamiento social, timidez o inhibición extrema
- Mutismo
- Problemas importantes con iguales (agresividad, rechazo)
- Encopresis
- Rechazo severo a lo escolar
- Trastornos de conducta severos (agresividad, impulsividad, oposicionismo)
- Tristeza importante, aislamiento, ideas de muerte
- Inflexibilidad en las producciones gráficas, contenidos estereotipados, excesivamente agresivos o bizarros (monstruos, contenidos

- mágicos, etc.)
- Trastornos del pensamiento. Confunde realidad y fantasía, pensamiento bizarro, irracional, mágico. Fantasías desbordantes. Desbordamiento del pensamiento por afectos y representaciones de una extrema crudeza. Pensamiento impregnado de vivencias referenciales o paranoides
- Somatizaciones crónicas
- Accidentes reiterados
- Absentismo prolongado

Adolescencia

- Alteración de la conducta alimentaria
- Alteración del ánimo. Ideas de muerte. Intentos autolíticos
- Inestabilidad pronunciada del humor
- Trastornos severos de conducta
- Abuso de sustancias
- Sintomatología psicótica (delirios, alucinaciones, conductas bizarras, aislamiento, interés exagerado por cuestiones filosóficas o religiosas...)
- Dificultades en relaciones sociales. Excesiva timidez o aislamiento
- Conductas sexuales inapropiadas
- Somatizaciones muy frecuentes
- Fracaso escolar
- Absentismo escolar grave

Guía disponible en Ana Pascual. (2012). Detección precoz. En "Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia" (19-29).

En cuanto a la detección de Indicadores de riesgo emocional es importante también conocerlos para poder intervenir en consecuencia y prevenir o abordar estos riesgos que comprometen la estabilidad emocional del menor. (Torner A. y Ortiz P. 2015 curso de Ciclo de Profundización de Formación en Psicopatología y Psicoterapia de Niños y Adolescentes PEPYPNA):

Indicadores comportamentales en el niño:

- Inhibición (también del juego), desafectivización.
- Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.
- Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso. Alternancia entre agresividad-pasividad, dificultad en el control de impulsos.
- Muestra conductas extremas o bien demasiado adultas (ej. hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (chuparse el pulgar, enuresis, mecerse).

- Dificultades o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo (físico, emocional o intelectual): psicomotricidad, inteligencia, lenguaje etc.
- Trastornos psicopatológicos: trastornos en el control de esfínteres, psicopatía, depresión, psicosis, trastornos del comportamiento, trastornos de la alimentación. Intentos de suicidio.

Conducta del cuidador:

- Culpa o desprecio hacia el niño.
- Es frío o rechazante.
- Trata de manera desigual a los hermanos.
- Parece no estar preocupado por los problemas del niño.
- Exceso de preocupación y cuidados

ALGUNAS REFLEXIONES LEGISLATIVAS

¿Cómo trabajar en salud mental según indicativos legales?

Hay que tomar en consideración la legislación que nos propone la forma de intervenir desde la salud y en materia de protección del menor.

Desde el punto de vista internacional destacamos:

El LIBRO VERDE de la salud mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud Mental (2005) y Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 DE LA OMS, establecen que:

- La salud mental viene establecida por múltiples factores de carácter individual, familiar y social, económico y medioambiental.
- Que hay que procurar implantar tratamientos eficaces, de calidad y accesibles
- Que hay que contar con la participación de muchos agentes, sanitarios y no sanitarios
- Desde el ámbito comunitario,
- Evitando la institucionalización y la medicalización.
- y procurando siempre garantizar los derechos de los menores que amparan

Además, el plan establece en el punto 71: "Las estrategias globales de promoción de la salud mental y prevención:

- "(...) mediante el cultivo de los principales recursos psicológicos del individuo en las etapas

formativas (...) mediante: programas para favorecer una relación segura, estable y enriquecedora entre los niños y sus progenitores y cuidadores,...) intervención temprana mediante la detección precoz, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta, sobre todo en la infancia y la adolescencia (...) programas o redes comunitarias de protección que combatan el maltrato infantil y otras formas de violencia en el ámbito doméstico o comunitario y protección social de las poblaciones pobres”

En cuanto a la legislación Nacional:

- Ley 6/1995, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia,
- Cartera de servicios comunes de atención especializada del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Atención a la salud mental,
- Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, (a la espera de publicación la nueva estrategia), Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de 2010-2014,
- LEY 18/1999, de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid,

entre otras consideraciones, coinciden y establecen la manera de cómo se debe intervenir:

- Desde una perspectiva de continuidad en la asistencia
- Actuaciones preventivas de las situaciones de riesgo
- Con equipos completos multidisciplinares
- En coordinación con todas las instituciones que intervienen en el cuidado del niño y adolescente
- la atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social

Además hay que tener en cuenta que la Ley de cohesión y de calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo habla del laberinto asistencial, que limita y llega a impedir el continuo asistencial. Establece que es necesario trabajar con integralidad de la atención y la continuidad del servicio debe ser garantizada por los

servicios sanitarios y sociales, mediante la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes (arts.14-3).. de manera simultánea y sinérgica, de los servicios sanitarios y sociales con el fin de incrementar su autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social (arts.14-1).

¿CÓMO TRABAJAMOS EN EL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL ? (Arévalo y Álvarez Buyl, 2009 / 2012):

Desde el Modelo comunitario, contando con el paciente como agente activo

de cambio. Con equipo interdisciplinar y multidisciplinar completo. (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería, ..), con acciones coordinadas y conjuntas en red en el distrito. Bajo la filosofía de la Continuidad asistencial “PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS” creación del vínculo y confianza con la familia y el paciente y e incidiendo sobre las situaciones de riesgo o exclusión social.

¿Por qué creemos que hay que trabajar bajo el Programa de Continuidad de Cuidados?

- La ley nos obliga a trabajar para proteger a estos menores en situación de riesgo de forma coordinada (Ley 6/1995, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, entre otras.)
- La experiencia profesional nos indica que el menor vive en un entorno, que presenta unas características determinadas, dentro de un entorno que será facilitador de salud o al contrario potenciador de síntomas. Para tratar a estos menores precisamos de un entramado de recursos a modo de red que proteja de forma integral al menor y a su familia y así prevenir las contingencias que les coloquen en situación de vulnerabilidad.
- La plasticidad del menor, que hace que sea un momento absolutamente idóneo para trabajar a favor de su salud y un desarrollo armonioso, gracias a la capacidad adaptativa que tiene su cerebro para modificarse y dar respuesta a los estímulos del medio ambiente. Sabemos que si las condiciones del medio ambiente son favorables al desarrollo cerebral, el niño desarrollará su

potencial y habilidades de manera positiva.

- El menor es dependiente en un principio de los padres, que deben protegerle y proporcionarle un bienestar físico, psíquico y social, y si no lo hacen porque no pueden o no saben debe ser la sociedad quien se lo proporcione.

PROYECTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS (PCC) nace con un objetivo general y unos específicos (Arévalo, M. y Álvarez- Buylla, L. (2012):

"1.- Objetivo general:

Garantizar la atención continuada e integral a los menores con trastorno mental grave y/o en situación de riesgo psíquico, social y/o familiar, para prevenir las contingencias que comprometan el desarrollo integral de los mismos, durante su etapa infantil y adolescente.

2.- Objetivos específicos

- Detección y diagnóstico precoz del trastorno mental grave y/o en situación de riesgo psíquico, social y/o familiar
- Elaboración de un programa de actuación que garantice el tratamiento individualizado y su "continuidad de cuidados"
- Establecimiento de las coordinaciones necesarias con las instituciones implicadas en el caso, respetando las parcelas de cada una sin duplicar actuaciones"(p.140)

Desde el PCC nos hacemos cargo del riesgo psico - social de los menores y sus familias, evaluando estos indicadores de riesgo para situarnos en el tratamiento que precisen en el momento de entrada a nuestro dispositivo e ir ajustándonos en función de los que vayan apareciendo en el proceso del acampamiento que precisen. Siempre en coordinación con el resto de la red de servicios que vamos a ir necesitando en cada momento, para ofrecer la respuesta más adecuada en función de la evolución del caso.

El PCC cuenta con un responsable terapéutico que será el Psiquiatra o el Psicólogo y Coordinador del programa en la figura del Trabajador Social Sanitario.

La derivación a Centro de Salud Mental viene determinada por el pediatra, médico de cabecera o desde la Hospitalización. En reunión del equipo de infantil se evalúan las derivaciones y se analiza el riesgo o necesidades que presentan los casos y en función de éstos se deriva la PCC en donde ya se establecen los primeros

pasos para el abordaje del caso.

Hay que señalar la importancia de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, en el Artículo 12, en cuanto cómo debemos afrontar nuestra tarea, dice: "La protección de los menores por los poderes públicos se realizará mediante la prevención, detección y reparación de situaciones de riesgo". Así pues, desde el Centro de Salud Mental en el PCC recogiendo estas indicaciones y procuramos trabajar acorde con ellas.

¿A qué se le llama situación de riesgo la Ley 26/2015 y cómo debemos actuar?

En el Artículo 17. "Actuaciones en situación de riesgo". Se considerará situación de riesgo aquella en la que:

"a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar"

Desde el PCC, en el Centro de Salud Mental debemos apoyar tanto al menor como a su familia para eliminar, reducir o compensar estos riesgos, que pueden producir dificultades emocionales y/ o TMG, haciéndonos cargo del paciente en todo el proceso del tratamiento psíquico y social hasta que la familias y el menor sean capaces de afrontar las dificultades que vayan apareciendo en sus vidas de forma satisfactoria. Así hasta que se pueda producir el alta del servicio o, si su situación clínica lo requiere, hacer la derivación de forma coordinada y en colaboración con al Programa de Adultos de estos Centros de Salud si procede.

En la consulta nos podemos encontrar distintos grados de riesgo como leve o dificultad social, riesgo moderado, riesgo grave y desprotección. Para hacer la descripción de estas situaciones nos basamos en distintas guías, pero destacamos la "Guía de riesgo social y presunto desamparo de menores: criterios para la valoración de su gravedad por los servicios sociales municipales" del Ayuntamiento de Madrid (2010), ya que debemos trabajar de forma conjunta y seguir los mismos criterios.

Como ya se ha dicho anteriormente el responsable

terapéutico del paciente siempre es el Psiquiatra o el Psicólogo y el Trabajador Social Sanitario (TSS) es el coordinador del programa que tiene entre sus funciones garantizar el acompañamiento de las familias y garantizar la coordinación la red para evitar así que se pierdan en el laberinto institucional en el que se ven inmersas estas familias con dificultades psicosociales y de riesgo social (Ley 16/2003 de cohesión y de calidad del Sistema Nacional de Salud).

De esta manera se facilita al terapeuta el tratamiento con el menor para que sea lo más eficaz posible sin interferencias en la consulta de los problemas del entorno.

Desde el PCC en la figura del TSS se abordan de forma global problemas que aparecen en las familias que producen un ambiente poco favorable para una crianza tranquila y eficaz como pueden ser la situación económica de los padres, situaciones de violencia entre la pareja, problemas de vivienda, etc,

A su vez se trata de forma paralela las necesidades del menor como hacer frente a los problemas de aislamiento social con recursos de ocio, de socialización o deportivos, dificultades en el aprendizaje con de apoyo escolar, etc.

INDICADORES DE RIESGO Y SU ABORDAJE (Arévalo, M. 2010 P 153-170)

INDICADORES DE RIESGO LEVE

Indicadores con respecto a los síntomas del menor:

- niño apático, aislado, con falta de iniciativas, no juega
- con múltiples problemas físicos (continuas visitas al pediatra con dolores de barriga, cefaleas, etc. no justificables físicamente), que le impiden asistir al colegio de forma normalizada y entorpece su aprendizaje
- con falta de concentración o con ansiedad,
- niños que se dejan increpar,
- muy irritables, nerviosos,
- con fracaso escolar injustificado,
- con cambios de humor desproporcionado, agresivos, tristes, etc

En este caso intervenir con la coordinación necesaria con el colegio, la incorporación del menor a un Centro de Apoyo para facilitarles el apoyo escolar y/ o en la socialización con iguales, etc. existentes en su zona.

Indicadores con respecto con respecto a la familia:

Cuidado parental inadecuado:

- Ausencia de apoyo terapéutico

- Supervisión insuficiente y desordenados en las normas
- Falta de continuidad en el tratamiento
- Inadecuada organización familiar para la tranquilidad del menor;
- Normas desproporcionadas o inexistentes
- Patología familiar leve pero que perjudica a la salud psíquica del menor.
- Falta de respeto a la intimidad del menor (sin intenciones sexuales)
- Tono vital triste de los padres
- Vinculación afectiva inapropiada (roles difusos)
- Incapacidad de empatía
- Aislamiento potenciado por los padres;
- Inadecuadas normas de crianza (sueño, alimentación inadecuada, etc.)
- Los padres no dan la debida importancia a las necesidades formativas y relacionales del menor
- Absentismos injustificados en la escuela
- Desinterés por la salud del menor
- Separaciones traumáticas que usan al menor como arma arrojadiza y que terminan perjudicando seriamente su salud mental

En estos casos, se podría precisar el apoyo y coordinación con el equipo de Salud Mental de Adultos si los padres precisan de tratamiento, coordinación con el programa de absentismo en colaboración con la escuela, coordinación con Servicios Sociales para que apoyen en intervenciones con los padres, la intervención de Educador Social para que los padres adquieran herramientas en el adecuado cuidado de sus menores, establecimiento de normas, empoderamiento de las figuras paternas, etc., que ayudan al menor a tener un entorno lo suficientemente tranquilo y firme, etc.

INDICADORES DE RIESGO MODERADO

Puede ocurrir que a pesar de estas acciones, coordinaciones e intervenciones desde el Centro de Salud Mental y el resto de la red, el caso se complique y aparezcan otros indicadores de riesgo más graves.

La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia establece como debe ser la valoración de la situación de riesgo: Artículo 17

- Conllevará la elaboración y puesta en marcha de un Proyecto de Intervención Social y Educativo

Familiar que recogerá los objetivos, actuaciones, recursos y previsión de plazos. Desde Salud Mental nosotros proponemos que sea que se recoja en el PCC,

- Se procurará la participación de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores en la elaboración del proyecto. En cualquier caso, será oída y tenida en cuenta la opinión de éstos en el intento de consensuar el proyecto, que deberá ser firmado por las partes, para lo que se les comunicará de manera comprensible y en formato accesible. También se comunicará y consultará con el menor si tiene suficiente madurez y, en todo caso, a partir de los doce años.
- La omisión de la colaboración prevista en el mismo dará lugar a la declaración de la situación de riesgo del menor

En Madrid se cuenta con la Ley 18/1999, de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid que establece la forma de trabajar en los caso de riesgo moderado, grave y desamparo que pasamos a relatar:

Se constitución del Equipo de trabajo del menor y la familia (ETMF), que es una mesa de trabajo en donde se reúnen todas las instituciones que tienen algo que ver con el entorno del menor y que tiene las funciones de supervisar el cuidado y bienestar. Aquí se establecerá un El Proyecto de intervención social y educativo familiar y que recoge las acciones que todas las instituciones se comprometen a de cumplir con y para el beneficio del menor y la familia. Desde Salud Mental es prioritario que las acciones se encaminen hacia el buen cumplimiento del tratamiento del menor y su familia.

INDICADORES DE MODERADO A GRAVE:

El devenir del tratamiento y de la implicación de los padres pueden colocarnos en las siguientes situaciones:

- Desprotección provocada por la gravedad que presenta la patología del menor:
 - En general la patología del paciente impide ejercer la paternidad responsable y protectora,
 - En adolescentes se puede presentar en forma de conflicto social (menores de entre 12 y 18 años). Los síntomas son muy difíciles de contener en el entorno familiar (mucha agresividad, absentismo crónico, apatía grave, depresiones graves, psicosis

graves, etc.)

- Desprotección provocada por problemas o circunstancias de los padres o tutores. Incapacidad para abordar el tratamiento continuado desde el entorno familiar que produce un gran riesgo para la patología del menor.

- Por patología familiar (familias desestructuradas emocionalmente) que impide afrontar el tratamiento del menor en su domicilio. En ocasiones se necesita sacar al menor del entorno familiar para poder evaluar cómo evoluciona la enfermedad fuera de ese ambiente que es muy contaminante para el tratamiento. Se crean circuitos cerrados de relación familiar del que el menor no puede escapar. Son entornos muy patológicos que perjudican a la salud del menor.

- Por incapacidad de afrontamiento de los padres / tutores de la patología del menor

- Falta de límites de los padres hacia el menor
- Falta de autoridad
- Falta de orden en el proceso del tratamiento ambulatorio
- Son incapaces de dar el tratamiento farmacológico de forma adecuada
- Ausencias y falta de seguimiento en las vistas con sus terapeuta,
- Minimizan los síntomas o los ignoran, etc..
- Rechazo a la patología del menor que puede desembocar en maltrato físico o psíquico
- Negación inconsciente de patología del menor que hace que no se pueda abordar el problema y se agrave con el paso del tiempo.

En este caso se podría precisar la derivación a los padres al programa de adultos de Salud Mental o, en función de la patología del menor, a Hospital de Día/ Centro Terapéutico o, si no se puede afrontar el tratamiento desde el Centro de Salud Mental ni desde el Hospital de Día, se derivaría a la Unidad de Media Estancia de Adolescentes, que es un recurso fundamental para tratar a los menores con TMG que no pueden ser tratados desde su domicilio y necesitan de un tratamiento en un ámbito forma residencial con cuidados intensivos durante al menos 6 meses a 1 años.

En cosos habrá tenido un seguimiento trimestral o semestral en ETMF para evaluar la evolución y el cumplimiento del Proyecto de intervención 18/1999, de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid

Si por circunstancias la familia no colabora en el PCC diseñado, boicotea el tratamiento y, según dice la ley, no colabora porque no puede o no quiere colaborar, se está colocando al menor en una situación de DESAMPARO que es el nivel Máximo nivel de desprotección..

DESAMPARO:

Según CODIGO CIVIL. Artículo 172 ". Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material".

• Ley 26/2015, de 28 de julio, Artículo 17. Actuaciones en situación de riesgo:

- "La omisión de la colaboración prevista en el mismo dará lugar a la declaración de la situación de riesgo del menor...En los supuestos en que la administración pública competente para apreciar e intervenir en la situación de riesgo estime que existe una situación de desprotección que puede requerir la separación del menor de su ámbito familiar o cuando, concluido el período previsto en el proyecto de intervención o Convenio, no se hayan conseguido cambios en el desempeño de los deberes de guarda que garanticen que el menor cuenta con la necesaria asistencia moral o material, lo pondrá en conocimiento de la Entidad Pública a fin de que valore la procedencia de declarar la situación de desamparo, comunicándolo al Ministerio Fiscal."

Se entenderá que existe situación de desamparo cuando se dé alguna o algunas de las siguientes circunstancias con la suficiente gravedad que, valoradas y ponderadas conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, supongan una amenaza para la integridad física o mental del menor Artículo 18:

- Abandono del menor, bien porque falten las personas a las que por ley corresponde el ejercicio de la guarda, o bien porque éstas no quieran o no puedan ejercerla.
- Riesgo para la vida, salud e integridad física del menor: En particular cuando se produzcan malos tratos físicos graves, abusos sexuales o negligencia grave en el cumplimiento de las obligaciones alimentarias y de salud por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimiento de aquellas.

- Consumo reiterado de sustancias con potencial adictivo o la ejecución de otro tipo de conductas adictivas de manera reiterada por parte del menor con el conocimiento, consentimiento o la tolerancia de los progenitores, tutores o guardadores. Se entiende que existe tal consentimiento o tolerancia cuando no se hayan realizado los esfuerzos necesarios para paliar estas conductas, como la solicitud de asesoramiento o el no haber colaborado suficientemente con el tratamiento, una vez conocidas las mismas.
- Perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal
- Riesgo para la salud mental del menor, su integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato psicológico continuado.
- Falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas por parte de progenitores, tutores o guardadores.
- Cuando esta falta de atención esté condicionada por un trastorno mental por un consumo habitual grave de sustancias con potencial adictivo o por otras conductas adictivas habituales, se valorará como un indicador de desamparo la ausencia de tratamiento por parte de progenitores, tutores o guardadores o la falta de colaboración suficiente durante el mismo
- Incumplimiento o imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda como consecuencia del grave deterioro del entorno o de las condiciones de vida familiares, cuando den lugar a circunstancias o comportamientos que perjudiquen el desarrollo del menor o su salud mental.
- Ausencia de escolarización o falta de asistencia reiterada y no justificada adecuadamente al centro educativo y la permisividad continuada o la inducción al absentismo escolar durante las etapas de escolarización obligatoria.
- Cualquier otra situación gravemente perjudicial para el menor que sea causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de la patria potestad, la tutela o la guarda, cuyas consecuencias no puedan ser evitadas mientras permanezca en su entorno de convivencia

En este caso después de que desde la ETMF se aprecie por todos los miembros que la integran una situación de DSAMPARO que eleva a la COMISIÓN DE APOYO FAMILIAR de la Zona donde reside el menor.

Este es un órgano técnico con carácter obligatorio y permanente que valora las situaciones de riesgo social, desamparo o conflicto social en que puedan encontrarse los menores, así como la coordinación y seguimiento de las actuaciones que se deriven de dichas situaciones, en donde participa un técnico de tutela y de salud mental de la zona como miembro permanente, entre otros, y que debe ser conocedor de todos los casos que ahí se presentan.

Según la Ley 18/1999 de abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid se activan los mecanismos que propone en materia de protección, que puede ser de guarda del menor con acuerdo de los padres, que será la más apropiada para seguir el tratamiento en su Centro de Salud Mental o la más drástica y la menos deseable que sería la propuesta de Retirada de la Tutela del menor.

Desde la CAF se recoge la propuesta y se eleva a pleno de la Comisión de Tutela del Menor de la Comunidad de Madrid por medio de su técnico. Esta Comisión asume o ejerce la protección de estos menores, o cuantas otras decisiones deban adoptarse.

Desde Salud Mental del Distrito debemos comprometernos a proteger y acompañar al menor y la familia en todo el devenir de estos proceso desde donde se encuentren, en residencia o cualquier tiempo de medida adoptada (Familia de acogida,...) de tal forma que protegeremos al menor desde la filosofía de continuidad y el mantenimiento del vínculo adquirido con el equipo del PCC, con la esperanza de corregir los inconvenientes del cuidado lo más pronto posible y que la vuelta a su entorno se realice en las mejores condiciones y cuanto antes. Esta labor la debemos compartir con el CAI que es el responsable del seguimiento de las medidas.

CONCLUSIÓN:

El planteamiento desde el Protocolo de Comunidad de Cuidados es garantizar la continuidad asistencial de los menores en riesgo, haciéndose cargo del seguimiento del paciente en todas las contingencias que aparecerán en su vida, contando con el menor y la familia como agentes activos de sus proceso de crecimiento y salud psicosocial, para poder enfrentarse a los desafíos en un futuro de forma más segura y eficaz. Todo esto con el fin de procurar un estado lo más completo posible de bienestar emocional del menor, su familia y su entorno y así procurar sociedades más sanas y saludables.

Es una manera eficaz de proteger la salud ahorrando un malestar emocional de la persona y su familia a lo largo de su vida y es más rentable económicamente para las administraciones, ya que previene la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcamí, M y Ortiz P. (2012). Introducción. En *Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia(13-15)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Arévalo, M y Álvarez Buylla, L (2009) Proyecto de continuidad de cuidados. una propuesta de trabajo en los equipos de salud mental infanto- juvenil. *Trabajo Social Hoy*, 56, 73-104. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid
- Arévalo M y Álvarez-Buylla L.. (2012). Continuidad de Cuidados en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil. Una experiencia en el Centro de Salud Mental. En *Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia(131-147)*. Madrid.: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Arévalo M. (2010). La intervención en Salud Mental en el Sistema de Protección de Menores en la CM. Una propuesta de trabajo desde el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal.. En *El derecho a la protección de los niños y niñas en la Comunidad de Madrid. Vol 1(153-169)*. Madrid: El Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Sociales y Asistentes Sociales de Madrid
- Bardon,C. *Los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia*. Rvw L Interrogans. Fundació Nou Barris per a la Salud Mental [Revista electrónica] 201;10
- Bejar, A. (2011) *EL actuar y las manifestaciones conductuales en el adolescente*. Curso SEPYPNA 2011/2012
- Bertolote J. (2008) *Department of Mental Health, World Health Organization*, Geneva, Switzerland. Políticas de Salud. Disponible en http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33813117/Origenes_del_concepto_de_salud_mental.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1490530373&Signature=QM1jrdMy3ul8kBZT%2FfV9WN5dYPg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DOrigenes_del_concepto_de_salud_mental.pdf [2017, 26 de marzo]
- Bowlby J: (1951) *Maternal care and mental health*, Geneva, WHQ; London HMSQ. New York, Columbia University Press..

- Caballero et al.,(2012) *Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos*. Recuperado de. <http://bvs.sld.cu/revistas/infd/n1512/infid06212.htm> [2016, 7 de enero]
- Cartera de servicios comunes de atención especializada del Ministerio de Sanidad, Servicio sociales e Igualdad Recuperado en <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/home.htm>[2016, 7 de enero]
- DECRETO 52/2010, DE 29 DE JULIO, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de atención primaria del área única de salud de la comunidad de Madrid. Recuperado en www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?cdestado=P&nmnorma... [2016, 7 de enero]
- El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de 2010-2014.Recuperado en www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata...blobkey[2016, 7 de enero]
- Kaplan & Sadock, 2009 *Sinopsis de psiquiatría. La teoría del Vínculo*. Disponible en <https://es.scribd.com/document/324537370/Kaplan-Sinopsis-de-Psiquiatria-pdf> [2016, 7 de enero]
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. En ella se encuentran definidos “*El catálogo de prestaciones*” y la “*Cartera de servicios*”.
- La Ley 6/1995, de Garantías de los Derechos de La Infancia y La Adolescencia de La Comunidad de Madrid.
- La Ley General de Sanidad. Ley 17/1986, 25 de abril
- La Organización Mundial de la Salud OMS en la Declaración de Alma-Ata [1] 1978 Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud. *Alma-Ata URSS 6-12 septiembre 1978*)
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid
- Ley 18/1999 de abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid
- Comunidad de Madrid
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil
- Moneta E.(2014) Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría. Rev. chil. pediatr. vol.85 no.3* Santiago jun. 2014 Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000300001 [2017,26 de marzo]
- Pascual A.. (2012). *Detección precoz. En Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia(19-25)*. Madrid.: Asociación Española de Neuropsiquiatría"Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencias" Asociación Española de Neuropsiquiatría estudios.
- Riesgo social y presunto desamparo de menores: criterios para la valoración de su gravedad por los Servicios Sociales Municipales, *Departamento de Coordinación de Centros de atención a la infancia*. Septiembre.2010
- Sadock B y Sadock (2009) *Kaplan & Sadock, Sinopsis de psiquiatría*. <https://es.scribd.com/document/324537370/Kaplan-Sinopsis-de-Psiquiatria-pdf>
- Wilkinson R y Michael Marmot M. (2003) *LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD* Publicado en 2003 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud con el título de Social determinants of health. The solid facts. Second edition.© Organización Mundial de la Salud, 2003.
- Winnicott, DW (1963) *Procesos de maduración en el niño. Psicoterapia de los trastornos del carácter*. Disponible en <http://www.psicooanalis.org/winnicott/trasto63.htm>[2016, 7 de enero]
- Winnicott, DW (1971) *Realidad y Juego*. Editada por Gedisa. S.A

CRISIS SOCIALES Y TRAUMA. SU IMPACTO EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA*

IMPACT OF TRAUMA AND SOCIAL CRISES ON THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP

Francisco Vaccari** y Fernando González Serrano***

RESUMEN

A través de este artículo, los autores buscan hacer una reflexión sobre la importancia del buen conocimiento de la contratransferencia y la honestidad terapéutica en nuestra práctica clínica. Más aún a tener en cuenta en las situaciones en donde pacientes y terapeutas forman parte de un sistema social en crisis. Es en dichas situaciones, potencialmente traumáticas, en donde sólo a través de una buena capacidad de análisis y conocimiento de dicha contratransferencia, el terapeuta podrá crear un espacio para pensar y salir de esta trampa social. Este acercamiento a la profundidad de los sentimientos del terapeuta (como objeto de proyección de lo vivido por el paciente) le permitiría al terapeuta una mayor comprensión y protección del paciente y, con ello, del espacio terapéutico como un lugar de creación.

Palabras Clave: Contratransferencia, relación terapéutica, honestidad terapéutica, crisis sociales, psicoterapia, trauma.

ABSTRACT

In this article, the authors seek to ponder on the importance of clear knowledge and recognition of countertransference and therapeutic honesty in the daily clinical practice. More importantly, to be aware of situations in which patients and therapists form part of a society in crisis. Only with an accurate analysis and recognition of countertransference in these potentially traumatic situations, can the therapist create a thinking space to escape this social hurdle. The approach to the therapist's depth of feelings as the object of the projection of the patient's life experiences, will allow increased understanding and protection of said patient and in turn, of the therapeutic space as a place for creation.

Key words: Countertransference, therapeutic relationship, honesty in psychotherapy, social crises, psychotherapy, trauma.

Winnicott, en su artículo titulado El odio en la contratransferencia, nos dice que para construir una relación terapéutica sólida, el terapeuta tiene que ser

* Comunicación presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Psiquiatra y psicoterapeuta. Office médico-pédagogique, Ginebra, Suiza y CSM NA de Uribe, Red de Salud Mental de Bizkaia, (Osakidetza- Servicio Vasco de Salud). francisco.vaccari@etat.ge.ch, franciscojose.vaccariremolina@osakidetza.eus

*** Psiquiatra y psicoterapeuta. Jefe del Servicio de Niños y Adolescentes. Red de Salud Mental de Bizkaia, (Osakidetza- Servicio Vasco de Salud). Presidente de SEPYPNA.

capaz de reconocer los sentimientos más profundos que experimenta. <<Es imprescindible que el psiquiatra comprenda la contratransferencia. Cualquiera que sea el amor que sienta por sus enfermos, el terapeuta no puede evitar odiarlos ni temerlos, y cuanto mejor lo sepa, menos dejará que el odio y el miedo determinen su trabajo>>. No me cabe en la cabeza un mejor ejemplo que haga eco a una contratransferencia intensa que cuando se trata de un paciente inmerso en una situación de crisis familiar y social. Es así como mi paciente, al que llamaré Pablo, adolescente de 13 años que veo todas las semanas desde hace un año, me ha contado que su padre le pegaba cuando él era un bebé. Como él lloraba cuando su madre no estaba, su padre lo golpeaba contra la pared para que se callase. Pablo vive en un barrio marginal de Ginebra y pasa gran parte del tiempo en el despacho de la directora o de la educadora de la región por verse envuelto en peleas. El primer día vino con su padre. Su madre se encontraba ingresada en el hospital por una enfermedad somática. Pero Pablo y su hermana de 7 años, estaban viviendo en un hogar protegido, mientras su hermano de 5 años diagnosticado de autismo y su hermanita de 2, estaban viviendo temporalmente con el padrastro de Pablo, quien ha formado parte de su vida desde la separación de sus padres a la edad de 2 años (por una situación de violencia doméstica). Dos años atrás hay una primera consulta por violencia entre la madre y el padrastro, siendo Pablo testigo muy afectado de lo sucedido. La psicoterapia no se pone en marcha porque la madre no es capaz de organizarse en casa, encontrándose sobrepasada con las necesidades de los pequeños.

El medio social de Pablo está en crisis desde su nacimiento y se podría decir que las diferentes intervenciones de los adultos y de las instituciones que forman parte de su entorno, tampoco han logrado mejorar la situación. Sin embargo, no es hasta el momento de poder experimentar, comprender y aceptar, de la manera más honesta posible, la rabia y el enfado que he podido sentir hacia estas intervenciones a veces sin sentido, que he podido comprender mejor los afectos experimentados por mi paciente y que integran la organización de su personalidad. No hay que olvidar que la transferencia y la contratransferencia también existen en paralelo y por desplazamiento. En algunas ocasiones, los terapeutas nos encontramos trabajando en situaciones caóticas de crisis también, en donde nos es casi imposible pensar que, por otra parte, es exactamente lo que deberíamos hacer. Recibimos un gran volumen de pacientes al que no podemos dar los cuidados que precisan, con demandas

de consultas que llegan de todas partes: de las escuelas, del servicio de protección a la infancia, de los abogados, de los jueces, de los educadores y de los pediatras. Un caos en el que ya no está claro quién hace qué y nos vemos obligados a organizar reuniones pluridisciplinares constantemente para aclararlo.

A pesar de que la palabra crisis puede relacionarse con un momento de construcción, como una oportunidad de cambio para el sujeto y para una sociedad, como lo es la crisis adolescente, aquí y para explicar el caso de mi paciente, la crisis será tomada por mí como un trauma. Como bien lo recuerda Roussillon, el trauma no se define por el evento en sí, sino por la reacción psíquica del sujeto y por el impacto que tiene en la vida interna del individuo, incapaz de metabolizar lo que ha pasado. Hay un estado de efracción o irrupción psíquica, de desorganización del yo. El individuo está perdido, puesto que el trauma lleva a un estado de confusión en donde la temporalidad ya no existe.

Pablo llegó a mi consulta derivado por la jefa de clínica en un momento de crisis. La madre nos había llamado a solicitud del colegio porque los resultados académicos de Pablo eran malos, lo que le hacía sufrir enormemente. El adolescente tenía miedo de no poder entrar en el ciclo de orientación (equivalente a la ESO en España), presentando problemas para dormir, de memoria, de concentración, y muchos síntomas somáticos. La jefa de clínica me explica que, si quiero que la terapia funcione, tendré que negociar directamente con Pablo los horarios y sus ausencias, puesto que con los padres no se puede contar. No son fiables. Días más tarde, la madre pide el alta voluntaria del hospital porque tenía que hacerse cargo de sus hijos. Pablo me había dicho que era un alivio para él que los médicos se ocupasen de su madre. Ella me llama de urgencia porque Pablo (ya de vuelta en casa) ha amenazado a los profesores y al director del colegio con suicidarse porque le han anunciado que no pasará al ciclo de orientación. Pablo explica su reacción tras sentirse incomprendido por parte del colegio y, especialmente, porque los comentarios y las burlas que él anticipa de sus compañeros resuenan en su cabeza como algo insoportable. La educadora de la región que también trabaja con él le ha dicho que, si sigue así, el servicio de protección de la infancia (que ya ha amenazado a la familia con quitarles la custodia de Pablo si sus notas no son buenas), lo ingresará en el hospital y lo sacará de casa.

Pablo sufre de una Enfermedad de Perthes que apareció

tardíamente y de la cual ha tenido que operarse 4 veces y estar ingresado prácticamente un año (necrosis aséptica de la cabeza femoral de etiología desconocida, que afecta a los niños y está relacionada a un nivel socioeconómico bajo; su pronóstico empeora cuanto más tarde aparece). Aún recuerda el olor a fresa de la anestesia general, algo que revive de forma automática cuando habla de ello. Aquella anestesia es, para él, la causa de sus problemas de concentración, se lo anticipó así el anestesista. Pablo pasó los primeros 2 a 3 años post cirugías en un estado difícil de definir, su cabeza estaba en otro lado y sus emociones también. Los tiempos en la época de las cirugías son vagos e imprecisos. Sólo logro orientarme porque están relacionados con algún evento traumático en su vida y con su padre, con la profesora o con su padrastro. Las palabras de su maestra <<eres un inútil... nunca vas a pasar al ciclo de orientación... ya sabes lo que ocurre cuando no trabajas... miren todos, incluso Pablo ha terminado hoy...>>, le vienen a la mente una y otra vez, sobre todo cuando intenta ponerse a estudiar. Pero no es sino finalmente un día, después de una discusión aparentemente banal, que Pablo me dice <<tengo que contarle algo... fue mi padre el que me rompió los huesos antes de mi segunda operación. Él había bebido el día de Navidad y me cogió en sus brazos de una mala manera. Le juro que yo sentí y oí cuando mis huesos hicieron crack. Los médicos lo comprobaron y le prohibieron a mi padre la entrada al hospital. No lo vi durante un año, hasta que el servicio de protección de la infancia se encargó de organizar el reencuentro>>. Las palabras de reproche de la abuela paterna por haber acusado a su padre, resuenan también en su cabeza. Él le ha perdonado por haberle roto los huesos, pero su padre no ha perdonado al abuelo paterno otros asuntos, y nunca le ha pedido a Pablo perdón. Eso lo llena de rabia, es injusto. Hace un par de meses su padre le contó que de pequeño, una noche quiso matar a su padre mientras dormía. <<¿Por qué me cuenta eso a mí? Eso es algo que no se le dice a un niño, esa noche no podía dormir pensando que mi padre me podía atacar durante la noche>>. Los adultos se convierten en personas no fiables que hacen cosas incomprensibles y de los que hay que escapar. Son las palabras de Ferenczi en su artículo titulado Confusión de lenguas entre los adultos y el niño las que resuenan en mi cabeza ahora: <<jamás insistiremos demasiado en la importancia del trauma como factor patógeno>>. Las situaciones de crisis sociales son un factor de riesgo importante para la infancia, puesto que las situaciones potencialmente traumáticas pueden surgir en aquellos más vulnerables.

Pienso que la mejor manera de mostrar la imagen que mi paciente tiene de los adultos es a través de una sesión de psicoterapia que comienza por una discusión banal, como las elecciones presidenciales de EE.UU y Pablo me cuenta que, en el colegio, les han hablado de cómo los illuminati deciden el futuro de las personas en sus reuniones secretas, sin que éstas estén al corriente ni sean capaces de cambiar nada y no les quede más remedio que aceptar la injusticia que les ha tocado vivir. Él habla de su escuela y yo le cuento que, recientemente, he estado allí en una reunión con la directora y que he tenido la oportunidad de conocer su colegio. Pablo me pregunta si la educadora estaba allí y si hemos hablado de él. Yo me muestro sorprendido por su pregunta y le hablé del secreto médico. Pablo piensa que la educadora de la región le cuenta todo al servicio de protección de la infancia y a la nueva directora pero parece comprender mi deber de respetar la confidencialidad de mis pacientes. Estas dos señoras son amables con él y diferentes a su antigua profesora. Pablo siente todavía rabia contra ella. <<Realmente yo la detestaba, hasta que supe que estaba enferma>>. La educadora vino una vez a clase diciendo que la profesora sufría de depresión y que se encontraba de baja por enfermedad. La relación con los profesores que la reemplazaron fue también problemática y la educadora, a la que él llama su abogada, tuvo una discusión muy acalorada con uno de ellos porque Pablo había sido castigado injustamente. Ferenczi, en Confusión de Lenguas también, evoca la importancia de ser honestos con nuestros pacientes: <<renunciar a la hipocresía profesional de mantener una falsa neutralidad que resuena en el paciente, lejos de dañarlo, le alivia. En la relación médico paciente existía una falta de sinceridad, alguna cosa que no había sido formulada, y que el hecho de explicarlo de alguna forma, liberaba la lengua del paciente. Admitir un error, otorga así, al analista, la confianza del paciente>>.

Por mi parte, al escuchar a Pablo, me sentí muy identificado a mi paciente que debe hacerse un lugar en el caos de adultos que forman parte su entorno. En nuestra práctica cotidiana, muchas veces los terapeutas nos sentimos como un objeto a la deriva en una maraña de intervenciones sin sentido. Al darme cuenta de esto, soy capaz de comprender con mayor claridad lo que está pasando. Le digo: «antes, no comprendía porque tú me preguntabas si había hablado de ti en la reunión del colegio, sin que tu madre ni tú lo sepáis. Para mí era

algo tan evidente, yo no puedo hablar de un paciente sin informarle. Sin embargo, ahora lo entiendo mejor. Tú me has hablado de Trump, de Hillary, de los 'illuminati' y pienso que la imagen que tienes de los adultos es de unas personas que no se sabe bien lo que hacen. Unos adultos que hacen cosas que los niños no entienden, pero que todas las decisiones que toman les afecta directamente y te afectan a ti. Tú me has hablado de adultos que no hacen bien su trabajo, del servicio de protección de la infancia que llega al hospital a causa de tu padre, de las discusiones entre tu madre y tu padrastro que te han obligado a llamar a la policía. Yo me pregunto, <<¿cómo puedes confiar en los adultos?>>. Pablo escucha atentamente y dice <<usted tiene razón, está tan claro que no sé cómo no lo había pensado antes>>. ¿Qué pasa en nuestro entorno que actualmente tenemos la sensación de que nos falta el marco mínimo capaz de contener y sostener al individuo, incapaz ya de organizarse y sometido a un mundo en proceso de desestructuración?

Desgraciadamente, Pablo está teniendo últimamente problemas de comportamiento en el colegio y fuera. Ha sido acusado de intentar estrangular a un niño, de robarle dinero a una compañera, de pelearse en el patio del colegio con violencia y en la biblioteca del barrio, un vecino viene a casa amenazando con pegarle si no deja de atemorizar a su hijo de 8 años y de pedirle dinero. Él se declara inocente.

Pablo se da cuenta que puede confiar en mí porque le escucho, porque lo recibo cada semana y porque no represento la autoridad, como dice él. Nos muestra como es capaz de sentir a la vez el odio y el amor entre las personas cercanas a él y cómo vive con aquellos sentimientos tan ambivalentes en su interior. La maestra le ha hecho daño (y quizás su madre también trayendo a estos hombres a casa), lo ha traumatizado y él la odia, al mismo tiempo que se siente culpable de su depresión y quizás por eso, será castigado ya que sus notas no serán suficientes para quedarse en casa. Algunas veces muestra su hipermadurez, a la que ha tenido que recurrir para soportar la situación de víctima y de violencia. Lo dice Ferenczi cuando habla de los abusos sexuales infantiles en los que la víctima envejece precozmente para intentar comprender aquello enigmático del adulto que lo ha traumatizado. La confianza es ambivalente

también. Puede fiarse de mí al privarme de mis atributos de autoridad. Una relación se construye entre él y yo, al margen de la crisis social que le rodea, a la imagen de un padre sobre el cual apoyarse para que sus huesos no se rompan más. Posiblemente el siguiente paso a vivir en la relación terapéutica, será convertirme hasta cierto punto en el agresor, y encarnar algo de aquel malvado sobre el cual Pablo podrá desplazar su odio e integrarlo, para preservar un mejor funcionamiento en el exterior.

Crear dispositivos terapéuticos, puede ser extremadamente útil en las situaciones de sufrimiento extremo. La relación terapéutica nace como un espacio en donde todo es posible, un espacio maleable. Roussillon, apoyado sobre el concepto de médium maleable de Milne, explica las 4 condiciones necesarias para que el objeto, el terapeuta en este caso, sobreviva en el mundo psíquico del paciente: no quedarnos en una posición de repliegue ante el discurso del paciente, no tomar represalias contra sus actos o sus agresiones, permanecer creativos en todo momento y, sobre todo, mostrarse afectados por lo que está ocurriendo. Asimismo, es importante desde esta implicación emocional, nada neutra, intentar promover que las distintas intervenciones del entorno tengan un cierto sentido protector y no sean vividas por nuestros pacientes, niños y adolescentes, desde la sumisión y la desesperación que difícilmente pueden aguantar y que, a menudo, en identificación al agresor, nos devuelven con violencia a los adultos y a su entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ferenczi, S. (2004). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Paris, Payot. (Orig. 1932).
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, PUF (Presses Universitaires de France).
- Roussillon, R. (2007). *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson.
- Roussillon, R. (2009). La destructivité et les formes complexes de la « survivance » de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 73 (4), 1005-1022.
- Winnicott, D.W. (1969). La haine dans le contre-transfert. En D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 72-82). Paris, Payot.

EL PROYECTO “SEGUIM”. UNA MODALIDAD DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL ABANDONO ESCOLAR*

THE “SEGUIM” PROJECT. A MODALITY OF MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION FOR THE PREVENTION OF SCHOOL DROPOUT

Rosa Sellarès Viola**, Albert Sanz Iglesias***, Martí Pintó López****

RESUMEN

En este trabajo se describe una modalidad de intervención experimentada desde hace años por la Fundación PRESME (Pro Educació y Salut Mental). Se presentan los objetivos, supuestos de partida y la metodología aplicada en el proyecto “Seguim”. Con el que se pretende ofrecer un espacio de contención y crecimiento desde el doble abordaje de la atención a la salud mental y del aprendizaje con el fin de contribuir a que jóvenes en riesgo de abandono escolar puedan seguir estudiando y desarrollar un proyecto personal y profesional.

La actuación se desarrolla en colaboración con el Pla Jove del Consorci d'Educació de l'Ajuntament de Barcelona y tres distritos de la ciudad.

Palabras clave: Salud mental, dificultades de aprendizaje, abandono escolar, inmigración, intervención multidisciplinar

ABSTRACT

A modality of intervention experienced for years by the PRESME Foundation (Pro Educació i Salut Mental) is described, as well as the characteristics of a project aimed at preventing early school dropout. It is about offering a space of contention and growth from the dual approach of attention to mental health and learning. The aim is to help young people at risk of dropping out of school can continue to study and develop a personal and professional Project.

The project "Seguim" is developed in Barcelona in collaboration with districts of the city and the Consorci d'Educació de l'Ajuntament de Barcelona.

Key words: Mental health, learning difficulties, school dropout, immigration, multidisciplinary intervention

El éxito de una economía y de una sociedad no puede separarse de las vidas que pueden llevar los miembros de

* Comunicación presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas” tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Dra. en psicología, directora de la Fundación PRESME y del proyecto. E-mail: r.fpresme@gmail.com

*** Psicólogo, coordinador del proyecto de la Fundación PRESME. E-mail: albert.fpresme@gmail.com

**** Psicólogo, referente del proyecto de la Fundación PRESME. E-mail: marti.fpresme@gmail.com

la sociedad...Mejorar la calidad de vida de los niños, influenciada por la educación, la seguridad, la prevención de traumas, etc., puede ser una parte crucial del desarrollo.

(Amartya K.Sen, 1999)

1. INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad no facilita a los adolescentes la construcción de la identidad ni de un proyecto personal y profesional. Las condiciones sociopolíticas, la cantidad, velocidad y caducidad de la información, la rapidez de los cambios y la sobreexposición a mensajes alienantes provenientes de los medios, no favorecen el desarrollo de la capacidad de pensar ni proporcionan referencias que puedan guiar e ilusionar.

En el año 2016 se registraron en Cataluña un 16.7% de jóvenes que ni trabajan ni estudian y el riesgo de pobreza juvenil se sitúa en un 26.8%.⁷

Las desigualdades sociales y las inequidades en los ámbitos de la salud, y la educación hipotecan la calidad de la crianza y del desarrollo infantil, y con ellos el desarrollo económico. Amartya K.Sen, (1999) Premio Nobel de economía en 1998 plantea el desarrollo económico y social como un proceso de expansión de las libertades reales que disfruta la gente. El éxito de una economía y de una sociedad no puede separarse de las vidas que pueden llevar los miembros de la sociedad. La participación política, la oportunidad de recibir educación básica o servicios de salud son libertades sustantivas constitutivas del desarrollo. No se puede hablar de desarrollo si no están presentes. Son muchos los jóvenes con poca capacidad de elección y demasiados sentimientos de inseguridad y frustración.

Muchos adolescentes provenientes de hogares inseguros, de medios desfavorecidos o de familias con dificultades no han contado con suficientes oportunidades a nivel familiar, social y educativo. Arrastran largas historias de dificultades personales y fracaso escolar que están en el origen de sus sentimientos de incompetencia y de su sufrimiento mental. Para ellos no es fácil

enfrentar retos personales y educativos que les permitan empoderarse ante sí mismos y ante las personas que les rodean y cumplir con las tareas evolutivas propias de su edad. A menudo, cuando no encuentran respuestas que puedan sentir como útiles, acaban alejándose tanto de los espacios de educación formal como de las consultas clínicas, suponiendo que hayan llegado a acceder a ellas.

Por ello es necesario buscar nuevas fórmulas de atención y cuidado que complementen las existentes y ayuden a prevenir la precariedad y la marginalidad de jóvenes especialmente vulnerables.

Este es el objetivo que persigue el proyecto "Seguim", en el que la Fundación PRESME trabaja desde hace cuatro años. Se dirige a jóvenes que presentan riesgo de abandono escolar prematuro (AEP). El AEP se refiere a las personas de entre 18 y 24 años que alcanzan como máximo la titulación de ESO pero que no han completado ningún tipo de educación secundaria postobligatoria reglada y ordinaria. En España el AEP representa un 21.9% y en Cataluña un 22%, cifra muy elevada, si se compara con el País Vasco, la comunidad autónoma que menos tiene (9,4%)⁸

Es un problema en el que intervienen factores de carácter personal, socio-familiar y educativo que se hace especialmente evidente en la transición de la ESO a la secundaria postobligatoria. Se encuentran a menudo en instituciones educativas que no los acaba de integrar.

El funcionamiento de la institución escolar y las rigideces del sistema educativo hacen difícil que jóvenes, que ya han tenido dificultades en la ESO, puedan adaptarse a los institutos en la educación posobligatoria. Son demasiados los que desertan, con las consiguientes consecuencias en la esfera personal y social del hecho de no seguir formándose ni poder acreditar estudios postobligatorios.

Tratar de prevenir este abandono es lo que pretende el modelo de intervención que presentamos, que contempla a los chicos y chicas a los que se dirige, no como alumnos, sino como a personas en transición que merecen tener la oportunidad de disponer de un espacio contenedor de escucha y de aprendizaje.

Equipo Seguim: Núria Vilalta Carreño (psicóloga), Guillem Abelló Oncins, Elsa Bernat Botton, Laura Fusté Juanpere, Enric Ruiz Bayó, Berta Pintó López (profesores)

⁷ Fuente: Observatori Català de la Joventut de la Generalitat de Catalunya

⁸ Fuente: Encuesta de Población Activa INI. Elaborado con la metodología Eurostat. Ministerio de Educación, cultura y deporte, 2016

2. SUPUESTOS

Los principales supuestos que sustentan la intervención son los siguientes:

- Los jóvenes en dificultades necesitan adultos cercanos, que actúen como tales, que vayan a encontrarlos en sus espacios de desarrollo y que puedan compartir su mirada especializada con la de otros adultos igualmente concernidos, implicados y presentes. No requieren de “expertos” que los vean de tanto en tanto y los cuarteen en función de sus áreas de conocimiento.
- Los jóvenes en riesgo de abandono escolar suelen presentar importantes lagunas en sus conocimientos además de dificultades para organizarse como alumnos y como personas. En muchos casos aparecen largas y complejas historias de dificultades sociales y familiares, de inadaptación a la escuela y fracaso escolar cuya comprensión requiere un enfoque multidisciplinar en el que se contemple a los alumnos como personas en transición capaces de construir conocimientos.
- Una atención focalizada en los jóvenes en un espacio contenedor en el que adultos profesionales jóvenes, formados e implicados den respuesta tanto a las carencias de aprendizaje como las vulnerabilidades personales puede estimular el deseo de aprender en jóvenes que lo tienen hipotecado y favorecer su empoderamiento.
- Recibir un “buen trato” por parte de adultos que muestran una actitud benévola y de ayuda y sentirse reconocido en un grupo de trabajo: favorece la mentalización es decir el desarrollo de las capacidades para entender el comportamiento teniendo en cuenta los estados mentales propios y los de los demás (Fonagy y otros, 2004); proporciona “experiencias emocionales correctivas” (Alexandre, 1946) que, pueden promover nuevamente experiencias emocionales que en el pasado no pudieron superarse y ofrece “una base segura” (Bowlby, 1989) para explorar, pensar y reparar la autoestima.
- Para que el joven pueda modificar su idea de sí mismo como aprendiz y se atreva a pensar, a explorar y a equivocarse, las situaciones de enseñanza-aprendizaje deben promover el aprendizaje significativo. Es decir, asegurar que el alumno comprenda el significado de lo que debe ser aprendido y pueda atribuir sentido personal a lo que se le enseña, estableciendo relaciones entre lo que

ya sabe y la nueva información (Norman, 1985) (Ausubel, 1963; 1968). Si la información no tiene sentido para el individuo, ésta no se incorporará o se registrará de manera puramente memorística y superficial. Los conocimientos no podrán generalizarse a nuevos contextos de aprendizaje.

3. OBJETIVOS

La intervención pretende evitar el abandono prematuro del sistema de educación formal de jóvenes que presenten dificultades para seguir el ritmo académico. Intenta ayudarles a que puedan ir conformando un proyecto personal, promoviendo el deseo de aprender, mejorando sus competencias cognitivas y para el aprendizaje (atención, tolerancia a la frustración, auto organización, planificación, estudio...) en un espacio de trabajo grupal que garantice un proceso de seguimiento y de tutorización individual.

4. CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO

El proyecto se basa en la colaboración y el trabajo en red que incluye el equipo de profesionales de PRESME, los del “Pla Jove” del Consorcio de Educación de Barcelona, que tienen la función de orientar a los jóvenes y los técnicos de los distritos que financian el proyecto (Nou Barris, Ciutat Vella i Sant Martí).

Se trabaja con un abordaje multidisciplinar con el que se pretende que profesionales con diferentes formaciones y especialidades compartan sus miradas y creen un determinado discurso en la comprensión de los alumnos y en la toma de decisiones.

Los profesionales de PRESME forman equipos mixtos de psicólogos y profesores que tratan de dar respuesta integrada tanto a problemáticas personales como académicas y emocionales. Se organizan en sub-equipos formados por dos profesores y un psicólogo que trabajan juntos en los diferentes grupos. Los psicólogos tienen formación psicoanalítica, han cursado másters que la acreditan y cuentan con experiencia psicoterapéutica. Los profesores son licenciados con formación (máster de profesores de secundaria CAP) y experiencia docente.

El proyecto avanza a partir de la reflexión constante sobre la práctica de un equipo que se concibe como un sistema que aprende y trata de construir un discurso común y de mejorar la metodología de intervención. Cada sub-equipo trabaja de manera autónoma y a la vez coordinada con los otros. Se hace un seguimiento conjunto del proyecto en espacios semanales de coordinación, discusión y formación en los que participa todo

el equipo. En estos espacios se comentan los diferentes casos, se acuerdan decisiones y se organizan seminarios sobre temas que interesan, preparados por los diferentes profesionales. Se han tratado temáticas como: duelo (Bowlby, 1960) (Tizón, 1993), sociedad y inmigración (Varela, 2006), adolescencia (Sellarès, 2008), pobreza y desarrollo (Sen, 1999) aprendizaje de lenguas (Solana, de Miguel, Rodríguez, Pascual, 2012), aprendizaje significativo (Coll i Solé, 1993) (Norman, 1985) (Ausubel, 1963; 1968, identidad (Coderch, 2012) resiliencia (Sellarès, 2008; Coll, Sellarès, Vendrell, 2002).

La evaluación objetiva es imprescindible porque permite ponerse en cuestión, reflexionar y establecer nuevos caminos y metas así como constatar los cambios conseguidos. En "Seguim" se evalúan: los instrumentos de diagnóstico, la calidad de las situaciones de enseñanza y aprendizaje y de atención a los jóvenes, los cambios logrados por los chicos y chicas y su grado de satisfacción.

Se hacen entrevistas y evaluaciones (pruebas PISA) que permiten conocer a los jóvenes como tales y como estudiantes, establecer los niveles iniciales en las diferentes competencias básicas (catalán, castellano y matemáticas), tener una primera información sobre puntos fuertes, carencias y necesidades de los jóvenes y planificar una intervención ajustada a cada uno. A finales de curso se realiza una evaluación final para poder apreciar las mejoras personales, académicas y competencias que se han producido respecto al inicio de la intervención en cada caso.

5. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Los jóvenes son propuestos por los tutores de los institutos y seleccionados por el Servicio de Orientación del Pla Jove del Consorci d'Educació de Barcelona. Proviene de diferentes institutos y ciclos formativos de grado medio. Las sesiones, de dos horas, tienen lugar en horario extraescolar, dos veces por semana en espacios provistos por los diferentes distritos. Se considera importante que la intervención no se lleve a cabo en los institutos, sino en espacios públicos ciudadanos (centros de jóvenes, centros cívicos...).

Trabajan en grupos de entre 10 y 15 miembros. Estos son grupos complejos porque reúnen jóvenes de diferentes institutos y ciclos formativos con diferentes procedencias, historias escolares, niveles de competencias e intereses. Esto supone un importante reto para los profesionales que tienen el encargo de mejorar las competencias básicas de los jóvenes, de ayudarles en tareas del

instituto y en sus dificultades personales además de favorecer que puedan pensar en ellos mismos y en su actitud ante el conocimiento y el aprendizaje.

6. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

La población está formada por jóvenes que cursan primer curso de grados medios de Formación Profesional en institutos públicos de la ciudad de Barcelona. En su mayoría viven situaciones de vulnerabilidad social y son de origen inmigrante. En las diferentes ediciones del proyecto "Seguim" se han atendido un total de 131 jóvenes de edades comprendidas entre los 16 y los 20 años.

En los últimos dos cursos han atendido jóvenes provenientes de 16 países diferentes. (Figura 1)

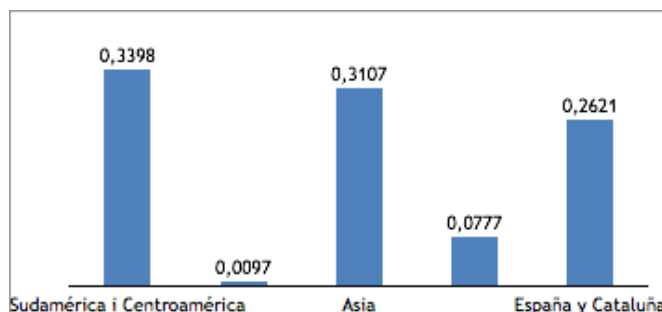


Figura 1. País de origen de los jóvenes atendidos
Figure 1. Country of origin

Se trata de jóvenes que, en mayor o mejor medida, presentan dificultades tanto en la esfera personal y familiar como escolar.

En el presente curso escolar hemos elaborado un listado de 24 ítems (véase anexo 1), indicadores de riesgo de carácter personal, familiar, social y escolar, con el fin de conocer mejor las dificultades de los 40 jóvenes con los que trabajamos y poder dar respuestas adaptadas. (Figura 2 y figura 3)

En el ámbito personal y familiar cabe destacar:

- La proporción de jóvenes inmigrados de segunda generación (67,5%), la presencia de sintomatología neurótica y rasgos de personalidad poco adaptativos (45%), la conflictividad en las relaciones familiares y las dificultades de relación con los iguales o con personas ajenas a la familia expresadas.

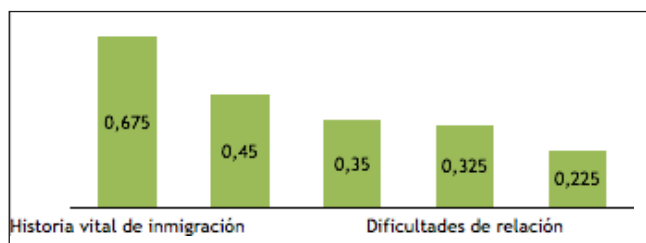


Figura 2. Factores personales

Figure 2. Personal factors

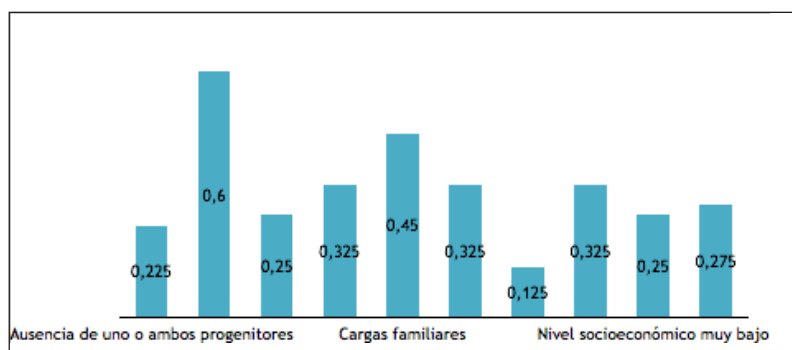


Figura 3. Factores familiares

Figure 3. Family factors

sadas en un 35% y en un 32.5% respectivamente.

- El hecho de que en un 22,5 % los jóvenes han sido atendidos en algún momento en servicios de salud mental. Actualmente el 12.5% reciben tratamiento.
- Las rupturas con figuras de referencia importantes (abuelos, hermanos, tíos, etc.) que han tenido un papel relevante en la historia del/la joven asociadas al fenómeno migratorio están presentes en un 60% de los casos.
- La ausencia de la figura materna y/o paterna, 22,5%

En el ámbito social cabe destacar:

El muy bajo nivel socioeconómico familiar, o paro de los progenitores (27,5%), insuficiente conocimiento de la lengua (37,5%)

Y en lo escolar:

- La ausencia de requisitos para el aprendizaje, como pueden ser los hábitos de estudio, la tolerancia a la frustración, organización, planificación, etc. (60%)
- La presencia de dificultades severas de apren-

dizaje (45%),

- Los cambios de escuela (45%),
- Las muy bajas calificaciones (57,5%)
- Así como la manifestación continua de desánimo y/o inadaptación a los estudios que realizan (40%)

Estos datos muestran el papel fundamental e indisoluble de tres factores en el desarrollo emocional, cognitivo y social de los niños y jóvenes: la maduración neurológica, las relaciones con las personas significativas y la calidad del medio. Este desarrollo implica una continua dialéctica que conlleva constantes procesos

de organización, desorganización y reorganización, entre un organismo que cambia y un medio, también activo y cambiante, que estimula y favorece la maduración y el crecimiento, o lo limita.

En muchos de los casos que nos ocupan vemos como la precariedad económica incide en la calidad de la crianza, en traumas y rupturas con figuras de apego significativas en períodos sensibles del desarrollo emocional y físico, en contacto social reducidos y en historias escolares que no han contribuido a compensar la cadena de fragilidades.

7. CONCLUSIONES

El proyecto “Seguim” trabaja con jóvenes vulnerables y “vulnerados” en los que se hace patente la inequidad educativa, las dificultades de familias con bajo nivel socioeconómico y poco capital cultural para sostener a sus hijos en los estudios y las rigideces de un sistema educativo selectivo, que, por lo menos hasta ahora, tiene poca sensibilidad con los alumnos de Formación Profesional.

Hasta el momento en la gran mayoría de los casos se ha conseguido evitar que abandonen los estudios y dotarlos de recursos para esbozar su futuro personal y profesional.

En algunos se ha reorientado el joven a otros estudios o se ha trabajado con los institutos para que pudieran disponer de más tiempo para aprobar las asignaturas del ciclo.

El proyecto es un espacio de cuidado y de contención. En los grupos se consigue un clima que contiene a los jóvenes y ayuda a que se consigan cambios personales y académicos objetivos

La mirada clínica de los psicólogos permite advertir

de los procesos, muchas veces dolorosos, que sufren los sujetos que acuden al Seguim. Duelo, desánimo, angustia, pérdida, ansiedad... acompañan a menudo a estos jóvenes. Su encuentro con los demás, casi siempre en sus edades más tempranas, ha dejado unas marcas difíciles de borrar. De esta manera, acoger de nuevo es también nuestro signo social, un lazo con los demás que les permita insertarse de nuevo en espacios sociales, culturales e educativos. De algún modo, las intervenciones a nivel individual del día a día se hacen orientadas por el conocimiento de cada caso, conformado por el conjunto de experiencias vitales de cada uno de ellos y su mirada sobre el futuro. El acompañamiento de los tres profesionales a lo largo de los meses que dura el programa, será fundamental para lograr los objetivos planteados.

Cuando la sintomatología lo requiere, el trabajo en red permite que los jóvenes puedan ser derivados a servicios clínicos o contar con servicios sociales.

El hecho de que en el equipo multidisciplinar los profesionales trabajen conjuntamente ejerciendo roles distintos permite miradas complementarias y dar respuestas flexibles y sensibles a los jóvenes. Los resultados son muy satisfactorios. Sin embargo, no podemos olvidar las dificultades y los límites del proyecto:

El enfoque multidisciplinar y el trabajo conjunto de profesionales con formaciones distintas obliga a prestar atención ante el riesgo de que se confundan roles y funciones y conlleva que, de acuerdo con la diferenciación de Green (1994) los profesionales clínicos no desarrollen "trabajo de psicoanálisis", sino "de psicoanalista", que "colabora con otros aportando su *savoir faire* y su saber". El proyecto no está diseñado como un espacio para la atención clínica pero sabemos por experiencia que puede provocar efectos terapéuticos y de mejoría por algunos aspectos inherentes a la intervención citados hasta ahora.

Es evidente que la intervención está muy limitada en el tiempo, que tendrá un efecto limitado en los jóvenes y no va a resolver sus dificultades de forma definitiva. El paso por el proyecto será una experiencia en su trayectoria personal y académica, que dejará más o menos huella. La forma de trabajar y el acompañamiento del Seguim pretende favorecer la formación no sólo de estudiantes que aprueben, sino también de personas capaces de confiar en ellas, hacerse cargo de su situación y afrontar los cambios necesarios para lograr lo que valoren y deseen. En muchos casos los jóvenes han avanzado en este sentido.

Si bien la mayoría de los tutores de las escuelas valoran el enfoque y colaboran, como lo hacen los técnicos del mundo educativo en contacto con la realidad de los bar-

rios y los institutos, no es menos cierto que el contexto educativo institucional está, en general alejado del enfoque multidisciplinar.

Creemos en las posibilidades de este modelo de intervención y esperamos poder seguir trabajando para mejorarlo. Estamos convencidos de que "mejorar la calidad de vida de los niños, influenciada por la educación, la seguridad, la prevención de traumas, etc., puede ser una parte crucial del desarrollo" (Sen, 1999, a).

Promover la salud mental de la población infantil y juvenil y mejorar sus competencias para que las personas pueden formar su propio destino es una forma de contribuir a su libertad de elección y, en este sentido, al desarrollo económico, tal como lo concibe Amartya Sen (1994,b).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, F. French, T. M. et al. (1946), *The corrective emotional experience (1946) en Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press
- Ausubel, D.P. (1963). *The Psychology of Meaningful Verbal Learning*. Grune and Stratton, Nueva York.
- Ausubel, D.P. (1968). *Educational Psychology: A Cognitive view*. Holt, New York.
- Bowlby, J. (1989) *Una base segura*. Buenos Aires. Paidós
- Bowlby, J. (1960) Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood, *Psychoanalytical Study of the Child* 15:9-52
- Coderch, J. (2012). Identidad, Contexto y Mentalización. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(2), 218-234.
- Coll, C., Sellarès, R., Vendrell, N. (2002). Immigrant children and resilience in school. *Educational Therapy*.
- Coll, C. y Solé, I. (1989). Aprendizaje significativo y ayuda pedagógica. *Cuadernos de pedagogía*, 168, 16-20.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist E.L.; Target, M. (2004) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Karnak Books. London
- Green, A. (1994) *Un psychanalyste engagé*. Calmann-Levy. Paris
- Norman, D. (1985). *Aprendizaje y Memoria*. Madrid. Alianza.
- Solana, M., de Miguel, V., Rodríguez, D. y Pascual, À. (2012). Conocimiento de las lenguas oficiales entre inmigrantes extranjeros en Cataluña. *Migraciones*, 32, 103-138.
- Sellarès, R. (2005): Què passa amb els i les adolescents? Adolescències d'avui, adolescències de sempre. *Per-*

spectiva Escolar, 299, 2-21.

Sellarès, R. (2008). Aprenem tal i com ens vinculem. *Guix infantil*, 46, 40-44

Sen, A. K. (1999) (a) Conferencia: “Romper el ciclo de la pobreza: Invertir en la infancia”, Banco Inter-

americano de Desarrollo París. 14 de marzo

Sen, A. K. (1999) (b) *Development as Freedom*. Oxford University Press

Tizón, J.L. y otros(1993) *Migraciones y salud mental*. Barcelona PPU

ANEXO

1. Indicadores de riesgo

PERSONALES

Historia vital de inmigración	Se incluye la migración de primera generación (la propia o la de los padres)
Sintomatología	Presencia de sintomatología neurótica y rasgos de personalidad poco adaptativos
Malas relaciones familiares	Del joven hacia su familia. Conflictividad en las relaciones familiares. No identificación con figuras parentales, ni reconocimiento de sus funciones
Dificultades de relación	Con los iguales, o figuras ajenas a la familia, ya sea por retraimiento o conflictividad
Asistencia al CSMIJ	Asiste regularmente o en el pasado

ESCOLARES

Calificaciones	Más de la mitad de Unidades Formativas suspendidas durante este curso o el pasado. También si ha cursado PFI o DC, o en un colegio de educación especial
Repetición de curso	Se refiere al histórico académico del/la joven, durante la primaria o la secundaria
Cambios de escuela	Uno o más cambios de centro escolar
Problemas escolares	Problemas conductuales, absentismo, inadaptación, bullying, etc. O malas relaciones con los profesores
Motivación y adecuación estudios actuales	Manifestación continua de desánimo del/la joven (o de los tutores del CFGM que cursa) para realizar los estudios i/o una inadaptación a los requisitos i estándares del mismo
Dificultades severas de aprendizaje	Dificultades cognitivas, como pueden ser la dislexia o la discalculia. También se incluye la lentitud de procesamiento de la información, así como los vacíos previos de conocimiento (significativos e importantes para los estudios que cursa)
Ausencia de requisitos para el aprendizaje	Hábitos de estudio, tolerancia a la frustración, organización, planificación, etc.

FAMILIARES

Ausencia de uno o ambos progenitores	Ausencia de la figura materna i/o paterna. Ya sean por distanciamiento (en el que no participa de la cura), monoparentalidad, tutelación por la administración u orfandad
Rupturas con figuras de referencia importantes	Se refiere a abuelos, hermanos, tíos, etc. Que han tenido en algún momento un papel relevante en la historia del/la joven, sufriendo su pérdida
Vive con familia reconstituida o otros muchos familiares	Nuevas parejas del/la progenitora, con o sin hijos. También convivencia con otros muchos familiares ajenos al núcleo
Familia numerosa	Más de tres hijos o más personas ajenas al núcleo familiar
Cargas familiares	Obligaciones familiares, ya sean implícitas o explícitas, que comprometen el tiempo del/la joven para el estudio, y de las que no se puede librar
Pocas expectativas de éxito	Poco apoyo por parte de la familia, manteniendo la creencia que no podrá aprobar o que habría de estar cursando otros estudios, quehaceres o trabajando.

Enfermedad padres	Física invalidante i/o mental
Clima familiar negativo	Circunstancias familiares conflictivas que rodean al/la joven, que caracterizan la convivencia en el hogar
Nivel socioeconómico muy bajo	Muy bajo nivel de recursos económicos i/o son atendidos por Servicios Sociales. Afectación directa a la vida académica (por ejemplo dificultad para comprar material, alimentos o ropa)
Paro de los padres	Uno o ambos padres, se encuentran en situación de desempleo o con incapacidad permanente

SOCIALES

Poco conocimientos de la lengua	En las pruebas PISA de lengua, en el apartado de comprensión, puntúa inferior a 4. I que según el criterio de los maestros, valoran que al/la joven, le cuesta entender consignas orales i no tiene un buen conocimiento del idioma
Red social disponible	Si es escasa o restringida

UN LUGAR PARA LOS SENTIMIENTOS NEGATIVOS*

A PLACE FOR NEGATIVE FEELINGS

Ana Elúa Samaniego**, Cristina Catalina Fernández***, Celia Valdivieso Burón**** y Laura Martín López-Andrade*****

RESUMEN

El presente trabajo parte de la reflexión de los sentimientos negativos de los niños que acuden a salud mental por mal comportamiento o desobediencia.

Palabras clave: desobediencia, infancia, psicopatología.

ABSTRACT

The present work starts from the reflection of the negative feelings of the children who resort to mental health for bad behavior or disobedience.

Keywords: disobedience, childhood, psychopathology.

En los últimos años estamos siendo testigos como las demandas en Salud Mental de población infanto-juvenil se han ido incrementando estrepitosamente, demandas cada vez a edades más tempranas. Demandas que versan principalmente sobre malos comportamientos, descontrol emocional, rabietas intensas, demandas que encuentran su categoría diagnóstica en trastornos como el trastorno negativista-desafiante o el de nueva aparición

en la última revisión del DSM, el trastorno desregulador perturbador del estado de ánimo. Categorías diagnósticas cuyos criterios diagnósticos se basan en descriptores de la conducta externa dejando fuera toda subjetividad en la clínica psicopatológica. Etiquetas diagnósticas, que nada nos dice de lo que siente el niño y de cómo son sus vivencias en el día a día. Etiquetas que silencian los sentimientos displacenteros como la rabia, la hostilidad o la frustración, sentimientos inherentes al ser humano; diagnósticos sintomáticos que generan una ilusión inalcanzable de que es posible no enfadarse o no sentir rabia.

No es infrecuente encontrarse con niños que nos piden que les ayudemos a no enfadarse tanto, o casos en los que directamente nos piden que les ayudemos a no ser malos. En el que sus sentimientos agresivos u hostiles quedan asociados a una representación mental de maldad, representación de maldad que puede llegar a adquirir un carácter identificador como única forma de ser reconocido desde el exterior. Reconocimiento que conlleva un gran sufrimiento, tanto para el niño como

* Comunicación presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid). E-mail: anaesamaniego@gmail.com

*** Psicóloga Clínica. Práctica Privada. Valladolid. E-mail: cristinacatalina8@gmail.com

**** Psiquiatra. Centro de Intervención Comunitaria. Hospital Universitario Río Hortega. celiaka83@gmail.com.

***** Psiquiatra. Centro de Intervención Comunitaria. Hospital Universitario Río Hortega. lauramartinla@gmail.com

para los padres, por las dinámicas conflictivas que se van construyendo alrededor de esa representación de maldad. Ante esa imagen que se proyecta al menor, el niño se ve impotente para buscar una salida diferente a la actuación para sus sentimientos hostiles, actuaciones ante las cuales los padres se sienten desbordados. Actuaciones, reacciones descontroladas que urge silenciar o eliminar por su carácter molesto en la convivencia. Se desestima escuchar y descifrar el mensaje que se esconde tras el estallido conductual del niño.

El desarrollo emocional del ser humano consiste principalmente en poder reconocer y ser conscientes como nuestras relaciones sociales se sustentan en la ambivalencia amor-odio, como señala Winnicott, y añade como el acto de crecer, desde una dependencia total a una independencia relativa, supone un acto agresivo. Las primeras frustraciones envuelven al niño en la ira y la reacción destructiva, es función de la madre (o cuidador) sobrevivir al ataque agresivo de su hijo para que no sea un ataque destructivo y así abrir espacios de reparación constructiva, transformándose parte de la agresión en funciones sociales.

La madurez emocional del niño se reflejará en la capacidad de discriminar aspectos sutiles de la propia personalidad y de las otras personas, advierte Otto Kernberg. Para este mismo autor, las disposiciones afectivas constituyen los sistemas primarios de motivación, donde los afectos constituyen un desarrollo de experiencias subjetivas que comienzan a partir de estados primarios indiferenciados de *displacer* y *placer*, que van integrándose continuamente en niveles de integración perceptiva e interpretación cognitiva. A medida que los afectos evolucionan, sus patrones de descarga neurovegetativa y motriz pierden importancia y los elementos cognitivos se hacen más elaborados y sutiles. Así, la riqueza afectiva se iniciará desde los estados de saciedad y necesidad, estados de *placer* y *displacer* iniciales del bebé; si bien, para que estas sensaciones primarias indiferenciadas se vayan diferenciando y enriqueciendo la experiencia afectiva, será necesario la existencia de un otro que vaya dotando de significación esas sensaciones corporales del niño. Alguien que codifique las sensaciones en palabras para que se vayan construyendo representaciones psíquicas asociadas a los diferentes sentimientos.

Actualmente se subestima la importancia de la frustración en el desarrollo psíquico del niño en su aceptación de la realidad y con ello, la aceptación de los límites de sus deseos, así como para delimitación

de la realidad psíquica y la realidad externa. La primera frustración surge ante la demora de la satisfacción inmediata de las necesidades del bebé, demora que ayuda al niño a ir diferenciando su propio yo del exterior e ir progresivamente reconociendo al otro como un sujeto diferente de sí mismo. La primera frustración nos remite a lo que nos falta, a lo que se desea y no se tiene; como dice Mariela Michelena es el motor de la vida, es el terreno abonado para la creatividad, el pensamiento, la imaginación, la acción y los logros. Ante las primeras frustraciones a las demandas del bebé, en forma de demoras tolerables, aparecen las primeras expresiones de agresividad del niño como forma de defenderse. El cómo se tramite o interprete esas expresiones de agresividad por parte de los cuidadores y se vaya traduciendo en palabras, el niño irá construyendo su bagaje emocional con respecto a sus sentimientos negativos. Si no hay palabras que tramiten esas sensaciones corporales aparece el estallido del *displacer* que aconteció en la primera insatisfacción del niño, insatisfacción necesaria para su socialización. La capacidad de sentir sentimientos está dada por la respuesta empática de que otro pueda poner en palabras lo que el niño registra como puro *displacer*, que el otro pueda tolerar, comprender y traducir lo que le pasa el niño, de su disponibilidad mental para calmar y contener a través de la palabra, la acaricia y el acompañamiento; cuantas veces en las consultas escuchamos como los niños se enfadan por tonterías, según sus progenitores, por cosas insignificantes, no tolerando la queja ni la reacción del niño ante sus propias insatisfacciones, en el que no hay un reconocimiento del niño como un semejante-diferente. La palabra del adulto ante el *displacer* constituye el lazo a distancia. La palabra aparece ante la separación y desde ahí se abre el espacio simbólico entre la presencia y ausencia, espacio transicional, de creación y enriquecimiento psíquico. La palabra da continuidad ante las sensaciones fragmentadas, pone un límite al desborde emocional del niño, le da seguridad y le permite ir construyendo un sentimiento de sí mismo.

En la sociedad del bienestar en la que vivimos actualmente se impone un mandato de felicidad inmediata, mandato que conlleva a una intolerancia al sufrimiento, el cual debe ser eliminado urgentemente, sin preguntarse el por qué aparece ni por qué se vive de forma tan desbordante. Vivimos en tiempos de inmediatez en los que se suprimen los espacios compartidos para procesar los malestares. El juego, el no hacer nada, el diálogo o transmisión de historias son sustituidas por actividades

extraescolares, no hay tiempo para pensar, para conversar, para encontrarse con los demás. Se hace todo lo posible para que el sufrimiento sea ocultado y apremia poner remedio a aquello que es molesto del niño, no se tiene en cuenta sus ritmos y se le impone ritmos en función de los horarios de los adultos. En la infancia urge poner coto a sus enfados y rabietas, a los profesionales se nos demanda suprimir tales reacciones emocionales, como si el niño no tuviera derecho a quejarse de sus malestares y preocupaciones. En los tiempos actuales de crisis económica, los adultos aparecen ensimismados en sus propias preocupaciones, no hay disponibilidad mental para pensar en qué les pueda estar pasando a sus hijos, el lenguaje dirigido a los niños se queda en la superficie de calificativos y advertencias, “eres malo”, “eres desobediente”, ante lo que el niño queda atrapado en el ser que otros le proponen. Los adultos se encuentran en situaciones estresantes, de insatisfacción e incertidumbre que les impide tomar conciencia de la vulnerabilidad de la infancia y a su vez, les hace sentir frágiles y débiles antes las reacciones de sus hijos en los momentos de tensión, reaccionando ante el pequeño en espejo. Es el adulto el que estalla y se desborda, reacción en espejo del adulto que impide al niño ir entretejiendo un sistema de autorregulación más simbolizado, le devuelve la propia desesperación y el terror de sus sentimientos hostiles.

Iván acude por primera vez a Salud Mental con 6 años de edad, derivado por su pediatra de referencia para descartar un posible Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. A la primera consulta acude acompañado de sus padres, él es el pequeño de dos hermanos, tiene una hermana mayor de 8 años. El niño dice venir al psicólogo “porque hago algunas cosas malas”, cree que se le podría ayudar “en no ser malo”, con cosas malas se refiere a no hacer deberes, pegar a su hermana y a otros compañeros, no obedecer a sus padres. Es llamativo como desde la primera consulta su discurso se centra en el dilema ser malo o no ser malo, ser bueno o ser malo. Sus padres, nada más iniciar la entrevista, comentan como le han echado de pintura y de karate “por su mal comportamiento”, “es impulsivo, siempre ha sido movido”, “es Iván el terrible, es muy temerario”, ambos padres comentan como del colegio les han enviado varios partes de incidencias porque el niño ha pegado a sus compañeros y actualmente “siempre está castigado”. Con respecto al desarrollo evolutivo de Iván no señalan nada significativo, únicamente que “desde que nació ha sido muy movido”. Los problemas de comportamiento

se inician cuando empezó Primero de Infantil, teniendo como tutora a la misma profesora que anteriormente tuvo su hermana. En el relato que realizan los padres con respecto a Iván, es reseñable como constantemente comparan al niño con su hermana, con la hermana la paternidad fue menos conflictiva. En ese discurso comparativo se atisba una imagen de la hermana como la niña buena que no da problemas y una imagen de Iván como el niño malo que sólo da problemas, imágenes de buena y malo que son reforzadas por los comentarios de la tutora que tuvo Iván durante Infantil, según comentan los padres, “ha sido el eterno castigado desde que empezó el colegio”.

En cuanto a los antecedentes de los padres importantes, la madre es la pequeña de dos hermanas, su padre abusaba del alcohol, maltrató a su madre y hermana mayor, motivo por el que ésta última estuvo en tratamiento en Salud Mental. Además del colegio, es la hermana de la madre quién les dice que el comportamiento de Iván no es adecuado. Según la madre, les recrimina a ambos padres por normalizar comportamientos o reacciones de Iván, “no es normal coger un palo y dar golpes así de repente y sin motivo ninguno”, “con el fuego es una fascinación la que tiene”, “y es un machista, se piensa que las mujeres estamos para servirle al señorito”, en la madre empieza a configurarse determinados miedos de que Iván pueda ser como su propio padre, “un maltratador” y por lo tanto, alguien malvado, malo y posiblemente enfermo.

En las primeras sesiones con Iván a solas, su discurso se centra en “ya no soy tan malo”, “ya no me porto mal”, aunque se le pregunta por situaciones conflictivas con los compañeros, su hermana o sus padres, o por cómo se ha podido sentir cuando ha sido expulsado de las diferentes actividades, cambia de tema y habla de lo que bien que se le da el fútbol o de lo que ha aprendido ese día en el colegio, muestra una actitud de omnipotencia, de no necesitar venir aquí, niega cualquier molestia o sufrimiento. Se le pide un dibujo de la familia, dibuja una familia con la misma estructura que la suya pero con diferentes nombres. La más buena: “la niña, mira tiene cara de buena, me voy a imaginar que hace todas las cosas bien”, “el niño me ha salido un poco...”; el menos bueno: “Sergio, el niño, tiene la cara y el pelo de malo, hace todas las cosas mal, no obedece a sus padres, un día se portó bien en el cole pero nadie lo vio”; la más feliz: “la madre, está muy contenta con su trabajo, sus hijos y su marido”; el menos feliz: “el hijo también, cuando hace las cosas mal le castigan y hace peor las cosas, él quiere

ser malo, porque le siguen castigando, yo antes era malo, pero ya no soy tan malo”; elige a la niña, a María, “porque es una hermana muy amable, hace todas las cosas bien, obedece a sus padres, se porta bien en clase, Sergio quiere ser como ella, pero cuando se porta bien María, Sergio se porta muy mal”. Cuando se le pregunta por cómo se siente Sergio en esa familia, “Sergio quiere pelea, es muy malo, no hace las cosas bien y hace rabiar a la gente”, “yo antes era como Sergio, en karate me castigaban y yo no quería ir”, “ahora es una pasada lo bien que me porto”. Ser bueno o malo, parece que no hay otra forma de ser para Iván, ser bueno o malo depende de si los demás castigan o no determinados comportamientos; cualquier referencia a aspectos afectivos como los celos, la rabia o la ira quedan anulados en esa propuesta de bueno o malo que hace en su discurso y donde la hermana aparece como un modelo idealizado a seguir, pero a la vez inalcanzable.

A esas primeras consultas conmigo viene alegre, negando cualquier dificultad, pero un día todo cambia, entra muy enfadado y al señalárselo empieza a recriminarme que no le estoy ayudando en lo que él me solicitó, “sigo siendo malo, no me ayudas en nada”, mientras lo verbaliza manifiesta un gran sufrimiento, llora, se muestra frágil y vulnerable, al contrario que en las sesiones anteriores. Tras sus primeras recriminaciones acepto mis limitaciones a la hora de poder ayudarle, le señalo mi imperfección, así como mi deseo de querer ayudarle. Continúa con sus recriminaciones, “tú eres tan mala como Maléfica”, esa sesión tuvo lugar cuando ya se había estrenado la película de Maléfica de Disney, en ese momento le señalo: “pero Maléfica, según la última película no era mala, estaba enfada porque le quitaron algo muy valioso para ella, su enfado le llevó a querer vengarse con la maldición, pero después se arrepintió de lo que hizo y reparó el daño causado”. En ese momento se empieza a calmar y empieza a preguntar sobre el por qué se enfadó, pregunta si estar enfadado tiene ver con ser malo, empieza hablar de las situaciones que a él le enfadan y le ponen triste, se empieza a abrir un espacio para hablar de aquellos sentimientos negativos que hasta ese momento no se permitía decir por su miedo a que yo confirmara que realmente era malo y que no había remedio para él. En las sesiones posteriores aparecen miedos en relación a la muerte de sus padres y su hermana, miedo al abandono, a quedarse solo, de los celos hacia su hermana, del daño que ha podido hacer en su familia, de cómo sus limitaciones e impotencia en algunas situaciones le frustra. Las sesiones se transforman en un espacio en

el que poder tramitar, pensar, elaborar y hablar de sus sentimientos negativos sin que ello provoque un daño al otro; sentimientos negativos que él había identificado con la maldad a partir de los comentarios que recibía de los adultos, ser diferente de su hermana era malo y negativo. El poder construir ese espacio le permitió el poder reconocerse como sujeto semejante-diferente, con sus deseos y sentimientos, dejando de ser “Iván, el terrible”, recuperando la mirada positiva de sus padres que había perdido y que tanto necesitaba para volver a sentirse seguro, bien consigo mismo y con los demás. El abrir espacios compartidos a través de la palabra permite al niño reconocer las diferencias, las cualidades de las cosas, la posibilidad de nombrar, de transmitir relatos, de construir su propia historia, su narrativa personal, su propia identidad, e ir construyendo formas más simbolizadas para el manejo de sus sentimientos hostiles ante diferentes conflictos.

Como nos señala Beatriz Janin, el comportamiento oposicionista o desafiante de los niños de hoy no tiene que ver necesariamente con una falta de castigos o actitudes demasiado permisivas. El paro, la precariedad, la falta de políticas sociales, la incertidumbre ante el mañana, hace sentir a los padres inseguros y temerosos, presentando dificultades para sostener las diferencias niño-adulto y esperando que los niños los sostengan narcisísticamente. En una sociedad en la que se promueve la construcción de un yo a partir de mandatos infantiles de ser fuerte, exitoso, popular, sin fisuras ni carencias, se activan las amenazas de exclusión social y de fracaso en los padres, amenazas que intentan contrarrestar proyectando al niño una imagen de poderoso, confundiendo la fantaseada omnipotencia infantil con la realidad y dejando a los niños presos del pánico a crecer, en una apatía por lo exterior o indiferencia por los demás; niños poderosos ante padres desamparados. El niño queda atrapado en ser el mejor del mundo, ser poderoso, autosuficiente, ya lo es todo y no necesita del otro; situación imposible de sostener. Su contacto con la realidad va a ser dolorosa, decepcionante e intolerable, lo que deja al niño en una impotencia absoluta cuya respuesta será la hostilidad ante su inseguridad y desilusión constante al no ser el mejor para sus padres. El desafío, el oposicionismo a sus padres aparecerá como una forma de desmentir su sufrimiento, su dependencia y sostener la imagen poderosa. Falsa infancia, eternamente niños y en realidad nunca niños, falsa infancia ante la ausencia de un contexto protector y disponible a escuchar sus sufrimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bleichmar, S. (2011). *La construcción del sujeto ético*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2016). *Violencia social-violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades*.
- Janin, B. (2014). *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc.
- Kernberg, O. (1998). *La teoría de las relaciones objetales*. México, D. F: Paidós.
- Klein, M. (2016). *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)*. Barcelona: Paidós
- Michelena, M. (2015). *Un año para toda la vida*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Pereña, F. (2011). *Cuerpo y agresividad*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Segal, H. (2002). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós.
- Spitz, R. (2011). *El primer año de vida del niño*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Winnicott, D.W. (2008). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Winnicott, D.W. (2016). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós

LA RELACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS PATERNA Y MATERNA Y EL AJUSTE SOCIOEMOCIONAL DE BEBÉS DE 0 A 2 AÑOS DE LA CAV*

THE RELATIONSHIP BETWEEN PATERNAL AND MATERNAL COMPETENCES AND THE SOCIO-EMOTIONAL ADJUSTMENT OF BABIES FROM 0 TO 2 YEARS OF THE BASQUE COUNTRY

Leire Gordo, Ana Martínez Pampliega y Leire Iriarte**

RESUMEN

La relación que se establece entre el bebé y sus figuras de apego durante sus primeros años de vida es fundamental de cara al desarrollo socioemocional de los/las menores. El objetivo principal del presente estudio fue analizar la relación entre las competencias parentales del padre y de la madre y el desarrollo socioemocional de menores entre 0 a 2 años de la CAV. Como objetivo secundario, se analizó si existen diferencias significativas en competencias parentales según el desarrollo socioemocional de los/las menores. La muestra estuvo compuesta por 676 padres y madres (192 hombres y 485 mujeres) de menores entre 0 y 2 años pertenecientes al consorcio de Haurreskolak del País Vasco. Los resultados muestran que la figura materna ejerce una influencia

fundamental en el desarrollo socioemocional del menor en su primer año de vida y la figura paterna tiene un papel fundamental sobre todo a partir de los 9 meses de edad contribuyendo al óptimo ajuste socioemocional de los/las menores.

Palabras claves: Familia, Parentalidad, Función Materna, Función Paterna, Desarrollo Socioemocional.

ABSTRACT

The relationship that is established between the baby and their attachment figures during their first years of life is essential for the socioemotional development of the child. The main goal of this research was to analyze the relationship between the parenting skills of the father and mother, and the socio-emotional development of infants

* Este trabajo se ha desarrollado gracias al apoyo y colaboración del consorcio de Haurreskolak del País Vasco y la Dirección de Política Familiar y Desarrollo Comunitario, Departamento de Empleo y Políticas Sociales de Gobierno Vasco.

** Psicólogas. Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto. Bilbao. E-mail: l.gordo@deusto.es

between 0 to 2 years from CAV. As a secondary goal, it was analyzed whether there were significant differences in parenting skills by socioemotional development of the child. The sample consisted of 676 parents (192 men and 485 women) of infants between 0 and 2 years of age who were enrolled at Haurreskolak Consortium from the Basque Country. The results showed that the mother figure exerts a fundamental influence on the socio-emotional development of infants in their first year of life, and the father figure exerts an essential role, especially from 9 months of age, by contributing to the optimal socio-emotional adjustment of the infant.

Keywords: Family, Parenting, Maternal Role, Parental Role, Socio-emotional Development.

INTRODUCCIÓN

Existe consenso en la literatura, desde múltiples orientaciones, acerca de que los primeros años de vida del menor son cruciales para su futuro desarrollo. Desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad se siguen desarrollando conexiones cerebrales, por lo que durante este periodo el cerebro del bebé se encuentra en pleno desarrollo. Asimismo, la evidencia científica apunta a que las experiencias tempranas tienen un impacto en la salud mental y emocional del menor y van moldeando el cerebro del bebé.

Las experiencias tempranas a las que hacemos referencia son fundamentalmente experiencias relacionales. Desde hace ya años el Dr. Manzano (2009) defiende, basándose en los avances en neurociencia sobre plasticidad cerebral, así como en los hallazgos de circuitos de la memoria de Kandel y de las Neuronas Espejo de Rizzolatti, que el niño es un organismo programado para entrar en relación y reprogramarse en función de la experiencia de esta relación. En los últimos años, la mayor parte de las investigaciones relativas a la relación entre padres e hijos se han aglutinado en torno al concepto de parentalidad, entendiendo ésta como la realización de actividades desarrolladas por parte de los padres y madres para cuidar, educar y promover la socialización de sus hijos/as (Sallés y Ger, 2011).

La parentalidad positiva abarcaría conceptos fundamentales como son la calidez, la capacidad de vincularse, de adaptación y la sensibilidad por parte de los progenitores (Schofield, Conger y Neppel, 2014). Dentro del concepto de parentalidad positiva, uno de los componentes fundamentales son las competencias parentales. Para Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne (2008), las competencias parentales serían “el conjunto

de capacidades que permiten a los padres afrontar de forma flexible y adaptativa la tarea vital de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos/as” (p. 29). Barudy y Dantagnan (2010), señalan que se ejerce una parentalidad competente cuando se cubren las necesidades nutritivas, de cuidado, afecto y estimulación, necesidades educativas, de resiliencia, de protección y de socialización de los/las menores.

Una de las variables que más se ha relacionado con la adaptación y ajuste de los/las menores es la capacidad de vincularse entre progenitores e hijos/as. El desarrollo de un adecuado vínculo entre progenitores y sus hijos/as durante sus primeros años de vida se considera fundamental ya que dará lugar al patrón de relación que los/las menores van a establecer consigo mismos y con su entorno a lo largo de su vida (Mesa y Gómez, 2010; Sallés y Ger, 2011).

Algunos autores dan un paso más y apuntan a que lo que realmente es importante para un ejercicio adecuado de la parentalidad es la autopercepción que cada uno de los padres/madres tiene a cerca de sus propias competencias parentales (Farkas-Klein, 2008). En el campo de la parentalidad cuando aludimos a la percepción de la autoeficacia parental nos referimos a las creencias que los padres/madres tienen a cerca de sus capacidades para llegar a ser un “buen padre o madre” (Kendall y Bloomfield, 2005).

Numerosos estudios sugieren que la autoeficacia parental percibida va a inferir en la calidad de la parentalidad ejercida por los progenitores (Cutrona y Troutman, 1986; Teti y Gelfand, 1991; Coleman y Karraker, 1997). Los padres/madres que se sienten más capaces y más efectivos tienen menos dificultades para enfrentar situaciones estresantes o problemáticas relacionadas con el bebé (Bouma y Schweitzer, 1990; Hastings y Brown, 2002). Zurdo (2013) apunta a que la autoeficacia materna es clave para la interacción que se establece entre madre e hijo/a. Los sentimientos de eficacia parental que las madres tienen, están asociados con un amplio número de consecuencias positivas para la crianza de los hijos/as. Entre estas consecuencias positivas se encuentran la mayor facilidad en la transición a la maternidad, una menor tendencia a la depresión en las madres, menor tendencia a percibir que su hijo/a tiene un difícil temperamento y una mayor satisfacción en relación al apoyo social percibido (Hess, Teti y Hussey-Gadner, 2004).

Aunque se ha reconocido la importancia que las competencias parentales tienen en el bienestar de los/las

menores, son escasos los estudios que se han centrado en abordar la percepción de las competencias parentales y el desarrollo socioemocional en bebés de 0 a 2 años. Además, dichos estudios en su mayoría, se han centrado en la función materna sin tener en cuenta el papel que ejerce el padre.

Por tanto, asumiendo la relevancia de la comprensión de esta relación en esta edad por sus importantes implicaciones en el ajuste infantil, el presente estudio pretende analizar la relación entre las competencias parentales desde la percepción de los progenitores y el ajuste socioemocional de bebés entre 0 a 2 años y explorar las diferencias en competencias parentales según el desarrollo socioemocional de los/las menores.

Se espera encontrar que la competencia parental y sus respectivas dimensiones tanto maternas como paternas se relacionarán con un mejor ajuste socioemocional en los/las menores de 0 a 2 años y que habrá diferencias en competencias parentales según el desarrollo socioemocional de los/las menores.

MÉTODO

Diseño

Este estudio correlacional transversal se desarrolló con la participación del consorcio de Haurreskolak del País Vasco y la colaboración de la Dirección de Política Familiar y Desarrollo Comunitario, Departamento de Empleo y Políticas Sociales de Gobierno Vasco.

Participantes

La muestra está compuesta por 676 personas mayores de edad (192 hombres y 484 mujeres) de un rango de edad comprendido entre 23-48 años y una media de 36.11 (DT = 3.91). Son padres y madres con hijos/as de entre 0 y 2 años, (3-8 meses (10.57%), 9-14 meses (31.71%), 15-20 meses (30.84%) y 21-26 meses (26.86%) pertenecientes al consorcio de Haurreskolak del País Vasco. El 50.4% de la muestra pertenece a Vizcaya, el 30.6% a Guipúzcoa y el 17.5% a Álava. En total, el número de participantes constituyó el 10% del total de la población.

Más de la mitad de la muestra (N = 676) están casados/as en primer matrimonio (67.8%), mientras que el número de padres/madres separados/as o divorciados/as y viudos/as disminuye considerablemente (0.7% y 0.1% respectivamente).

Respecto al nivel de estudios, la mayoría de los

progenitores, tanto en el caso de los hombres (66.7%) como en el de las mujeres (78.3%), cuentan con estudios universitarios. Le sigue un 28.6% de hombres y un 20.7% de mujeres con estudios secundarios.

En cuanto a la situación laboral, la mayoría de los padres (91.7%) y madres (89.0%) se encuentran en activo en estos momentos. Mientras que el 6.3% de los padres y el 7.4% de las madres se encuentra en situación de desempleo.

Instrumentos

Escala de Competencia Parental Percibida (versión para padres/madres) (ECP-p) (Bayot, Hernández y De Julián, 2005). Evalúa la percepción de competencia parental a través de cinco factores: Implicación escolar parental, Dedicación personal, Ocio compartido, Asesoramiento y orientación proporcionado por los/las padres/madres a sus hijos/as y Asunción del rol parental.

ASQ:SE (Ages & Stages Questionnaires) (Squires, Bricker y Twombly, 2002). Se trata de una herramienta de evaluación que persigue identificar a aquellos menores que pueden tener dificultades en su desarrollo tanto social como emocional; no se trata de una herramienta diagnóstica.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa la relación entre las puntuaciones en la escala total de competencia parental con el desarrollo socioemocional total y por franjas de edades. Esta relación se ha estudiado a través de los coeficientes de correlación (r) de Pearson. Los resultados indican que la competencia parental se relaciona de forma positiva y significativa con el desarrollo socioemocional de los/las menores. Por lo que a más competencia parental, mayores serán las puntuaciones en desarrollo socioemocional.

Tabla 1. Relación entre competencias parentales y desarrollo socioemocional.

	Desarrollo socioemocional	D.S. (3 a 8 meses)	D.S. (9 a 14 meses)	D.S. (15 a 20 meses)	D.S. (21 a 26 meses)
Competencia parental	.23**	.30*	.33**	.38**	.29**
*p < .05, **p ≤ .01 Nota. D.S. = Desarrollo socioemocional.					

Relación entre competencias parentales y desarrollo socioemocional/ Relationship between the parenting skills and the socio-emotional development of infants.

Para comprobar las diferencias en competencia parental de los progenitores en función del desarrollo socioemocional del menor en las diferentes franjas de edad, se llevó a cabo la prueba no paramétrica de Mann-Whitney que confirmó que los padres/madres de menores con ajuste socioemocional en el intervalo de edad 9-14 meses y 15-20 meses tienden a puntuar significativamente más alto que los progenitores del grupo desajuste socioemocional en competencia parental. La diferencia no alcanza significatividad en el intervalo de edad de 21 a 26 meses (Véase tabla 2). Se debe indicar que no se ha podido calcular la diferencia entre grupos en el intervalo de edad de 3 a 8 meses ya que la mayor parte de la muestra se encontraba en el grupo de ajuste socioemocional ($N = 59$) y en el grupo de desajuste socioemocional únicamente se contaba con dos casos

Tabla 2. Diferencias en las competencias parentales según desarrollo socioemocional hijos/as.						
Escala	N1	N2	M	DT	U Mann-Whitney	p (dos colas)
Competencia parental (9-14 meses)	164	19	51.46	8.14	1109.00	.04*
Competencia parental (15-20 meses)	144	34	51.46	8.14	1501.50	.00**
Competencia parental (21-26 meses)	1341	24	51.46	8.14	1225.500	.09ns
Notas. N1 = ajuste socioemocional; N2 = desajuste socioemocional. M = Media; DT = Desviación típica. * $p < .05$, ** $p \leq .001$, ns = no significativo						

Diferencias en las competencias parentales según desarrollo socioemocional hijos/as/ Differences in parenting skills by socioemotional development of the child.

Tabla 3. Relación entre competencias parentales maternas y desarrollo socioemocional.					
	Desarrollo socioemocional	D.S. (3 a 8 meses)	D.S. (9 a 14 meses)	D.S. (15 a 20 meses)	D.S. (21 a 26 meses)
Competencia parental	.32**	.39*	.35**	.44*	.31**
Implicación escolar	.26**	.35*	.25**	.29**	.22*
Dedicación personal	.30**	.21	.31**	.45**	.27**
Ocio compartido	.25**	.25	.18*	.40**	.32**
Asesoramiento	.21**	.11	.36**	.26**	.17
Asunción rol	.15**	.28	.26**	.19*	.04
* $p < .05$ ** $p \leq .01$ Nota. D.S. = Desarrollo socioemocional.					

En la tabla 3 se muestran los resultados de la relación entre las competencias parentales maternas y el desarrollo socioemocional en los/las menores. Los datos revelan una asociación positiva y significativa entre la competencia parental materna y el desarrollo socioemocional tanto global como en diferentes rangos de edad (valores entre $r = .31$ y $r = .35$ para $p \leq .01$ y entre $r = .39$ y $r = .44$ para $p \leq .05$).

Las puntuaciones en las diversas escalas de competencia parental materna correlacionan de forma positiva y significativa con el desarrollo socioemocional global (valores entre $r = .15$ y $r = .32$ para $p \leq .01$). Si analizamos esta relación por intervalos de edad, se observa que de 3 a 8 meses únicamente mostraría una correlación positiva y significativa la Implicación escolar materna. Todas las dimensiones de la competencia parental correlacionan con el desarrollo socioemocional tanto en el rango de

edad de 9 a 14 meses como de 15 a 20 meses. A los 9-14 meses destacaría el valor de la dimensión Asesoramiento materno, mientras que en el intervalo de 15 a 20 meses la puntuación más alta se observa en Dedicación personal materna. En el caso de 21 a 26 meses, el desarrollo socioemocional correlaciona significativamente con la Implicación escolar, Dedicación personal y el Ocio compartido (valor $r = .22$ para $p \leq .05$ y valores entre $r = .27$ y $r = .32$ para $p \leq .01$). Todas las asociaciones son medias, salvo en el caso del Ocio compartido y desarrollo socioemocional de 9 a 14 meses, y la Asunción del rol materno y el desarrollo socioemocional de 15 a 20 meses en los que las asociaciones son bajas.

Relación entre competencias parentales maternas y desarrollo socioemocional/ Relationship between the parenting skills of the mother and the socio-emotional development of infants.

Respecto a la figura paterna, en la tabla 4 se puede observar que la competencia parental global

paterna únicamente correlaciona de forma positiva y significativa con el desarrollo socioemocional del menor de 9 a 14 meses. Respecto a las diversas dimensiones de la competencia parental se observa una relación significativa y positiva entre la Asunción del rol paterno y el desarrollo socioemocional de 9 a 14 meses ($r = .28$, $p \leq .05$), entre el Ocio compartido y el desarrollo socioemocional en el intervalo de 15 a 20 meses ($r = .30$, $p \leq .05$) y entre la Dedicación personal y el desarrollo socioemocional entre los 21 y 26 meses de edad ($r = .34$, $p \leq .05$). Lo que significaría que a mayores puntuaciones en competencia parental paterna y en sus dimensiones, el ajuste socioemocional es mayor. Todas las asociaciones observadas son moderadas.

de este tipo de instrumentos deja necesariamente fuera cuestiones fundamentales que se dan a nivel afectivo e inconsciente, y que entendemos que son fundamentales para la comprensión de estos procesos. Para profundizar en estas cuestiones sería necesario optar por otros diseños y metodologías que son más costosas, en tiempo y esfuerzo, pero no por ello debemos renunciar a ellas.

Los resultados del estudio apoyan la importante contribución de los padres y madres en el ajuste socioemocional de los niños de 0 a 2 años. Estos resultados avalan, por tanto, la llamada a la reflexión que muchos profesionales de la salud mental hacemos acerca de la socialización precoz de los bebés. Siendo las experiencias relacionales con los padres fundamentales

para el desarrollo del bebé en los dos primeros años, ¿no merece la pena que, como sociedad, apoyemos a las familias, a distintos niveles, para que puedan ofrecer a sus hijos la continuidad relacional que necesitan?

La relación entre las competencias de padres y madres y el ajuste socioemocional de los hijos deben ser analizadas con cautela tal y como ya hemos mencionado. No obstante, los datos de esta muestra

vienen a apoyar la preponderancia del papel de la madre durante los primeros dos años de vida. Sabemos que en estos tiempos hay muchos sectores en los que estas afirmaciones no son tolerables, sin embargo, estos datos revalorizan la función materna. Esto no nos puede hacer olvidar que la función paterna cumple un papel esencial en la constitución de instancias estructurantes para el psiquismo. Es necesario seguir investigando en este sentido de forma que obtengamos evidencias, tan demandadas estos días, para apoyar ambas funciones y reivindicar la importancia de la continuidad relacional y de cuidados durante la infancia.

Tabla 4. Relación entre competencias parentales paternas y desarrollo socioemocional.

	Desarrollo socioemocional	D.S. (3 a 8 meses)	D.S. (9 a 14 meses)	D.S. (15 a 20 meses)	D.S. (21 a 26 meses)
Competencia parental	.05	.35	.29*	.18	.24
Implicación escolar	-.17	-.34	.11	-.16	-.20
Dedicación personal	.04	.41	.23	.14	.34*
Ocio compartido	.08	.24	.18	.30*	.07
Asesoramiento	.05	.27	.27	.24	.23
Asunción rol	.01	.18	.28*	.80	.29

* $p < .05$ ** $p \leq .01$ Nota. D.S. = Desarrollo socioemocional.

Relación entre competencias parentales paternas y desarrollo socioemocional/ Relationship between the parenting skills of the father and the socio-emotional development of infants

DISCUSIÓN

Centrándonos en las hipótesis que guían el trabajo de investigación, en primer lugar quisiéramos destacar algunas cuestiones a tener en cuenta para la lectura de los resultados. En primer lugar, en la muestra el número de mujeres supera ampliamente al de hombres. De manera que los resultados relativos a los coeficientes de correlación por género de los progenitores deberán interpretarse con cautela.

Por otro lado, en aras de obtener una muestra amplia, se ha optado por el uso de instrumentos psicométricos de autoinforme con las limitaciones que esto conlleva. Tratando de medir algo tan complejo como la parentalidad y las relaciones entre padres e hijos, el uso

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre. *Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Bayot, A., Hernández, J. V., & De Julián, L. F. (2005).

- Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la escala de competencia parental percibida*. Versión para padres/madres (ECP-P). RELIEVE, 11 (002), 113-126.
- Bouma, R. & Schweitzer, R. (1990). The impact of chronic childhood illness on family stress. A comparison between autism and cystic fibrosis. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (6), 722-7230.
- Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (1977). Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.
- Cutrona, C. E. & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament and parenting self-efficacy. A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- Farkas-Klein, C. (2008). Escala de Evaluación Parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Univ. Psychol.*, 2 (7), 457-467.
- Hastings, R. P. & Brown, T. (2002). Behaviour problems of children with autism, parental self-efficacy and mental health. *American Journal of Mental Retardation*, 107 (3), 22-232.
- Hess, C. R., Teti, D. M., & Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and parenting of high-risk infants: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Applied Developmental Psychology*, 25, 423-437.
- Kendall, S. & Bloomfield, L. (2005). Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (2), 174-181.
- Manzano, J. (2009). Procreación y crianza en los tiempos actuales: introducción general. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 48(2), 7-20.
- Mesa, A. M. & Gómez, A. C. (2010). La mentalización como estrategia para promover la salud mental en bebés prematuros. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8 (2), 835-848.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C., & Byrne, S. (2008). *Preservación familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.
- Sallés, C. & Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social: Revista De Intervención Socioeducativa*, 49, 25-47.
- Schofield, T. J., Conger, R. D., & Neppl, T. K. (2014). Positive parenting, beliefs about parental efficacy, and active coping: Three sources of intergenerational resilience. *Journal of Family Psychology*, 28 (6), 973-978.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *The ASQ: SE user's guide: For the Ages & Stages Questionnaires: Social-emotional*. Paul H Brookes Publishing.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year. The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- Zurdo, M. (2013). Autoeficacia materna percibida y actitud de soporte en la interacción madre-hijo. *Concepto, medición y relaciones entre sí. Miscelanea Comillas*, 71 (139), 419-444.

IDENTIDAD, GÉNERO y CONFUSIÓN

IDENTITY, GENDER AND CONFUSION

Odei Iriondo Villaverde** y Jesús Fernández Rozas***

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es presentar el caso de una (¿o un? Como veremos...) adolescente que resulta muy ilustrativo respecto a la difusión de la identidad propia de las organizaciones limítrofes de la personalidad, poniendo el foco, entre otros, en las manifestaciones de dicha organización en el plano de la construcción de la identidad de género.

Así mismo, al hilo del caso expuesto, se aprovechará para reflexionar en torno a desarrollos teóricos de interés dentro del marco psicoanalítico, como el “síndrome de difusión de identidad” de los Kernberg o “el complejo de la madre muerta” de André Green.

Palabras clave: adolescencia, organización limítrofe de la personalidad, identidad de género.

ABSTRACT

The aim of this work is to present the case of an adolescent that is very illustrative of the diffusion of the own identity in the borderline organizations of personality, putting the focus, among others, in the manifestations of this organization in the construction of gender identity. Likewise, this case will be used to

reflect on interesting theoretical developments within the psychoanalytic framework, such as Kenberg's "identity diffusion syndrome" or André Green's "the complex of the dead mother".

Key words: adolescence, borderline organization of personality, gender identity.

IDENTIDAD y ADOLESCENCIA

No son pocos los autores que, desde diferentes campos de conocimiento y perspectivas teóricas, se han aproximado al complejo concepto de identidad. Sin embargo, es destacable la sencilla y concisa definición, pero enormemente acertada, en mi opinión, aportada por el psicoanalista Erik Eriksson quien habló de la identidad como una toma de conciencia del individuo de su “constancia de sí mismo y continuidad en el tiempo” (Eriksson, 1959).

Del mismo modo, sabemos que la cuestión identitaria desempeña un rol nuclear en la configuración de cualquier personalidad, ya sea en un estado considerado sano o “normal”, como también en su vertiente más patológica.

También desde la teoría de las relaciones objetales se han llevado a cabo interesantes aproximaciones a la

** Residente Psicología Clínica Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. E-mail: odei.iriondo@salud.madrid.org

*** FEA Psicología Clínica Centro de Salud Mental de Villaverde, Madrid

temática de la identidad: La experiencia del individuo de su propia identidad es descrita en términos de su sentido de diferenciación e individuación con respecto a los demás.

Es bien sabido que la irrupción de la etapa adolescente acarrea el más grande cuestionamiento de las bases de la identidad del hasta entonces niño. De hecho, Philippe Jeammet afirma literalmente que “los estados límite son verdaderos problemas de la adolescencia que no llegan a resolverse” (Jeammet, 1994).

¿Pero qué puede pasar cuando la resolución de estos conflictos se complica, viéndose cuestionado permanentemente el sentimiento de continuidad de un adolescente internamente carenciado y amenazado por el vacío de un objeto ausente? Lamentablemente, cuanto más ausente está el objeto, en un desesperado intento de preservar el sentimiento de continuidad y de “rellenar” ese vacío insoportable, el adolescente recurre –entre otras salidas a su dolor- a la conducta autodestructiva.

Lo que ocurre en una adolescencia con fallos narcisistas importantes es que se toma el objeto como un objeto amenazante de invasión, totalmente (o que puede llegar a ser) intolerable. Y es en este punto donde aparece la gran paradoja del conflicto adolescente: “lo que más necesita es lo que más le amenaza” (Jeammet, 1994).

EL CASO DE DANIELA: En busca de una identidad

En la línea de lo anteriormente expuesto, voy a presentar un escueto material clínico, el cual puede servir para reflexionar en torno a posibles complicaciones – ya en el terreno de lo considerado patológico - en el desarrollo de la personalidad, centrándonos especialmente en las cuestiones de identidad.

Daniela es una chica de 17 años (digo “chica”, inicialmente, basándome en su condición biológica y de cara a facilitar la exposición del caso, aunque la primera vez que la veo, se presenta como varón, haciéndose llamar Daniel). Entonces, Daniela acude al Centro de Salud Mental refiriendo gran sufrimiento en relación a su identidad de género. La primera consulta está acompañada por su padre, quien manifiesta sentirse hastiado y perdido por los vaivenes que está teniendo su hija (cabe decir que éste tiene mucha dificultad para reconocerle en el género masculino, siendo ésta una habitual fuente de conflicto familiar). Concretamente, Daniela ha sido expulsada recientemente de un Hospital de Día por incumplimiento grave de normativas de conducta (ha mantenido una relación sentimental con otra paciente). Esta situación ha

desencadenado múltiples conflictos en el entorno familiar, agudizándose cierta desestabilización psicopatológica de tipo afectivo en Daniela.

En cuanto a los antecedentes en Salud Mental, la paciente tiene un largo recorrido desde la adolescencia temprana por diversos recursos ambulatorios, hospitalarios y de carácter social. Con 12 años inicia seguimiento en el Centro de Atención a la Infancia, por clínica depresiva, ansiedad y problemas de conducta. Describe que su madre se interponía en el seguimiento y tratamiento, por lo que en ocasiones se interrumpe el seguimiento. A los 14 años realiza sus primeros intentos autolíticos mediante sobreingesta medicamentosa sedante y venoclisis. Ha tenido varios ingresos hospitalarios en una Unidad de Adolescentes, siendo posteriormente derivado a Centro de Salud Mental (con seguimiento irregular) y a Hospital de Día. A pesar del seguimiento mantenido por parte de los profesionales, la conducta autolesiva ha sido recurrente.

Por lo que a su situación familiar se refiere, Daniela es hija única de padres divorciados cuando ella tenía 2 años y medio. Vivió con la madre hasta los 15 años, momento en el que los Servicios Sociales le retiraron la tutela, debido a constantes negligencias en el cuidado de su hija. A partir de ahí, se fue a vivir con el padre, la pareja de éste y una hija de esta pareja mayor que Daniela (no del padre).

En cuanto a la madre, se trata de una mujer severamente perturbada, quien ha sido negligente en los cuidados y ha utilizado perversamente a su hija como arma arrojadiza contra su exmarido. Por ejemplo, llegó a decir a Daniela que su padre había abusado de ella llevándola en repetidas ocasiones a someterse a exámenes médicos los cuales desmentían esta acusación por parte de la madre.

Un episodio significativo tiene lugar cuando Daniela tenía 10 años y su madre estaba enferma de cáncer (enfermedad que le acompaña hasta el momento actual, habiéndose sometido a varios tratamientos). En aquella ocasión cuenta Daniela que su desesperación por huir de su madre era tal que incluso intentó matarla cambiándole una medicación. Además, durante la adolescencia tuvo varias fugas e intentos autolíticos que ella misma interpreta (en la actualidad) como una petición de ayuda a la desesperada.

La paciente acude a nuestro Centro de Salud Mental refiriendo malestar psicológico en relación a su identidad de género, centrando su demanda en esta cuestión. De hecho, tras el inicio de la terapia, este tema se convierte en una resistencia de Daniela para trabajar a un nivel

más profundo, centrando su demanda únicamente en informes de valoración y cuestionarios para ser derivada a la unidad especializada de Trastornos de la Identidad de Género (TIG).

Cabe destacar, que la paciente se presenta inicialmente como un varón solicitando explícitamente que se la llame Daniel. Sin embargo, a lo largo de la terapia va abandonando la idea de la posible derivación a la unidad de TIG y su imagen va haciéndose cada vez más femenina. Reconociendo ella misma la necesidad de explorar su feminidad de un modo más libre, ya que es algo que ella rechazó como un intento más a la desesperada para desligarse de su madre.

El funcionamiento, la trayectoria previa y el perfil clínico de la paciente más allá de la cuestión de la identidad de género nos hace pensar en una organización limítrofe de la personalidad, siendo destacable un grado acusado de difusión de identidad.

DIFUSIÓN de IDENTIDAD y ORGANIZACIÓN LIMÍTROFE de la PERSONALIDAD: Cuando la cosa se complica...

Otto Kernberg (1976) ha considerado la llamada difusión de identidad como un criterio central de la organización limítrofe de la personalidad. Esta difusión de la identidad se relaciona con representaciones mentales parciales de uno mismo y de los otros escasamente integradas, así como con el uso de mecanismos de defensa primitivos como la escisión: la persona evita mediante estos mecanismos tomar conciencia de características odiadas en quienes ama y necesita.

Las personas con organizaciones limítrofes de personalidad son un grupo heterogéneo (Hurt 1992), pero algo muy característico que se ve especialmente en los adolescentes es un sentimiento crónico de vacío y aburrimiento así como una perturbación de la identidad (incluyendo la identidad de género en muchas ocasiones) y una incapacidad para estar solos.

Volviendo al caso, podemos ver cómo Daniela exhibe una trayectoria de marcada inestabilidad en cuanto al sentido y percepción de sí misma, manifestándose de modo prominente, aunque no exclusivo, en el área de la identidad de género.

Otro aspecto que señala la literatura en relación a los factores etiológicos de estas organizaciones limítrofes, es el referido a la psicodinámica familiar. En este ámbito se

han descrito interacciones caóticas entre padres e hijos, negligencia en los cuidados (Bemporad & col., 1982); la utilización de los hijos de modo narcisista, siendo tratados éstos como objetos que calman las ansiedades de la madre y no como sujetos con su propio derecho (Rinsley, 1981). En el caso de Daniela, por ejemplo, encontramos una madre negligente, no disponible en sus funciones de sostén que convierte a su hija en un objeto para calmar sus propias necesidades narcisistas. Por ello, es importante durante la terapia, trabajar para que Daniela pase de ser objeto de deseo a sujeto de deseo, potenciando el despliegue de su subjetividad.

En general, los padres son percibidos como totalmente buenos o totalmente malos, de acuerdo con la necesidad de escindir la madre buena de la separación de la madre mala de la separación (Zinner & Shapiro, 1975). Concretamente en el caso de Daniela se hace evidente este mecanismo de escisión tanto en las relaciones personales como incluso en la relación terapéutica, por ejemplo en diferentes sesiones pasa de idealizar la terapia y nuestra capacidad para ayudarle a devaluar y rechazar completamente este espacio. “No necesito esta terapia, no me sirve de nada, yo sólo vengo aquí para mi informe...”

Todo ello, se reproducirá en el complejo mundo interpersonal, en el cual el paciente limítrofe se desempeñará con alta disfuncionalidad, al relacionarse con el otro como un vehículo para su propia proyección – una “cosa” en la cual apoyarse, o a la que controla, idealiza o devalúa -. Por ello, a pesar de tener habilidades sociales e incluso buenas capacidades intelectuales, como es el caso de Daniela, estas personas se muestran incapaces de mantener amistades, alimentándose su sentimiento crónico de aislamiento y vacío y viéndose confirmada la visión negativa de sí mismos y de su existencia en general.

IDENTIDAD de GÉNERO

La construcción de la identidad de género está multideterminada, entremezclándose de forma compleja múltiples posibilidades biológicas, psicológicas y culturales.

La identidad de género queda habitualmente establecida alrededor de los dos años de edad, como una estructura del sí mismo alrededor de la cual los niños se organizan consistentemente a sí mismo y a sus actividades (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000).

Según Paulina Kernberg, la identidad de género se revela a través de la identificación con la figura primaria y la reciprocidad. En el caso que nos ocupa tal como lo

expresa la propia paciente la construcción de su identidad de género se ha visto significativamente conflictuada por la relación objetal amenazante de la figura materna llevándole al rechazo de la propia feminidad. Sin embargo, a pesar de ser algo muy llamativo y prominente en el discurso de la propia paciente, a mi entender, no deja de ser una expresión más de una amplia difusión de identidad subyacente.

EL COMPLEJO de la MADRE MUERTA

Al hilo de este caso, me parece interesante sacar a relucir aquello que el psicoanalista francés André Green denominó “el complejo de la madre muerta”. Se trata de las consecuencias en el desarrollo psíquico de un niño cuya madre se ha deprimido, constituyéndose en la psique del hijo la imagen de una figura materna lejana e inanimada, no disponible emocionalmente, suponiendo un traumático desinvestimiento del niño. La madre muerta es entonces, citando textualmente a Green: “Una madre que sigue viva, pero que por así decir está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño hijo a quien ella cuida (...)”.

En nuestro caso en particular no podemos afirmar que la madre haya estado deprimida, pero sí tenemos claro que no ha estado emocionalmente disponible para Daniela, condicionando esto de forma en un sentido negativo las posibilidades de estructuración psíquica y de adaptación al mundo de Daniela.

Volviendo al concepto de Green, las nefastas consecuencias de este hecho para el desarrollo psicológico del niño, puede explicarse en base a procesos de identificación inconsciente con la madre muerta, los cuales pueden acompañar a la persona a lo largo de la vida. Estas secuelas pueden traducirse en patrones compulsivos de destructividad (hacia sí mismo y hacia el mundo que le rodea), al no disponer la persona de las investiduras necesarias – Green utiliza la gráfica metáfora de “agujeros psíquicos” - para establecer vínculos duraderos y emocionalmente compensatorios. Todo ello, conlleva constantes sentimientos de decepción del objeto y de sí mismo, dando voz una y otra vez al sentimiento crónico de fracaso e incapacidad. El psicoanalista francés lo describe del siguiente modo: “El paciente tiene el sentimiento de una maldición que pesará sobre él, la de la madre muerta que no termina de morir y que le mantiene prisionero (...) Sólo existe el sentimiento de un cautiverio que despoja al yo de él mismo y lo aliena de una figura irrepresentable. En definitiva, los objetos del sujeto permanecen siempre en el límite del yo, ni

completamente adentro, ni enteramente afuera. Y con razón, puesto que el lugar está ocupado, en el centro, por la madre muerta (...)” (Green, 1980).

EL ROSTRO DE LA MADRE Y EL ESPEJO

En relación a lo anterior, considero de especial interés hacer referencia a la centralidad del rostro materno y su función especular en la interacción con el bebé, siendo este juego nuclear en la constitución psíquica del recién llegado.

A este respecto, comenta Winnicott que cuando el bebé se encuentra ante el pecho materno, mientras lo succiona y alimenta, generalmente no mira el pecho: “El rasgo más característico lo constituye el hecho de que el niño mira el rostro de la madre”. ¿Y Qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre? Se ve a sí mismo” – dice Winnicott -. La madre es su espejo: refleja lo que él es, y le devuelve lo que él da.

Así mismo, la madre, con su reflejo, sostiene una paradoja: el niño que aún no se percibe como diferente a su ambiente, puede sentir que existe como sí mismo. La madre refleja algo que aún no es, pero que -para esa madre- potencialmente es. De este modo le hace sentir que existe como él mismo, lo cual Winnicott denomina “sentirse real”.

¿Pero qué pasa si el rostro de una madre sólo refleja su propio estado de ánimo o la rigidez de sus propias defensas, como en el caso de la “madre muerta”? El niño mira ese rostro triste e inmóvil y no se ve a sí mismo, ve sólo el rostro de la madre que no puede reflejar ni soñar a su hijo. ¿Cómo va a poder entonces el niño pensarse a sí mismo, como una persona valiosa – con valor para alguien -, con derecho a construir un proyecto vital desde el propio deseo? Complicado...

UNA PINCELADA, UNA MIRADA... DIFERENTE

En *Realidad y Juego* (1971), Winnicott alude al célebre pintor irlandés Francis Bacon (1909-1992), famoso porque pintaba rostros deformados y los exponía luego colocándoles arriba un espejo. El espectador, al ver el cuadro, veía asimismo su propio rostro reflejado en el espejo. Veía el propio rostro que mira a un rostro -deformado- en el cuadro.

“Bacon dice que le gusta tener un espejo sobre sus cuadros, porque cuando la gente los mira no ve solo un cuadro; incluso puede llegar a verse a sí misma”

(Winnicott, en *Realidad y Juego*, 1971)

A este respecto, la creencia del pintor era que el cuadro se beneficiaba cuando el espectador veía su propio rostro en el espejo, defendiendo la idea de que el cuadro sólo “existe” en el contexto de ambiente que lo sostiene con la mirada.

Entonces, Winnicott nos invita a hacernos la siguiente pregunta: ¿qué puede ver el espectador al mirar un cuadro de rostro deformado? No hay que olvidar que la mirada de cualquier persona pasa inevitablemente por el tamiz del mundo interno, es decir, los propios deseos, temores, impulsos, expectativas o fantasías... Por tanto, no miramos tanto al otro, sino que miramos “en el otro”. Por ello, cuando la madre mira a su bebé - o el analista mira a su paciente -, debemos preguntarnos qué parte del reflejo corresponde a cada uno...

Y volviendo a la cuestión de los límites y la difusión de la identidad, el escritor checo Milan Kundera hace la siguiente reflexión respecto a la obra de Bacon: “...Los retratos de Bacon son la interrogación sobre los límites del yo. ¿Hasta qué grado de distorsión un individuo sigue siendo él mismo? ¿Hasta qué grado de distorsión un ser amado sigue siendo un ser amado? ¿Durante cuánto tiempo un rostro querido que se aleja en una enfermedad, en una locura, en un odio, en la muerte, sigue siendo aún reconocible? ¿Dónde está la frontera tras la cual un “yo” deja de ser “yo”?” (Milan Kundera, «El gesto brutal del pintor», en *Bacon. Retratos y autorretratos*, 1996).

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

En último lugar, me gustaría compartir algunas ideas y sensaciones que, de algún modo, siento que han estado de fondo durante todos mis encuentros con Daniela: algo con lo que he conectado frecuentemente, ha sido con la idea de cómo las fallas en la provisión de afectos y reconocimiento durante las etapas tempranas del desarrollo, pueden desencadenar una estrepitosa detención del desarrollo psíquico y emocional, conllevando ello nefastas consecuencias en la capacidad de la persona para encontrar un lugar seguro, que le permita estar a gusto consigo misma y con el complejo mundo que le rodea; pero tal vez el único lugar que internamente ha podido reconocer hasta el momento Daniela ha sido un espacio árido, frío y vacío, cuya existencia como tal se hace insoportable... Y es que ¿Quién podría soportar y, por tanto, sostener, aquello que no existe? Tal vez sea comprensible esa necesidad de llenarlo a toda costa,

incluso escapando del dolor, si cabe, con más dolor... A veces pienso también que la caótica historia de Daniela, llena de confusión, múltiples cambios de rumbo y, sobre todo, muchísimo sufrimiento, no es más que una especie de huida desesperada de sí misma, de su propia trama... Una dolorosa huida hacia ninguna parte...

Decía Winnicott aquello de que “el bebé no existe”, provocadora y revolucionaria cita, que puso de relieve la cualidad vital de la presencia materna, siendo el hecho de cómo sólo mediante la presencia atenta y cuidadosa de la madre, se proporciona el ambiente facilitador para el proceso de maduración, un proceso donde se pasará de la unidad, “pareja de crianza” a madre y bebé (López de Caiafa, 2009).

Tengo la impresión de que detrás de esta huida desesperanzada y autodestructiva, este aparente naufragio identitario, queda algo de ese bebé que “nunca existió” (o no lo suficiente), al no encontrar ese brillo en los ojos, esa preocupación real, ese cálido reconocimiento de una madre que, desgraciadamente, estaba encerrada en su propia y sombría cárcel psíquica.

Sin embargo, espero que algunos de los encuentros de la vida de Daniela, - incluyendo los espacios terapéuticos - se pueda ir poco a poco reconociendo algo más de ese bebé, facilitándole una segunda (y valiosa) oportunidad para sentirse con derecho a existir y, sobre todo, para permitirse vivir. En palabras del propio Winnicott esta segunda oportunidad puede ocurrir en cualquier momento de la vida, dentro o fuera de un tratamiento, siempre y cuando, se encuentren las condiciones que el término madre suficientemente buena condensa (Winnicott, 1957).

A modo de cierre y conclusión, me gustaría resaltar la siguiente cita del maestro, la cual nos invita a reflexionar sobre nuestro papel (nuestro rostro) como psicoterapeutas y cómo aplicar nuestro saber técnico y teórico en el encuentro con el rostro del otro que sufre:

“...La psicoterapia no consiste en hacer interpretaciones inteligentes y adecuadas; en general es un devolver al paciente, a largo plazo, lo que este trae. Es un derivado complejo del rostro que refleja lo que se puede ver en él. Me gusta pensar en mi trabajo de ese modo, y creo que si lo hago lo bastante bien, el paciente encontrará su persona, podrá existir y sentirse real. Porque sentirse real es más que existir; es encontrar una forma de existir como uno mismo...” (D.W. Winnicott, *Realidad y Juego*, 1971).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bemporad JR, Smith HF, Hanson G, Cicchetti D. (1982) Borderline síndromes in childhood: Criteria for diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 139 (5), 596-602.
- Eriksson, E.H. Identity and the Life Cycle (1959) *Psychological Issues*, I, 1, monograph 1.
- Green, A. *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte 1986 (original de 1980)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 209-238.
- Hurt, S.W. et al. (1992) Borderline behavioural clusters and different treatment approaches. Chapter in Clarkin et al. (editors) *Borderline personality disorders: clinical and empirical perspectives*. New York, Guildford Press.
- Jeammet Ph. *La identidad y sus trastornos en la adolescencia* [Transcripción de ponencia] VII Congreso Nacional de SEPYPNA, 21-23 de octubre de 1994, Toledo.
- Kernberg P., Weiner A., Bardenstein K. (2000) *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México D.F.: Manual Moderno.
- Kernberg P. *Psicoterapia de niños con trastornos de la identidad sexual* [Transcripción de ponencia] VII Congreso Nacional de SEPYPNA, 21-23 de octubre de 1994, Toledo.
- López de Caíafa, C. (2009) El objeto-el otro, pensados a partir de las ideas de D. Winnicott. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*; 108: 34-49.
- Rinsley DB. (1981) Borderline psychopathology: the concepts of Masterson and Rinsley and beyond. *Adolescent Psychiatry*; 9: 259-74.
- Winnicott DW. *The Child and the Family*. London: Tavistock; 1957.
- Zinner, J. & Shapiro, E. (1975). *Splitting in the families of borderline adolescents*. In *Borderline States in Psychiatry*, ed. J. Mack. New York: Grune & Stratton.

IMPACTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LA PSICOPATOLOGÍA DE ADOLESCENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE DÍA COMUNITARIO*

IMPACT OF SOCIAL DETERMINANTS IN THE PSYCHOPATHOLOGY OF ADOLESCENTS IN A COMMUNITY DAY CARE HOSPITAL

Ollé-Llopis Ivan**, Erra-Mas Núria***, Dote-Vaca Mireia****, Tejedor-García Marta*****, Cruz-Martínez Daniel*****

RESUMEN

En la actualidad asistimos con cada vez mayor frecuencia a una población clínica con situaciones socio-familiares muy deterioradas que complican notablemente su valoración y tratamiento. Mediante la aplicación del cuestionario HoNOSCA hemos cuantificado el impacto de estos determinantes sociales de la salud mental en un hospital de día de adolescentes. Se discuten los resultados.

Palabras clave: Determinantes sociales, cuestionario HoNOSCA, salud mental adolescentes.

ABSTRACT

The mental health of adolescents is influenced by socioeconomic determinants, which leads to greater complexity in their therapeutic approach. In order to study its impact on mental health, we collected data on adolescents admitted to partial hospitalization. We analyzed two groups of cases, which were differentiated by the preponderance of social factors, and it was seen that social cases were more numerous, more complex and required more multidisciplinary work. It is concluded that a more communitarian view of mental health would improve the approach of complex cases.

Key words: Socioeconomic determinants, HoNOSCA, Adolescents Mental Health.

1- INTRODUCCIÓN

La salud mental de los adolescentes se ve influenciada muy a menudo por el contexto de sus procesos vitales, atendiendo a la evolución de su desarrollo socio-emocional. Sabemos que este desarrollo está claramente influenciado por las características del medio familiar y social. La red de salud mental infantil y juvenil de Cataluña ha asistido a un aumento de la demanda superior al 25% en los últimos cuatro años. De los casos atendidos, el porcentaje de Trastornos Mentales Graves ha aumentado al 15% del total (PDSMiA, 2017). También se constata cada vez con mayor frecuencia la existencia de dinámicas familiares muy alteradas, con importantes dificultades para sostener sus funcionales emocionales básicas. Esto conlleva por una parte una mayor presencia de adversidades en la infancia, con su correlación en la posterior aparición de psicopatología severa (Dangerfield, 2017), y por otra una mayor complejidad de las crisis y de los cuadros psicopatológicos que complica notablemente su valoración y abordaje (González-Serrano, 2016).

* Comunicación presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Psiquiatra, responsable HD Granollers, Hospital Sant Joan de Déu

*** Psicóloga clínica, HD Granollers

**** Enfermera, HD Granollers

***** Educadora social, HD Granollers

***** Psicólogo clínico, coordinador CSMIJ y HD Granollers

Vemos así cómo la salud mental de la infancia y la adolescencia ha sido una de las grandes damnificadas por la crisis económica reciente (García-Altés, 2017).

Por ello, aun partiendo de la base que los trastornos mentales en la infancia y adolescencia son de naturaleza y etiología múltiple, hemos querido poner el énfasis en los factores socioeconómicos.

El objetivo era clarificar si éstos han incidido cualitativa y cuantitativamente en la atención a adolescentes (12-17 años) en hospitalización parcial en el periodo de 2015-16.

La hipótesis inicial de nuestro equipo de Hospital de Día se basaba en la impresión subjetiva de un aumento en la complejidad de los casos, motivado por la incidencia creciente de determinantes sociales, en un contexto de crisis económica que ha perdurado en el tiempo y que ha significado recortes en los presupuestos de servicios sociales y de salud mental.

Ya en el "Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020" de la OMS (aprobado en la 66ª Asamblea de Salud Mental, 2013) se apoyaba una reorientación de la financiación hacia servicios de base comunitaria para hacer frente al aumento de problemas de salud mental, consecuencia de la crisis económica global. Concretamente de los 4 objetivos del Plan de Acción (PASM), el 2º decía:

2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.

Para llevar a cabo la implementación de este objetivo se hace necesaria una continuidad asistencial entre diferentes niveles de salud (ambulatorio, hospitalización aguda, hospitalización parcial), pero sobretudo un trabajo colaborativo entre los diferentes agentes implicados en la vida del adolescente (servicios sociales, educación, familias, sanidad, justicia).

Este "enfoque multisectorial" del que nos habla el PASM es lo que nos permite una respuesta integral y coordinada para favorecer el bienestar psíquico de nuestros adolescentes ingresados en hospitalización parcial.

2- MÉTODO

Se ha realizado la tarea de recoger las historias clínicas de pacientes (de 12 a 17 años) dados de alta en Hospital de Día en el periodo 2015-16 (n= 56 pacientes), de los cuales tuviéramos suficiente información de su proceso terapéutico completo, descartándose aquellos que por diferentes motivos no habían podido realizar una estancia

completa en el HD.

Luego se recogieron datos de determinantes socioeconómicos que hubieran influido de forma principal en la salud mental del menor (aislamiento, acceso a drogas y alcohol, rechazo por parte de los compañeros, entorno social pobre, desempleo, estrés laboral padres, intervención de servicios sociales, familias disfuncionales, problemas judiciales por delincuencia o violencia, etc), recogiendo a la vez los diagnósticos de alta.

De esta manera dividimos el total de altas en dos grupos de estudio:

- Casos complejos en su manejo por preponderancia de factores socioeconómicos (n=30 pacientes).
- Resto de casos (donde no se hacía evidente una disfunción social como factor etiológico de la pérdida de salud mental del adolescente). (n=26 pacientes).

Seguidamente aplicamos un instrumento evaluador, para conocer si la intervención que se hizo, influyó en los resultados finales de salud mental. Y a tal efecto utilizamos el cuestionario HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents), que evalúa resultados de salud y funcionamiento psicosocial, presentando muy buena sensibilidad para medir el cambio terapéutico.

HoNOSCA consta de 13 escalas, cada una de ellas se valora de 0 a 4 (severidad creciente: no problema hasta severo a muy grave) y permite conocer el grado de interferencia en la funcionalidad del menor. Dichas escalas se pueden reducir a unos pocos subgrupos: a) Conducta, b) Deterioro, c) Síntomas, y d) Funcionamiento social. Se aplica al ingreso y al alta del paciente (aunque puede medirse también en tiempo intermedio si el ingreso es largo).

Debido al hecho que la aplicación del cuestionario se hacía de forma retrospectiva y no sincrónica, y dado que el objeto de estudio era valorar el cambio terapéutico en aspectos psicosociales, se aplicaron sólo 4 escalas correspondientes al Funcionamiento social (las escalas 10, 11, 12 y 13), tanto al ingreso como al alta (a través de la información vertida en Historia Clínica Informatizada e informes de alta).

Y también de forma cualitativa se estudiaron aquellos casos que requirieron un trabajo integral a diferentes

niveles con Servicios Sociales, Educación, Red de Salud Mental y otros.

3- RESULTADOS

Inicialmente presentamos las características de nuestra muestra, con predominio de chicas, una edad media de 15 años, una estancia media de 160 días (6 meses) y predominio del grupo de análisis de casos complejos (predominio de factores sociales).

Distribución por sexos

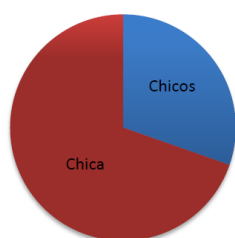


Fig.1- Distribución por sexos

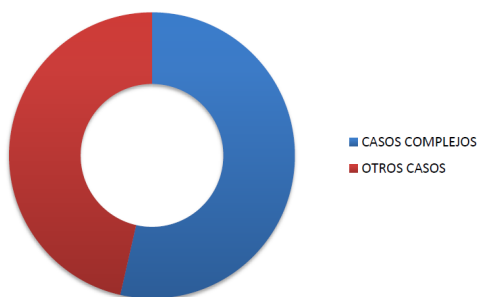


Fig.2- Distribución de los Casos complejos

El análisis de los resultados del Cuestionario HoNOSCA (Fig.4) constata la severidad inicial en los casos de estudio, sobretodo de problemas familiares (severidad moderada-grave) y absentismo escolar (severidad leve-moderada), en comparación con los demás casos. Éstos no tienen diferencias en los aspectos de problemas con iguales y problemas de autonomía. Al alta se percibe un cambio importante en los factores estudiados, sobre todo en los casos de estudio.

Diagnósticos Casos Complejos

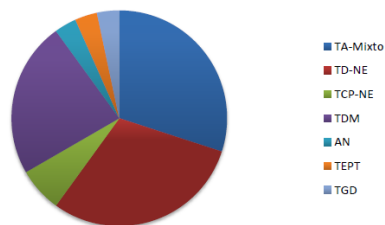


Fig. 3- DSM IV: TA-Mixto (Trastorno Adaptativo mixto), TD-NE (Trastorno Depresivo No Especificado), TCP-NE (Trastorno Comportamiento Perturbado No Especificado), TDM (Trastorno Depresivo Mayor), AN (Anorexia nerviosa), TEPT (Trastorno por Estrés Post-traumático) y TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo).

	INGRESO		ALTA		CAMBIO
HoNOSCA	Media	(DE)	Media	(DE)	Diferencia
Casos Complejos (n=30)					
Funcionamiento Social	7,20	(2,34)	4,87	(1,31)	2,33
*Probl con iguales	1,07	[1,28]	0,80	[0,85]	0,27
*Probl autonomía	0,33	[0,61]	0,17	[0,46]	0,16
*Probl familiares	3,40	[0,67]	2,63	[0,61]	0,77
*Absentismo escolar	2,40	[1,06]	1,27	[0,72]	1,13
HoNOSCA					
Resto casos (n=26)					
Funcionamiento Social	4,27	(1,91)	3,12	(1,34)	1,15
*Probl con iguales	1,04	[0,72]	0,88	[0,71]	0,16
*Probl autonomía	0,38	[0,64]	0,31	[0,55]	0,07
*Probl familiares	1,27	[0,72]	1,08	[0,74]	0,19
*Absentismo escolar	1,58	[0,90]	0,85	[0,67]	0,73

A nivel cualitativo, de los 30 casos complejos analizados, en 20 de ellos hay una participación activa de los Servicios Sociales, con reuniones de coordinación con trabajadora social de Hospital de Día y terapeuta referente. Los resultados de esta participación son desiguales y atestiguan la sobrecarga de los recursos sociales: por aumento de casos y falta de recursos humanos y económicos. Esto se evidencia sobretodo en 5 de estos casos, donde hay una clara percepción del equipo de Hospital de Día, de estar extralimitándose en sus funciones clínicas, asumiendo un rol de contención social, que no nos es propia ni estamos preparados para satisfacer, y en donde el abordaje de la enfermedad mental acaba siendo secundaria.

4- CONCLUSIONES

La hipótesis inicial sobre la percepción de una presencia de casos complejos se ha confirmado dados los resultados que ofrecemos (una mayor afectación en el funcionamiento social que requiere más recursos en red). Y esto nos puede ayudar como equipo a optimizar nuestros recursos y a potenciar un trabajo en red que facilite una atención más personalizada de cada caso. El uso de HoNOSCA es una herramienta de utilidad para recoger esta información y posibilita un tratamiento estadístico de los datos.

Pues uno de los riesgos que existen en los "casos complejos" analizados (con un relieve psicosocial muy importante) es caer en la tentación de un sobrediagnóstico, psiquiatrización y una medicalización excesiva, que no sólo no solucionarían el problema de base, sino que seguramente agravarían el estigma social y el abuso de recursos sanitarios de "puerta giratoria".

Y en cambio, son estos casos en los cuales debemos incidir en la promoción de factores sociales de protección: el empowerment tanto del menor como de la familia, promover interacciones interpersonales positivas, facilitar la participación social, el apoyo social y las redes comunitarias o la integración de las minorías.

Analizar aspectos del contexto en que crecen nuestros adolescentes debería ayudar a las políticas sobre salud mental y a sus planes correspondientes, para reconocer los efectos de los factores sociales negativos en el bienestar psíquico de un segmento de población vulnerable, por falta de autonomía y recursos, fruto de un proceso aún en desarrollo.

Fruto de esta evaluación que hemos hecho e

influenciados por las acciones del Plan de Acción de la OMS, se nos ocurren una serie de acciones/propuestas a llevar a cabo como equipo interdisciplinar:

Fomentar los grupos multifamiliares y de parentalidad positiva que se llevan a cabo en nuestro centro, como parte complementaria a las entrevistas familiares que se realizan en el setting terapéutico.

Fortalecer los vínculos con los diferentes equipos de Servicios Sociales, Educación y dispositivos intermedios, con el fin de generar un mayor clima de confianza mutua, generar una cultura de trabajo interdisciplinar, llegando a promover proyectos comunes centrados en prevención, promoción, apoyo y tratamiento en salud mental desde la comunidad.

Fomentar la gestión de casos dada la complejidad de los mismos y con el fin que el adolescente y su familia tengan un interlocutor válido que conozca toda su realidad presente. El objetivo es minimizar el impacto negativo de múltiples visitas con varios profesionales con la subsiguiente desorientación que percibe el adolescente.

Y, para terminar, haciéndonos eco de la Declaración política de Río de Janeiro sobre determinantes sociales de la salud (WHO, 2011), debemos participar como colectivo, tanto en la denuncia como en la implicación directa, en impedir que se deterioren los sistemas de salud y protección social de carácter universal, pues todo ello tiene una incidencia en la salud mental de la población y todavía más en los grupos vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Child and adolescent mental health service use HoNOSCA as an outcome measure. M. E. GARRALDA, P. YATES, I. HIGGINSON. *The British Journal of Psychiatry* Jul 2000, 177 (1) 52-58; DOI: 10.1192/bjp.177.1.52.
- Dangerfield, M. Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2017; 63, 29-47.
- García-Altés, A. *Desigualtats socioeconòmiques en la salut i l'utilització dels serveis sanitaris públics de la població de Catalunya*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.
- <http://observatorisalut.gencat.cat>

- González-Serrano, F; Hernanz-Ruiz, M; Panera-Urbe, C. El lugar actual de las familias en la asistencia clínica en Salud Mental de Niños y Adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2016; 62, 9-16.
- Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Estratègies 2017-2020. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/estrategies_salut/salut_mental_i_addiccions/
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. *Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014. http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratiu/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf
- World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health*. Geneva, World Health Organization, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization. *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Aprobada en la Conferencia sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, 19-21 octubre 2011. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- World Health Organization. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Gèneve, WHO, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

INTERVENCIÓN CON TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA SITUACIÓN AGUDA DE ACOSO ESCOLAR*

INTERVENTION WITH OCCUPATIONAL THERAPY IN AN ACUTE SITUATION OF SCHOOL HARASSMENT

M^a Dolores Hurtado Montiel, Dulce Herrera Gálvez, Inmaculada C. Rodríguez Rojo**

En los últimos estudios se muestra que el riesgo de convertirse en víctimas del Bullying puede ser determinado a partir de características y factores individuales del entorno inmediato de los niños. Ser acosado se asocia con síntomas graves de problemas de salud mental, que pueden ser de larga duración. Los estudios han encontrado que las víctimas de acoso escolar muestran no sólo niveles elevados de aislamiento social, depresión, y ansiedad sino también, sobre todo en las chicas, aumento de los comportamientos de autolesión e ideaciones suicidas. El caso clínico que presentamos es de un chico de 13 años, que acude a urgencias con problemas de conducta en su entorno más cercano, con dificultades en las habilidades sociales, se siente triste, incapaz, ya no es el chico que era antes, con dificultades para realizar las tareas de clase, y gestos auto lesivos. Tras la valoración de sus capacidades, (cuestionario de auto concepto, escala de autoestima). La intervención consistió en la aplicación de una técnica de creación literaria, durante 10 días, a través de una serie de palabras, el chico fue capaz de contar su historia de maltrato y

acoso por parte de los compañeros, y las dificultades que existen en su entorno familiar. Como resultados, mejoró la autoestima y podemos observar que es capaz de afrontarse a todas las actividades que se le propone, su ánimo ha mejorado notablemente, y verbaliza proyectos para realizar después del ingreso. Según los estudios, el impacto de la intimidación no se limita sólo a las conductas que son perjudiciales para uno mismo, sino que también se extiende a los comportamientos nocivos hacia los demás. Además, hay que tomar conciencia de la importancia de implementar estrategias de prevención e intervención en las familias, escuelas y en la comunidad, con el fin de reducir los comportamientos intimidatorios.

Palabras clave: Acoso escolar, creación literaria, maltrato, recuperación, terapia ocupacional

ABSTRACT

In recent studies it is shown that the risk of becoming victims of Bullying can be determined based on characteristics and individual factors of the children's immediate environment. Being bullied is associated with

* Comunicación presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Psicología y Terapia Ocupacional. Servicio Andaluz de Salud y UCM

severe symptoms of mental health problems, which can be long-lasting. Studies have found that victims of bullying show not only high levels of social isolation, depression, and anxiety but also, especially in girls, increased self-harm and suicidal ideation behaviors. We describe a clinical case of a 13-year-old boy, who comes to the emergency room with behavioral problems in his closest context, with difficulties in social skills, sadness, unable, is no longer the boy he was before, with difficulties to perform class tasks, and self-injurious behaviors. After assessing his abilities (self-concept questionnaire, self-esteem scale), the intervention consisted of the application of a technique of literary creation, during 10 days, through a series of words. The boy was able to tell his story of mistreatment and harassment in the school, and the difficulties that exist in his familiar context. As a result, he improved his self-esteem and we can see that he is able to face all the activities that are proposed, his mood has improved significantly, and verbalizes projects in the future. According to the studies, the impact of bullying is not limited only to behaviors that are harmful to oneself, but also extends to harmful behaviors towards others. In addition, we must be aware of the importance of implementing prevention and intervention strategies in families, schools and in the community, in order to reduce intimidating behavior.

Key words: Bullying, literary creation, abuse, recovery, occupational therapy

INTRODUCCIÓN

El acoso escolar es un fenómeno que ha ocurrido desde siempre. Sin embargo, en los últimos años se ha incrementado su interés y preocupación debido al creciente deterioro de la convivencia escolar, la mayor concienciación sobre dicha problemática y la repercusión concedida por los medios de comunicación.

Olweus (1999) definió “acoso escolar” como el comportamiento agresivo que intenta herir, producir daño o malestar a otro individuo, siendo dicha agresión repetida en el tiempo y produciéndose una relación asimétrica entre ambos implicados, es decir, la víctima siempre se encuentra en inferioridad de condiciones, teniendo muchas dificultades para defenderse. Esta definición ha sido completada en posteriores revisiones, en las que se incluyen otras formas de maltrato como el rechazo, aislamiento, amenazas, mofa y propagación de falsos rumores sobre la víctima, pudiendo ser ejercido en solitario o en grupo (Álvarez-García, Núñez, Rodríguez, Álvarez, & Dobarro, 2011).

En la actualidad han surgido nuevas modalidades de acoso denominadas “ciberacoso”, que consiste en utilizar las TIC, principalmente Internet y móviles, para acosar a otros compañeros (Garaigordobil, 2011).

En cuanto al género, se observa una mayor implicación de los varones en el acoso escolar, tanto como agresores como víctimas. Sin embargo, existen diferencias en las formas de victimización, siendo la relacional más común en chicas y la agresión directa más asociada a chicos (Babarro, Espinosa, & Arias, 2014).

Las conductas de victimización directa y tecnológica son más frecuentes al principio de la adolescencia (11-15 años) (Díaz- Aguado, Martínez-Arias, & Babarro, 2013). El acoso escolar afecta a entre un 20% y un 30% de estudiantes a nivel nacional e internacional, siendo el porcentaje de victimización grave entre el 3 y el 10% (Garaigordobil, 2011).

El acoso y ciberacoso escolar traen consigo graves consecuencias sobre las víctimas, que se ven afectadas a nivel académico (baja concentración y rendimiento), psicológico, incrementando la sintomatología internalizante (ansiedad, depresión, baja autoestima, ideación o intentos de suicidio) y social (aislamiento, déficit en habilidades sociales, autocontrol y estrategias interpersonales)

Debido al miedo producido por los constantes abusos experimentados, es común que las víctimas sientan culpa, vergüenza e indefensión y desarrollen un repertorio de conductas evitativas, lo cual contribuye a un mayor aislamiento y riesgo de presentar síntomas depresivos (Sánchez, Ortega, & Menesini, 2012; Zwierzynska, Wolke, & Lereya, 2013).

Cada vez se está investigando más sobre el acoso escolar y las consecuencias que tiene en quienes lo sufren. Uno de cada cuatro niños españoles sufre acoso escolar, mientras que más de 500.000 lo padece de forma intensa. Según el Informe Cisneros X hay un 23% de niños y jóvenes que lo padecen en nuestro país. Sin embargo aún no hay una conciencia clara sobre lo que significa este drama social, pues, siendo más común, se percibe como menos perjudicial que el abuso infantil o el maltrato. Aún es habitual escuchar “es cosa de niños, todos se pelean”. Pero una cosa es que en un momento dado dos niños puedan pelearse por una tontería y otra que día a día haya un hostigamiento acompañado de violencia física y psicológica hacia un niño por parte de uno o varios compañeros de clase. Según los resultados

que hemos visto, la intimidación provoca graves secuelas en quienes han padecido acoso escolar.

Como noticia esperanzadora cabe resaltar que está habiendo una serie de iniciativas frente al acoso escolar de las que nos haremos eco. Algunas con el fin de prevenirlo ya desde la más tierna infancia. Desde este artículo pretendemos ayudar a concienciar a la sociedad de lo que supone el acoso escolar, por ello traemos las noticias que los medios nacionales e internacionales publican, con el objetivo de que se conozca lo que provoca este drama y también lo que se está haciendo para combatirlo.

En un estudio se encuestó a 4.297 escolares de entre 10 y 16 años de edad, un tercio de los cuales estaban siendo en ese momento sometidos a algún tipo de acoso en el ámbito escolar, o lo habían sufrido con anterioridad. Se evaluaron también las habilidades físicas y mentales de los participantes.

Los investigadores observaron que aquellos que habían sido víctimas de acoso escolar en algún momento de su infancia o adolescencia tenían mejores puntuaciones en las pruebas que los que estaban siendo maltratados en la actualidad, pero sus resultados seguían siendo peores que los de los estudiantes que nunca habían sufrido bullying.

En las pruebas de salud mental, por ejemplo, casi el 45% de los chicos que habían sufrido agresiones reiteradas obtuvieron bajas puntuaciones, frente al 31% de los que estaban siendo acosados en la actualidad, el 12% de los que habían padecido este problema en el pasado, y el 7% de los que nunca sufrieron ningún tipo de acoso.

Los autores del trabajo explican que las consecuencias del bullying no siempre son fáciles de detectar, y aconsejan a los padres que estén atentos ante cualquier signo que indique que su hijo pueda estar sufriendo este problema, porque un diagnóstico precoz y un seguimiento a largo plazo del menor son claves para prevenir la aparición de trastornos en la edad adulta.

En conclusión, los estudios sugieren que el tratamiento de las víctimas debe satisfacer la mejora de las habilidades sociales, comunicativas y de resolución de conflictos, así como la autoconfianza (Cerezo, Calvo, & Sánchez, 2011; Garaigordobil, 2011; Garaigordobil & Martínez-Valderrey, 2014; Morán, 2006).

El objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia de la intervención en Terapia Ocupacional con una víctima

de acoso y ciberacoso escolar, dirigida a mejorar sus habilidades sociales, asertivas y comunicativas, así como su autoestima y capacidad de resolución de problemas interpersonales.

Existen multitud de definiciones de Terapia Ocupacional, pero de todas ellas la adoptada en último lugar es la de (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1986), que la define como el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida. En Terapia ocupacional la educación correlaciona positivamente con la salud, estilos de vida y planificación psicosocial (Lee, 2003; Petroska y Earl, 2009).

Para los terapeutas el “proceso de hacer”, se refiere a la actividad propositiva, la cual implica el cliente en muchos aspectos que requieren coordinación entre los sistemas sensitivos motores, cognitivos y psicosociales. La actividad es algo fundamental para la existencia del ser humano, (Kielhofner, 2004). El término de actividad propositiva se utiliza, a menudo, como sinónimo del término ocupación (AOTA, 1993). La actividad propositiva es definida como conducta dirigida a un objetivo o tareas que comprende una ocupación, conducta dirigida a un objetivo, que hace que la persona se centre en la meta de la actividad, más que el proceso a través del cual se alcanza dicha meta.

Descripción del caso

Manu es una adolescente de 13 años que está cursando segundo de educación secundaria en un colegio de la provincia de Almería. Vive con sus padres y su hermana pequeña de 7 años. Ambos padres tienen 44 años de edad y trabajan en invernaderos. El nivel socioeconómico familiar es medio.

Motivo:

Acude a urgencias con problemas de conducta en su entorno más cercano, con dificultades en las habilidades sociales, se siente triste, incapaz, ya no es el chico que era antes, con dificultades para realizar las tareas de clase, y gestos auto-lesivos. En clase le habían puesto de mote el “cerilla”, el lo achaca que fue a raíz de que sus padres se fueron de viaje y se quedó con sus abuelos le cortaron el pelo de tal forma que parecía una cerilla. En el grupo no quiere hacer nada, está triste no vale para nada, incapaz de concentrarse en las tareas, rendimiento bajo en las tareas

Instrumentos de valoración

Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Consta de 10 ítems a los que se responden mediante una escala de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Mide la autoestima, entendida como sentimientos de valía personal y respeto a sí mismo. Para mujeres adolescentes, una puntuación inferior a 27 puede indicar una baja autoestima. La escala presenta buenas propiedades psicométricas en adolescentes, siendo su fiabilidad de .80 y su consistencia interna de .76 (Cava, 2011). La puntuación obtenida es 28, lo cual indica una autoestima media-baja.

Cuestionario Autoconcepto Forma 5, AF-5 (García & Musitu, 2014). Evalúa el autoconcepto social, académico/profesional, emocional, familiar y físico. Está compuesto por 30 afirmaciones, a las que se les debe asignar un valor de 1 a 99, según el grado de acuerdo con cada frase. Múltiples investigaciones han respaldado su estructura factorial, fiabilidad y validez (García, Gracia, & Zeleznova, 2013; García & Musitu, 2014) obteniendo un coeficiente de consistencia interna de .84.

Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia, CEDIA (Inglés, Hidalgo, & Méndez, 2005). Evalúa dificultades de relación social, por lo que percentiles altos indican mayor dificultad interpersonal. Consta de 36 ítems de escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (Ninguna dificultad-Máxima dificultad) agrupados en cinco dimensiones: asertividad, relaciones heterosexuales, hablar en público, relaciones con iguales y relaciones familiares. El cuestionario posee buenas propiedades psicométricas, mostrando una consistencia interna de .89 en adolescentes españoles (Inglés, Marzo, Hidalgo, Zhou, & García-Fernández, 2008). La puntuación total se sitúa en el percentil (PC)= 80, siendo la situación más conflictiva las relaciones con chicos (PC = 90), seguida de dificultades altas en asertividad y habilidades de comunicación (PC = 75).

Aplicación del tratamiento

La intervención consistió en dinámicas de grupo con diferentes adolescentes, en la primera parte de la sesión un entrenamiento más psicomotriz, expresivo y creativo, y en la parte central de la sesión aplicamos la técnica de creación literaria. Es a través de una serie de palabras, el chico es capaz de contar su historia de maltrato y acoso por parte de los compañeros, y las dificultades que existen en su entorno familiar. Se establecieron los siguientes objetivos, mejorar habilidades sociales, asertivas y

comunicativas, así como su autoestima y capacidad de resolución de problemas.

La intervención se llevó a cabo durante la estancia de ingreso, aproximadamente durante 10 días, las sesiones tenían una duración de una hora en horario de mañana y otra hora en horario de tarde. La primera sesión fue destinada a la evaluación, y a la observación de conductas, prácticamente no quería participar en ninguna actividad que se le propuso, y presentaba conductas de miedo frente a los demás a penas verbalizaba una frase, y las necesidades que pudieran surgir en ese espacio. En las siguientes sesiones, empieza a conocernos y a decidir participar, se siente apoyado por los compañeros y empieza a verbalizar sus aficiones e intereses.

Muy motivado con las actividades físico deportivas, y con dificultades en la comprensión de tareas que exigen mayor concentración y atención. Empieza a demandar ayuda y a verbalizar sus sentimientos en las sesiones. Se comienza con el trabajo emocional, desde el terapeuta y con las relaciones frente a los demás.

A través de la comprensión por parte de sus compañeros, verbaliza el miedo a la crítica a la censura, trabajamos con rol-play como puede enfrentarse a él, comienza a detectar situaciones en las que hay dolor, y que puede hacer. La participación en las actividades y la comprensión de las mismas facilitó un aumento de autoestima y de autoconcepto.

Las pruebas de evaluación se llevaron a cabo antes de la intervención y después de la intervención, para de este modo poder cotejar nuestros resultados.

RESULTADOS

Los resultados revelaron que ser objeto de burlas continuas repercute de forma directa en la salud del menor, al incrementar los síntomas de depresión y baja autoestima. Según los estudios, los alumnos sometidos a un acoso crónico durante dichos años mostraban una considerable merma en su salud, con importantes dificultades en la ejecución de actividades físicas como caminar, correr o practicar deporte, como podemos observar en el caso de Manu dejó de hacer actividades que le encantaban por miedo a la burla y al desprecio de los demás.

Para poder analizar los resultados, se tomaron las medidas de los instrumentos de valoración, previos a la

intervención y después de la intervención.

Las medidas de pre- intervención, indicaron los siguientes resultados:

El primer test fue la Escala de autoestima de Rosenberg

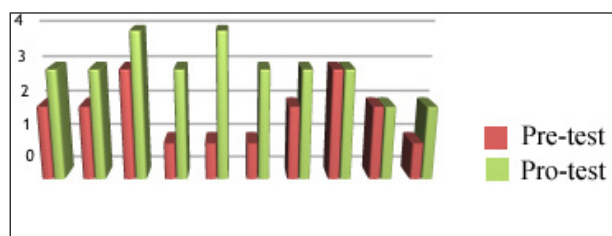


Figura 1: Escala de autoestima de Rosenberg

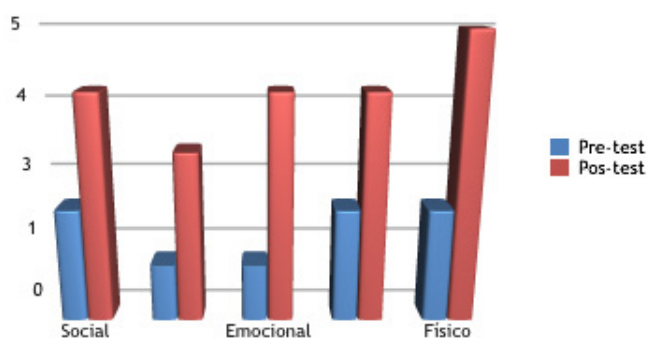


Figura 2: Cuestionario Autoconcepto Forma 5, AF-5

(Rosenberg, 1965), obtenemos una puntuación de 15 indicando que la autoestima está gravemente afectada, con una puntuación muy baja especialmente en el ítem 10, a veces pienso que no sirvo para nada al igual que en el ítem 8 obteniendo una respuesta de 1 a me gustaría tener más respeto por mí mismo.

En las dimensiones de Autoconcepto, observamos que las áreas que puntúan en negativo, son la dimensión social y emocional, el resto de las áreas están afectadas pero en menor medida.

El último test llamado Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia, CEDIA no pudo ser pasado al niño, porque en las primeros ítems se sentía muy agobiado y agotado. Decidimos pasar éste instrumento tras la intervención, por las siguientes características a nivel social, el CEDIA permite identificar los adolescentes con dificultades en sus relaciones, independientemente de que su origen sea déficit en habilidades sociales (asertividad), distorsiones cognitivas y/o emociones negativas (ansiedad, ira, etc).

Tras la intervención, observamos una mejora en los aspectos cognitivos, emocionales y una mejora más significativa en el área social. La sintomatología como en el caso de abulia, apatía, o no querer participar en las sesiones fue desvaneciéndose cuando empezó a tomar confianza en sí mismo, tras ver que tenía capacidades, y tras recibir el apoyo del resto de compañeros, que estaban ingresados en la unidad.

En España el 11,6% de los adolescentes españoles entre 12 y 18 años ha sufrido maltrato psicológico a través de la red y un 8,1% a través del móvil. El 50% de estas víctimas conoce a sus agresores. Las formas que adopta el agresor son muy distintas. Algunos ejemplos de esto son: Colgar en Internet imágenes comprometidas (real o fotometrajes), comentarios ofensivos, enviar mensajes amenazantes, etc. El ciberbullying es un problema muy complejo que nos afecta a todos y que sólo puede abordarse desde fundamentos educativos que tengan su base en el respeto.

Austin y Vispoel (1998) han demostrado que, en el aprendizaje de la música, factores externos al estudiante, tales como el ambiente social, la influencia de los iguales, la familia, etc., influyen con intensidad en el autoconcepto. También en las artes escénicas se han comprobado los efectos positivos de la expresión corporal en grupos de jóvenes universitarios. Rodríguez y Araya (2009) observaron que la realización de programas de expresión corporal propiciaban: mantener estados de ánimo positivos; mejorar la confianza en las demás personas, y mejorar la asimilación del trabajo en equipo.

DISCUSIÓN

La hospitalización junto con la intervención en T.O, le ayudó a romper el bucle de ansiedad y sufrimiento del paciente, afrontándose a actividades de dificultad progresiva, recomponiendo su historia desde sus propias capacidades, empoderando su persona a través de la actividad. Lo cual contribuyó al cese de la situación de victimización sufrida en el contexto escolar.

Este tipo de problemas repercute en la salud mental de los adolescentes ocasionándoles problemas emocionales, destacando entre ellos la ira, problemas sociales, psicósomáticos, sintomatología depresiva de moderada a grave, consumo de sustancias nocivas, pensamiento e ideación suicida.

De ahí surge la importancia de llevar a cabo más intervenciones e investigaciones para poder entender este tipo de experiencia de victimización y cómo contribuye

al desarrollo de problemas de salud mental en los adolescentes. Así, comprobaron que el acoso a cualquier edad se asociaba con un deterioro de la salud mental y física, un aumento de los síntomas depresivos y una baja autoestima.

Investigaciones previas habían demostrado que quienes sufren bullying en su infancia son propensos a sufrirlo de nuevo en el ámbito laboral, y que este está estrechamente relacionado con la apariencia física.

Esta evidencia refuerza la importancia de una intervención temprana y continuada contra la violencia física y psicológica a la que muchos niños se enfrentan en sus primeros años académicos, ya que los efectos de la vejación emocional persisten más tiempo del esperado.

Los estudios refuerzan la importancia de la intervención temprana para detener la intimidación y, además, para tomar conciencia de la necesidad de intervenir de nuevo, incluso si la intimidación no es permanente, con el objetivo de hacer frente a los efectos persistentes.

«Cuando se habla de acoso escolar y de sus soluciones es imposible generalizar: no hay una ‘talla única’». Sin embargo, reconoce que «si ponemos ante los maestros, padres y médicos las mejores prácticas basadas en la evidencia se podría ayudar mejor a los que trabajan para ayudar a los niños a hacer frente a este grave problema y disminuir el daño a largo plazo que causa».

A criterio de los expertos, la víctima empieza a tener bajo rendimiento académico, disminuye el contacto con su grupo y presenta sintomatología diversa, desde enfermedades hasta signos como golpes, le roban cosas o se las rompen. Por esas razones, es fácil detectar cuando un menor está siendo hostigado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De la Torre MJ, Cruz-García M, de la Villa-Carpio M, Casanova PF. *Relaciones entre violencia escolar y autoconcepto multidimensional en adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria*.
- Ortega R, Del Rey R, Mora-Merchán J. Violencia entre escolares. Conceptos y etiquetas verbales que definen el fenómeno del maltrato entre iguales. *Rev Interuniversitaria de Formación de Profesorado* 2001; 41:95-113.
- Consejo Escolar de Andalucía. Algunos estudios y conclusiones sobre el estado de la convivencia escolar en Europa y España. En: *Informe sobre la Convivencia en los Centros Educativos*. España: Proyecto Sur Industrias Gráficas, SL; 2006. pp. 39-68
- Abramovay M. Victimización en las escuelas. Ambiente escolar, robos y agresiones físicas. *Rev Mex Invest Educ* 2005; 10:833-864.
- Del Rey R, Ortega R. Violencia escolar: claves para comprenderla y afrontarla. *Escuela Abierta* 2007; 10:77-89.
- Arseneault L1, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'? *Psychol Med*. 2010 May; 40(5):717-29. doi: 10.1017/S0033291709991383. Epub 2009 Sep 29.
- Vásquez, M., Semenova, N., Cárdenas Zuluaga, N., & Berbesí Fernández, D. Y. (2017). School climate and family functionality as associated factors to bullying in students of antioquia, colombia. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 63-72.
- Ormeño, H., & Marycell, F. (2017). *Promoción de la autonomía y rendimiento en adolescentes con alta y baja percepción de bullying*.
- Bernal, N. C., Esteban, S. S., & Ramírez, F. C. (2017). Estimulación de la inteligencia emocional como prevención del fenómeno “bullying” en alumnos víctimas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. *Revista INFAD De Psicología*, 6(1), 427-430.
- Avilés, J. M^a. *Manual contra el bullying*. Guía para el profesorado. Lima: Libro Amigo, 2012.
- EMICI (Equipo Multidisciplinar de Investigación sobre cyberbullying), *Protocolo de actuación escolar ante el cyberbullying*.
- Observatorio de la Seguridad de la Información de INTECO, *Estudio sobre hábitos seguros en el uso de smartphones por los niños y los adolescentes españoles*.
- Saura, C. J. I., Méndez, F. X., & Hidalgo, M. D. (2000). *Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia*. *Psicothema*, 12(3), 390-398.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los originales se enviarán por correo electrónico en tamaño DIN A-4 y deberán estar escritos con un inter lineado de 1,5; con letra Times New Roman, tamaño 12 y sin numerar. Su extensión máxima será de 25 folios incluyendo el texto, bibliografía, tablas, dibujos, figuras y gráficos.

2. La primera página constará de:

a) *Nombre principal de autor/es y dos apellidos* (aparecerán 3 en el título principal, pudiéndose añadir más a pie de página); profesión y entidad (centro de trabajo), dirección de correspondencia (postal y e-mail); número de teléfono o fax.

b) *Título y resumen* del artículo en castellano e inglés obligatorio, pudiéndose añadir otros idiomas. El resumen no podrá superar las 150 palabras. **PALABRAS CLAVE:** entre 3 y 5 palabras que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo en ambos idiomas.

3. *Notas a pie de página:* se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.

4. *Tablas, dibujos, figuras y gráficos:* Se presentarán también en formato Word a continuación del trabajo, numeradas en orden de aparición en el texto. Cada una de ellas debe tener un título o pie en castellano e inglés.

5. *Bibliografía:* Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association 6th edition) entre las que recordamos:

- Las referencias bibliográficas deberán ser ordenadas alfabéticamente en una lista. Cuando exista más de una referencia sobre el mismo autor, se deberán ordenar comenzando por la más antigua.
- Las referencias bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación. Ej. (Bion, 1962) y para referenciar trabajos de un mismo autor/es de la misma fecha se añadirán letras a, b, c, etc al año, que siempre será el mismo. Ej. (Freud, 1900a, 1900b).
- Referencias bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una “y”); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos, y editorial. Para señalar los libros traducidos se añade al final la referencia “Orig.” Y el año entre paréntesis. Ejemplo:
Lebovici, S. y Soulé, M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig.1970).
- Referencias bibliográficas de capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con “En” las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed. o comp., añadiendo una “s” en caso de plural (eds.); el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial. Ejemplo:
Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.), *Manual de psicología patológica* (pp. 43-81). Barcelo-

na: Toray-Masson (Org. 1975).

- Referencias bibliográficas para revistas: autor; año (entre paréntesis); título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n.º entre paréntesis sin estar separados del vol. cuando la paginación sea por número, y página inicial y final. Ejemplo:
Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19/20, 5-24.

Para más información consultar el Manual de la APA anteriormente citado.

<http://www.apa.org>

INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los trabajos deberán ser enviados a publicaciones@seypna.com enviándose de vuelta un e-mail de confirmación de la recepción. No

podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales.

El Comité Editorial enviará los trabajos recibidos al Comité Asesor, quien realizará una “revisión por pares”

El Comité Editorial decidirá sobre la conveniencia de la publicación, reservándose el derecho de realizar modificaciones en el estilo de los textos y de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación. En casos puntuales el Comité Editorial podrá valorar la reedición de artículos de interés

La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerá exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.

Los autores cuyos artículos hayan sido aceptados para su publicación recibirán un ejemplar de la revista en el que han sido incluidos.



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA SOCIEDAD

Según lo dispuesto en la Ley 15/1999, de Protección de datos, los datos solicitados formarán parte de un fichero de clientes debidamente inscritos en la Agencia de Protección de Datos y propiedad de la Empresa SEPYPNA con CIF G-78522828 con domicilio en C/Paseo de la Castellana 144 4ª Pta 3 28046 Madrid. Recabar estos datos tiene por objeto **GESTIÓN DE SOCIOS** y no serán cedidos a terceros bajo ningún concepto sin su expresa autorización. Usted tiene derecho a recibir respuesta de cualquier pregunta, consulta o aclaración que le surja derivada de este cuestionario. Igualmente tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación, de sus datos mediante escritos a la dirección antes indicada o por correo electrónico a **sepyrna@sepyrna.com**.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

SUSCRIPCIÓN ANUAL (2 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 60 €

EXTRANJERO 130 \$

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial

C/ Jeréz, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: 91 6395965

email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos

Dirección N° Piso

Cód. Postal Población

Provincia Especialidad

NIF

FORMA DE PAGO:

☐

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

☐

DOMICILIACIÓN BANCARIA

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta

Banco C/C N°

Caja de ahorros C/C N°

Sucursal Calle N°

Cód. Postal Población

Provincia Teléfono

IBAN

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente)

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 64 - Diciembre 2017

La intervención clínica con pacientes en riesgo psicosocial: demandas, desencuentros y oportunidades <i>Antonio Galán</i>	9
Representaciones maternas y observación madre-bebé <i>Antònia Llaíró y Marta Gomà</i>	23
La adolescencia en una sociedad en crisis: crisis en la crisis <i>Manuel Hernanz Ruiz y Fernando González Serrano</i>	29
Recursos intermedios en el abordaje de menores con trastorno mental grave. Valoración psicopatológica de un caso atendido en una unidad terapéutico- educativa <i>Carolina Liaño Sedano, Daniel Cruz Martínez, M. Dolores Gómez García, Francisco Palacio Espasa</i>	41
Tramas de la constitución subjetiva y la complejidad del diagnóstico de niños desde un enfoque relacional (1ª parte) <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	47
La intervención post-adoptiva en Bizkaia: Estudio y análisis sobre la realidad del estado psicológico de la población adoptiva <i>Ma Carmen Velasco Azkue, Arantza Llona y Aloña Goiburú</i>	63
Adolescencia y duelo: a propósito de un caso <i>Isabel Reyes de Uribe Zorita, Esmeralda Vegazo Sánchez y Cristina Catalina Fernández</i>	69
El sueño y la ecografía: imágenes de la gestante <i>Agustín Béjar Trancón, Nieves Berjano Murga, Maribel Ramos Fuentes, José Antonio Domínguez Arroyo, Francisco-José Vaz Leal</i>	75
La continuidad de cuidados en salud mental y la construcción de la red de protección en los menores en riesgo <i>Miguela Arévalo García-Gasco</i>	83
Crisis sociales y trauma. Su impacto en la relación terapéutica <i>Francisco Vaccari y Fernando González Serrano</i>	95
El proyecto “seguim”. Una modalidad de intervención multidisciplinar para la prevención del abandono escolar <i>Rosa Sellarès Viola, Albert Sanz Iglesias, Martí Pintó López</i>	99
Un lugar para los sentimientos negativos <i>Ana Elúa Samaniego, Cristina Catalina Fernández, Celia Valdivieso Burón y Laura Martín López-Andrade</i>	107
La relación entre las competencias paterna y materna y el ajuste socioemocional de bebés de 0 a 2 años de la CAV <i>Rosa Sellarès Viola, Albert Sanz Iglesias, Martí Pintó López</i>	113
Identidad, género y confusión <i>Odei Iriondo Villaverde y Jesús Fernández Rozas</i>	119
Impacto de los determinantes sociales en la psicopatología de adolescentes ingresados en un hospital de día comunitario <i>Ollé-Llopis Ivan, Erra-Mas Núria, Dote-Vaca Mireia, Tejedor-García Marta, Cruz-Martínez Daniel</i>	125
Intervención con terapia ocupacional en una situación aguda de acoso escolar <i>Ma Dolores Hurtado Montiel, Dulce Herrera Gálvez, Inmaculada C. Rodríguez Rojo</i>	131

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)