Aldasoro, Thais
Blanco Martínez, Cecilia
Del Río Casanova, Lucía
Delgado Campos, Rafael
González-Serrano, Fernando
Intxausti Zugarramurdi, Aintzane
Molina Vizcaíno, Jesús Ramón
Picaza, Uxue
Sánchez Bahíllo, Ángel
Tajes Alonso, María
Tapia, Xabier
Vaccari, Francisco
Verdejo, María

N.º 58
2º semestre
2014

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

SEPYPNA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA 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.)

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

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Ainara González Villanueva (Bilbao)
Cristina Molins Garrido (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)
Alain Braconnier Centro Alfret Binet (París)
Mª 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 Univesidad 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)
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 Pais Vasco (Bilbao)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)

INDICE:

Aplicaciones de algunos planteamientos de W.R.BION en el sistema de protección de menores
Rafael Delgado Campos 9

El uso psicoterapéutico del CBCL 1 1/2-5 con familias de niños/as atendidos en los centros de atención temprana
Jesús Ramón Molina Vizcaíno 17

El problema de la libertad: determinismos y psicoanálisis
Ángel Sánchez Bahíllo 25

¿Niño desatento o desataendido?
Aintzane Intxausti Zugarramurdi 31

El cuerpo y la enfermedad. Vínculo y psicosis
Francisco Vaccari, Fernando González-Serrano y Xabier Tapia 39

Intervenciones psicoterapéuticas con el entorno de niños con problemas psiquiátricos graves desde un centro de día
Thais Aldasoro, Fernando González-Serrano, Uxue Picaza y María Verdejo 45

Disociacion psicomorfa y somatomorfa en la infancia y adolescencia. A propósito de un caso
Lucía del Río Casanova, Cecilia Blanco Martínez y María Tajes Alonso..... 49

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid.
Impresión: Sorles, Leon
E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepypna.com
Página Web: http://www.sepypna.com/revista-sepypna/
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=IBECS&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 ponenecias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psquiatría 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:	Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Vicepresidente-tesorera	Cristina Molins Garrido (Madrid)
Vicetesorero:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martinez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

Applications of some wr bion approaches in child protection system
Rafael Delgado Campos 9

CBCL 1 1⁄2-5 Psicotherapeutic use with families of boys and girls assesed in under five centers
Jesús Ramón Molina Vizcaíno 17

El problema de la libertad: determinismos y psicoanálisis
Ángel Sánchez Bahíllo 25

Inattentive or untended child?
Aintzane Intxausti Zugarramurdi 31

Body and illness. Bonding and psychosis
Francisco Vaccari, Fernando González-Serrano y Xabier Tapia 39

Psychotherapeutic interventions with the environment of children with serious mental problems from a day care centre
Thais Aldasoro, Fernando González-Serrano, Uxue Picaza y María Verdejo 45

Somatoform dissociation in childhood and adolescence. A case report
Lucía del Río Casanova, Cecilia Blanco Martínez y María Tajes Alonso 49

APLICACIONES DE ALGUNOS PLANTEAMIENTOS DE W.R.BION EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MENORES

APPLICATIONS OF SOME WR BION APPROACHES IN CHILD PROTECTION SYSTEM

Rafael Delgado Campos*

RESUMEN

Trabajo de reflexión sobre la aplicabilidad de algunas de las propuestas conceptuales de W.R.Bion como el papel de la memoria y el deseo, la capacidad de reverie y la función continente o la coexistencia de núcleos diferentes de personalidad en la persona en un centro del ámbito de la protección de menores y su integración en las evaluaciones y tratamientos que tienen lugar en el mismo con objeto de dar respuesta al objetivo último de salvaguarda del interés del menor.

Palabras clave: Protección de Menores, Estado de Descubrimiento, Coexistencia de Funcionamientos, Función Continente, Reverie.

ABSTRACT

Reflection work on the applicability of some of W.R. Bion conceptual proposals as the role of memory and desire, the capacity for reverie and containing function or the coexistence of different parts in personality in a Child Protection Center and their integration in evaluation processes and treatments that take place in it in order to answer the ultimate aim of safeguarding Child interest.

Key words: Child Protection, State of Discovery, Coexistence of Performance, Containing Function, Reverie.

La aproximación a la obra de Bion posibilita una fuente fecunda de asociaciones y reflexiones sobre la pertinencia de la aplicación de los conceptos propuestos por él mismo en ámbitos de trabajo en que se toma contacto con relaciones personales en que están presentes las emociones básicas de amor, odio y conocimiento planteadas por el autor indobritánico como es el área de la Protección de Menores. Algunos recursos integrados en esta red de intervención son los Centros de Atención a la Infancia del Ayuntamiento de Madrid, cuya función se circunscribe a intervenir en las situaciones de desprotección de los menores, ya sean constitutivas de riesgo o bien de desamparo, y en donde las funciones parentales de crianza y protección están desvirtuadas o alteradas, perjudicando el adecuado desarrollo evolutivo de los menores y su crecimiento como sujetos autónomos. La casuística atendida en los Centros de Atención a la Infancia es aquélla en la que las necesidades básicas de los menores no están cubiertas, dando lugar a situaciones

* Psicólogo de Centro de Atención a la Infancia del Ayuntamiento de Madrid. Psicólogo de la Asociación Centro de Apoyo al Menor. Abogado. Madrid. E-mail: rafadelgados@yahoo.es

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

de maltrato físico y/o emocional, negligencia, abandono o abuso sexual.

En las entrevistas que se suceden en los supuestos de evaluación e intervención con familias en que hay menores con indicadores de desprotección surgen asociaciones en el terapeuta relacionadas con planteamientos y propuestas de Bion relativos a la técnica terapéutica, a las relaciones vinculares o a la coexistencia de núcleos diferentes en la personalidad. Estas asociaciones dan lugar a preguntas como las siguientes: ¿Qué aplicabilidad práctica puede pensarse en el ámbito que nos ocupa de la propuesta Bioniana de acudir al encuentro entre terapeuta y paciente "sin memoria ni deseo"? ¿Tiene lugar en los progenitores con quienes se establece la relación terapéutica la concurrencia de un núcleo bientratante junto a la parte maltratante que ha dado lugar al riesgo o desprotección en sus hijos, de manera análoga a la coexistencia de una personalidad psicótica y otra no psicótica en el funcionamiento mental humano según propugna el autor británico? ¿Puede tener lugar una intervención de desarrollo del primero y toma de conciencia y control de la segunda que permita trabajar para el mantenimiento del menor en su medio familiar? ¿Pueden ser útiles terapéuticamente una actitud técnica asimilable a la Función Alfa y una disposición mental de Reverie?

1. MEMORIA, DESEO Y PROCESOS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN.

Bion planteaba en 1967 en su artículo publicado en The Psychoanalitic Forum la importancia de evitar la memoria y el deseo como el estado mental adecuado para el analista en el encuentro con el analizando. Extendía este proceso de evitación a otras dos propiedades: la comprensión y la percepción sensorial.

"*La capacidad para olvidar, la habilidad para evitar el deseo y la comprensión deben considerarse como una disciplina esencial para el psicoanalista. La falta de práctica de esta disciplina llevará a un firme deterioro de los poderes de observación cuyo mantenimiento es fundamental.*"

Para fundamentar dicho método traía a la memoria las recomendaciones que Freud expresaba en la Carta dirigida a Lou Andreas-Salomé de fecha 25 de mayo de 1916: "*Yo sé que me he cegado artificialmente en mi trabajo, con el propósito de concentrar toda la luz en un solo pasaje oscuro*."

El objetivo de tal actitud o método sería "*lograr un estado mental que le diera ventajas para compensar la oscuridad cuando el objeto investigado era peculiarmente oscuro*" (Bion, 1967).

Más allá de las polémicas a que dieron lugar los planteamientos de Bion, su propuesta se concretaba en la necesidad de prevenir la contaminación de lo que estaba por ocurrir y observar en el aquí y el ahora de la sesión sin preconcepciones y apriorismos provenientes de la memoria o expectativas derivadas del deseo.

Establece Bion (1967) la actitud concreta favorecedora de este objetivo cuando explicita: "*Debe oponerse resistencia a la tendencia a tratar de recordar "alguna causa" supuesta de la crisis y a desear una situación diferente y más agradable. En el mejor de los casos sólo puede evocar algún episodio que se supone es la "causa". El "recuerdo evocado" satura los preconceptos del psicoanalista y oscurece las impresiones en el punto donde la claridad del juicio y de la perspectiva para su ejercicio tienen posibilidades de coincidir: la sesión corriente.*"

Los motivos del terapeuta para poder buscar refugio metodológico en dichas herramientas pueden ser diferentes, tal y como el propio Bion (1967) explicitó: En cuanto a la memoria y la comprensión "*Cuando el psicoanalista prevé una crisis, y en especial si tiene o piensa que posee buenos motivos de ansiedad, su tendencia consiste en recurrir a la memoria y a la comprensión para satisfacer su deseo de seguridad (o recurrir a la "saturación" para evitar la "no saturación")*.

La aplicabilidad práctica de tales planteamientos en los procesos de evaluación e intervención que tienen lugar en el ámbito de la protección de menores puede concretarse en diferentes situaciones y supuestos:

En el caso de las valoraciones de casos de riesgo grave en el sistema de protección de menores, como forma de prevenir una actitud defensiva en el terapeuta tendente a hallar una rápida significación o atribución de responsabilidades que contrarreste la ansiedad derivada de las circunstancias, incertidumbre o eventuales presión personal o institucional que pudieran derivarse del caso concreto. La casuística observada, relativa a situaciones de maltrato físico y/o emocional, negligencia, abandono y abuso sexual es susceptible de dar lugar a una inclinación a buscar refugio en la seguridad ofrecidas por la memoria, en ocasiones en la forma de antecedentes de situaciones de riesgo, o la comprensión rápida de hechos o situaciones, que pueden constituir proyecciones del terapeuta determinadas por sus necesidades emocionales o sus teorías de trabajo.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

No obstante el riesgo de esta inclinación, la realidad objeto de análisis en el ámbito de la protección de menores hace que, como en la obra de Freud y Bion, cobre relevancia la búsqueda de la verdad en relación a esta realidad. Y en la aproximación a este objetivo se torna relevante el acercamiento sin memoria ni deseo propugnado por el autor inglés, con la consecuente necesidad de tolerar, por parte del profesional, estados de duda, desconocimiento y frustración. Esta capacidad puede verse interferida por los motivos de ansiedad a que se refería Bion, como consecuencia de los hechos y relaciones con los que se toma contacto en este campo, y que puede llevar a que la evaluación se deslice por direcciones condicionadas por la necesidad de llegar a una conclusión rápida y segura que elimine tal estado de preocupación pero que pueden desviar al terapeuta de su ruta hacia el destino arriba mencionado.

Dicho estado de cosas puede suceder en supuestos hipotéticos como los siguientes, susceptibles de intervención en el sistema de protección de menores.

Menor en quien se detecta desde algún recurso de intervención con menores conductas repetidas de autoestimulación en zona genital y, en la esfera emocional, estado de ánimo triste y baja autoestima. Junto a dichas circunstancias puede concurrir información suplementaria sobre otros indicadores de riesgo como negligencia en el ejercicio de las funciones parentales y déficits en la estructuración de rutinas y hábitos favorecedores de la estructuración interna y desarrollo del/a menor.

Las específicas circunstancias de la expresión sintomática a través de la autoestimulación genital, la concurrencia de otros factores de riesgo, la minoría de edad y la necesidad de protección anexa en las situaciones que lo requieran pueden constituirse en factores que hagan surgir suposiciones, preconcepciones o comprensiones apresuradas que tiendan a atribuir un sentido prematuro como el de la hipótesis de ocurrencia de abuso sexual con objeto de dar un rápido sentido que libere de estados relacionados con la inseguridad y el desconocimiento.

En una situación como la descrita resulta pertinente ese "cegarse artificialmente" freudiano y la utilización del estado mental descrito por Bion (1970) como "paciencia": "*Mi intención es que conserve su asociación con el sufrimiento y con la tolerancia a la frustración. Debe conservarse la "paciencia", sin un "ansia exacerbada de llegar hasta el hecho y la razón" hasta que "evolucione" una pauta.*"

Mediante dicha tolerancia a la frustración y al desconocimiento puede llegarse a la aproximación de otra realidad en la que se llegaría al conocimiento de más hechos como la inexistencia de indicadores que suelen manifestarse en supuestos de abuso sexual en las pruebas proyectivas gráficas y en las entrevistas de juego planteadas con la menor. Desde aquí puede descubrirse otra necesidad, en este caso de valoración e intervención de la menor desde el recurso de Salud Mental para el tratamiento de los estados emocionales distímicos y de baja autoestima derivados de duelos por realizar debido a pérdidas de referentes familiares importantes y exigencias de adaptación a corta edad por cambios sucesivos de domicilio. Asimismo para el tratamiento de dichos estados de malestar y tristeza, y del intento de tramitación de los mismos por la menor a través de la autoestimulación genital como procedimiento autocalmante, y ello con objeto de conseguir una elaboración más saludable y adaptativa. Igualmente a una propuesta de intervención con el grupo familiar que pase por la toma de conciencia del progenitor en la propia responsabilidad en las disfunciones en el ejercicio de la parentalidad que fomente el cambio en la posición subjetiva y relacional y que dé respuesta a lo establecido en la Ley de Protección Jurídica del Menor de derecho del menor a desarrollarse en su familia de origen.

Desmarcarse de lo sabido y tolerar la incertidumbre de lo desconocido en el aquí y el ahora de la sesión también es de utilidad en el supuesto de valoración del cese de medida de protección solicitado por un progenitor cuyos hijos se encuentran tutelados y guardados en Residencia de Protección. La nueva valoración, en un momento diferente de su vida, puede recibir interferencias provenientes tanto de la consideración de los antecedentes de desprotección como una realidad difícilmente modificable como de preconcepciones teóricas en el propio evaluador basadas en la compulsión de la persona a repetir experiencias o situaciones anteriores a pesar de su carácter doloroso.

Una memoria fundamentada en antecedentes y suposiciones puede, igualmente, tener un potencial obstaculizador en el caso de la persona con antecedentes en su biografía de medida de protección en su infancia relacionadas con un ejercicio severamente alterado de las competencias parentales en sus progenitores, cuando aquélla accede a la condición paterna o materna y puedan concurrir dificultades en el ejercicio de su función paterna o materna, con necesidad de apoyos, cuando así se requieran, para favorecer el adecuado desarrollo del

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

menor en su medio familiar.

En este sentido se refiere Feldman (2009) al riesgo de que el analista desarrolle una especie de mito personal o una versión de la historia del paciente, como instrumento de estos propósitos defensivos, con el peligro de llegar a una convicción de que las cosas no hubieran podido ir de manera diferente. Esto puede proteger al terapeuta del contacto con ansiedades y fantasías pero dificultar el conocimiento de una realidad libre de preconcepciones o proyecciones. A su vez, el no tomar conciencia de este riesgo por parte del profesional puede conducir a que la relación terapéutica se vea influida por una memoria integrada por antecedentes personales, familiares o intergeneracionales que dificulte la apertura a una evolución diferente con base en una actitud terapéutica de percepción, contención y transformación

La realidad a valorar desde un ámbito como la protección de menores plantea, en consecuencia, la oportunidad de encontrar un equilibrio entre la adopción de esta actitud interna transitoria en el terapeuta y la necesidad de tener en cuenta información útil al interés del menor y a la valoración de la situación de riesgo. Ello con objeto de "*...incrementar la capacidad creativa, el sentido común y el desarrollo de la intuición…«el estado de descubrimiento»...*" (Grinberg, 2000), con el fin de poder captar y valorar las disfunciones, pero también las capacidades inherentes a la función materna y paterna, sin contaminaciones determinadas por preconcepciones, juicios a priori o necesidades emocionales.

2. LA COEXISTENCIA DE CONDUCTAS MALTRATANTES Y BIENTRATANTES EN LAS FUNCIONES PARENTALES

La diferenciación propuesta por Bion (1967) de dos modalidades de funcionamiento mental en todo ser humano, postulando la coexistencia de una "personalidad psicótica" y de una "personalidad no-psicótica o neurótica" supuso una evolución a partir de planteamientos freudianos como los expuestos en "La escisión del Yo" en el proceso de defensa donde planteará que el niño ante el conflicto entre la exigencia del instinto y la prohibición por parte de la realidad: "*Replica al conflicto con dos reacciones contrapuestas y las dos válidas y eficaces. Por un lado, con la ayuda de ciertos mecanismos rechaza la realidad y rehúsa aceptar cualquier prohibición; por otro lado, al mismo tiempo, reconoce el peligro de la realidad, considera el miedo a aquel peligro como un síntoma patológico e intenta, por consiguiente, despojarse de dicho temor.*" (Freud, 1938)

Junto a dicho punto de partida, como analiza Grinberg (1983), la idea de Bion sobre la psicosis como tributaria de una función alfa ineficaz para recibir, contener y devolver las ansiedades proyectadas por el bebé de una forma mitigada y tolerable que determina una incapacidad del niño para disociar y proyectar adecuadamente difiere de la propuesta psicoanalítica clásica según la cual en la psicosis habría un Ello que desbordaría al Yo con sus irrupciones instintivas enraizadas en un proceso primario excesivo.

En "Volviendo a Pensar" propugna el autor británico: "*Haré dos modificaciones en la descripción de Freud para acercarla más a los hechos. Primero, no creo que el yo se retire nunca totalmente de la realidad. Diría que su contacto con la realidad, está encubierto, por la predominancia en el paciente, de una fantasía omnipotente encaminada a destruir, tanto la realidad como la conciencia de la misma, y así entonces, alcanzar un estado que no es ni la vida ni la muerte. Desde que el contacto con la realidad nunca se pierde completamente, los fenómenos que estamos acostumbrados a asociar con la neurosis, nunca están ausentes y, sirven para complicar el análisis, ya que de que el yo mantenga contacto con la realidad, depende justamente la existencia de una personalidad no psicótica paralela, pero oscurecida por la personalidad psicótica. Mi segunda modificación es la de que el retiro de la realidad es una ilusión, no un hecho, y emerge del despliegue de identificación proyectiva en contra del aparato mental*." (Bion, 1967).

La no utilización de este concepto de "personalidad psicótica" como un diagnóstico psiquiátrico sino como una modalidad de funcionamiento mental caracterizado por unos rasgos determinados permite su aplicabilidad, junto a la idea de la coexistencia de ambos tipos de personalidad, en las relaciones familiares en que tiene lugar violencia parentofilial.

Este principio de coexistencia de funcionamientos puede pensarse, igualmente, respecto de las funciones parentales de crianza y protección, observándose con frecuencia actitudes, conductas y dinámicas relacionales desplegadas por los progenitores con los hijos favorecedoras del desarrollo del menor que conviven con otras no respetuosas de su integridad física y emocional y con incidencia perturbadora en dicho desarrollo.

Resulta necesario significar que la potencialidad de la presencia de estas partes maltratantes puede ser predicable de cualquier individuo, familia y relaciones familiares a raíz de la naturaleza pulsional humana puesta de manifiesto por Freud: "*No hemos propiciado el supuesto*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

de una particular pulsión de agresión y destrucción en el ser humano en virtud de las doctrinas de la historia ni de nuestra experiencia en la vida, sino que lo hicimos sobre la base de consideraciones generales a que nos llevó la apreciación de los fenómenos del sadismo y del masoquismo." (Freud, 1932)

"*…lo que discernimos acerca de las pulsiones sexuales vale de igual modo, y quizás en mayor medida aún, respecto de las otras, las pulsiones de agresión. Son sobre todo ellas las que dificultan la convivencia humana y amenazan su perduración; que limite su agresión es el primer sacrificio, y acaso el más duro, que la sociedad tiene que pedir al individuo….La institución del superyó, que atrae hacia sí las peligrosas mociones agresivas, establece por así decir una guarnición militar en los lugares inclinados a la revuelta. Pero, por otra parte, y considerado ello desde el punto de vista puramente psicológico, es preciso confesar que el yo no se siente bien cuando así se lo sacrifica a las necesidades de la sociedad, cuando tiene que someterse a las tendencias destructivas de la agresión que de buena gana hubiera dirigido contra otro.*" (Freud, 1932)

Desde tales presupuestos, en los casos en que hay un protagonismo determinante de la pulsión agresiva en el grupo familiar manifestada en conductas de maltrato a los hijos justificativa de la actuación de los servicios de protección del menor, adquiriría sentido una intervención tendente a permitir la toma de conciencia de ambas dimensiones: las partes maltratantes de la instancia parental que han dado lugar a episodios de maltrato, su coexistencia con otro tipo de relaciones y conductas bientratantes, la comprensión de los factores que llevan al desencadenamiento de los primeros y la elaboración de los mismos que trate de modificar su repetición, y la potenciación y desarrollo de las segundas.

Algunos de estos funcionamientos de la parte parental maltratante recuerdan a los rasgos atribuidos por Bion a la personalidad psicótica como la intolerancia a la frustración y a la ausencia del objeto, observable en los movimientos de interferencia a los procesos de autonomía que suponen los desarrollos de fase en el hijo debido a la evocación que tales procesos hacen de vivencias de desvalimiento con origen en la propia infancia del progenitor; o la recurrencia a la acción en ocasiones en que otras personas recurrirían al pensamiento como se puede observar en las tendencias actuadoras en las funciones educativas y correctoras con los hijos materializadas en conductas de maltrato activo; y el uso del pensamiento mágico en aquellas situaciones cuya solución depende de una acción que se concreta en manifestaciones de negligencia parental como atribuir capacidad a un hijo menor de corta edad para permanecer solo en el domicilio adquiriendo protagonismo la omnipotencia de la idea de una capacidad inexistente en el menor sobre la realidad externa de la inmadurez del hijo para manejar dicha situación.

Otros rasgos pueden concurrir o no, determinando su presencia un signo de complejidad en la realidad a evaluar e intervenir desde el objetivo del interés de protección del menor, como el predominio del odio y de los impulsos destructivos con que se ataca la realidad externa e interna o la evacuación masiva en el mundo exterior de partes escindidas de la personalidad que no pueden ser toleradas dentro de sí. En algunos supuestos de divorcio difícil con posicionamientos radicalizados por parte de los progenitores puede observarse la concurrencia de rasgos como los mencionados dando lugar a una conflictividad en las relaciones parento-filiales con evidente repercusión a nivel emocional, relacional y de desarrollo personal en los menores.

Una reacción posible por parte del terapeuta es un posicionamiento superyoico manifestado en una urgencia correctora de la parte maltratante. Dicho posicionamiento significaría un rechazo de estas partes proyectadas como defensa apresurada ante su potencial desestabilizador. Bion (1967) apuntaba, a este respecto, lo que originaba la negativa a aceptar las partes de la personalidad proyectadas: una intensidad creciente de las emociones y manifesaciones violentas como reacción a lo que es sentido como una defensa hostil.

Desde el prioritario interés de la salvaguarda de la integridad física y psíquica del menor, en el proceso de evaluación será necesario calibrar el predominio de una parte sobre otra y valorar determinados factores en la parte maltratante como la ausencia de gravedad del maltrato ocasionado, la falta de continuidad en el tiempo de las lesiones o daños producidos y la previsión de riesgo bajo de nueva ocurrencia de los hechos objeto de intervención. A su vez habrá que tener en cuenta en la parte bientratante la capacidad del progenitor causante del maltrato para la aceptación de los hechos ocurridos y aptitud para tomar conciencia y asumir lo reprochable de su acción y la permeabilidad para beneficiarse de un tratamiento dirigido a la mejora de sus competencias parentales y para la puesta en práctica de las mismas de manera favorecedora del desarrollo del menor y de forma respetuosa con su integridad emocional y física.

En dicho tratamiento adquirirá un importante

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

protagonismo la actitud y estado mental del terapeuta en relación a las identificaciones proyectivas que se dirigirán desde el usuario al profesional y que tienen que ver con emociones, ideas, fantasías y funcionamientos en relación con las funciones parentales, particularmente las referidas a las manifestaciones de la parte maltratante.

Resultan útiles para la recepción y manejo de estas proyecciones lo señalado por Bion (1967) en relación con las proyecciones de la personalidad psicótica:

"*Cuando el paciente trataba de deshacerse del temor a la muerte, sentido como demasiado poderoso para contenerlo en su propia personalidad, disociaba sus temores y los depositaba en mí, con la idea de que si podían permanecer allí durante un tiempo, serían modificados por mi mente y podrían entonces ser reintroyectados sin peligro. En la ocasión a que me refiero, el paciente había sentido que yo los evacuaba tan rápidamente que los sentimientos no se modificaban, y que, al contrario, se volvían más dolorosos…*"

También en las proyecciones realizadas en las intervenciones desarrolladas en el ámbito de la protección de menores resulta pertinente esta actitud mental con la finalidad de poder dar contención a las mismas, sin evacuarlas de manera rápida, y poder dar lugar a un reconocimiento de las mismas en quien las proyecta y a su modificación en una forma menos disfuncional y más compatible con un ejercicio parental bientratante.

3. REVERIE, FUNCIÓN ALFA Y POSIBLES MANIFESTACIONES EN EL ÁMBITO DE LA PROTECCIÓN DE MENORES.

La aplicación de una disposición mental como la anteriormente señalada resultaría de utilidad tanto en intervenciones con progenitores como en intervenciones con menores en el área de la protección de menores, siendo útil, en este cometido, la concepción de Bion sobre la identificación proyectiva como un proceso interpersonal de comunicación de estados mentales e interpretación a través del estado de Reverie (1963) así como sus planteamientos sobre la Función Alfa y su naturaleza continente (1962). Desde la concepción de esta última como función continente de la personalidad del terapeuta puede ponerse en práctica en las entrevistas llevadas a cabo en un Centro de Atención a la Infancia con objeto de recibir, metabolizar, significar o modular el material verbal y emocional evacuado por los usuarios relativo a disfunciones en el ejercicio de las competencias parentales y devolverlo transformado en una narrativa con efectos de contención que permita comprender y tolerar emociones que tienen lugar en las relaciones parentofiliales que dan lugar a conductas irreflexivas y otorgar un espacio al pensar en lugar de la actuación así como a la progresiva introyección de dichas función narrativa y contención.

En el primer caso, hay que hacer referencia a situaciones que son objeto de evaluación e intervención en el sistema de protección de menores como son aquellos supuestos de retraso en el desarrollo físico, emocional y social de los menores por causas no orgánicas. Dichas situaciones de posible riesgo, no obstante diferir de las presentaciones habituales de maltrato físico o psicológico, no son infrecuentes y pueden tener origen en posibles dificultades en el progenitor para realizar un maternaje o paternaje con consecuencias perturbadoras para el desarrollo del menor.

En algunos de estos supuestos puede observarse una realidad que está frecuentemente presente: las experiencias de abandono sufridas por la madre como una vivencia de desvalimiento o desamparo con importantes y negativas consecuencias en su psiquismo. La vivencia de la experiencia abandónica, que no tiene por qué ser total, cobra mayor relevancia cuando tiene lugar a una edad caracterizada todavía por la inmadurez biológica y las necesidades vinculares. El impacto de dicha experiencia, por su cualidad de "*originaria*" (Aulagnier, 1975) y por su momento temporal no puede ser objeto de recuerdo, pero sí construye una marca que determina un funcionamiento condicionado por las angustias de abandono. En el acceso a la condición materna, dicha marca supone una influencia perturbadora del desempeño de las funciones parentales, entendidas como la capacidad de promover los desarrollos del hijo correspondientes a su momento evolutivo, por la resonancia de desamparo que la separación anexa a esta evolución lleva consigo.

En este tipo de casos cobra sentido el ejercicio de una función de recepción de las ansiedades de abandono experimentadas en la niñez, contención de las mismas y devolución de una forma más tolerable en una modalidad simbólica a través de la palabra, como forma de contener a la persona que aún demanda el cuidado que no ha recibido, y como manera de transmitir mecanismos de contención en relación con el hijo que le permita progresar hacia una función materna más facilitadora del desarrollo del menor. Dicha capacidad empática buscará transformar las ansiedades abandónicas difícilmente pensables de la madre en elementos psíquicos pensables, más soportables y con menos riesgo de traslación a

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

la relación con el hijo para evitar un crecimiento y autonomía que puedan confrontar a la madre, de nuevo, con el sentimiento de desvalimiento experimentado en la relación con su propia madre. (Delgado, 2012)

También resulta de aplicación en las intervenciones con menores con sintomatología postraumática derivada de la experiencia directa de maltrato o de su exposición a situaciones de violencia entre progenitores, mediante la atención a las comunicaciones emocionales del niño y a la resonancia emocional que las mismas originan en el terapeuta. El constituirse en depositario de la realidad psíquica que está perturbando al menor, la observación contenedora de aquélla y la verbalización de sus vivencias de angustia y confusión sin sentirse desbordado puede dar lugar a una sensación de comprensión en el niño y a la impresión de que puede hacerse frente a las emociones proyectadas. Todo ello en consonancia con poner en práctica una disposición mental de reverie desde las propuestas de Bion (1963) dando lugar a una capacidad empática materna que permita transformar los miedos y ansiedades impensables del niño en elementos psíquicos pensables y más tolerables. O tal y como señalaba el autor británico:

"*Desde el punto de vista del niño, ella tendría que haber incorporado y experimentado el temor de que él se estaba muriendo. Este temor era el que el niño no podía contener dentro de sí. Trataba de disociarlo conjuntamente con la parte de la personalidad que lo contenía y proyectarlo dentro de la madre. Una madre comprensiva puede vivenciar este miedo, que el niño está tratando de resolver por medio de la identificación proyectiva, y mantener su equilibrio.*"

En un ámbito como el de la protección de menores, en el que convergen diferentes recursos institucionales psicosociales, educativos y sanitarios, resulta también de aplicabilidad una función alfa (Bion, 1962) en las relaciones profesionales entre los mismos concretada en actitudes y acciones tendentes a ofrecer una función continente que posibilite un funcionamiento contenido en relación con las situaciones de desprotección a examinar que sustente "*la pérdida de la omnipotencia y el contacto compartido con la realidad*" (Dorado de Lisondo, 2009) y que prevenga del riesgo de puestas en acto provenientes de la presión originada por un tráfico de proyecciones no reconocido. Dichas actitudes y acciones cobran sentido en los espacios compartidos en los que se pone en común la información relativa a las situaciones de riesgo existentes en menores y se toman acuerdos en relación a las mismas como los Equipos de Trabajo de Menores y Familia existentes en los diferentes distritos del Ayuntamiento de Madrid, y en las Comisiones de Apoyo Familiar en que las situaciones a examinar se concretan en desprotección infantil constitutivas de posible desamparo o de medida judicial aplicables a menores.

Igualmente adquiere sentido la utilización de una actitud encuadrable en dicha función continente en las relaciones de los recursos intervinientes en el sistema de protección de menores como los Centros de Atención a la Infancia del Ayuntamiento de Madrid con los Órganos Judiciales en supuestos en los que debe de realizarse una actividad de hacerse cargo de una realidad asimilable a elementos beta por ser una realidad "en bruto" (Bion, 1963) proveniente de la aplicación estricta, en ocasiones, de la letra de la ley, llevar a cabo una labor de metabolización (Bion, 1963) y modulación de la misma y devolverla en forma de realidad más asimilable a elementos alfa (Bion, 1963) en la que puedan pensarse las exactas consecuencias de algunos pronunciamientos en resoluciones judiciales para el equilibrio y desarrollo emocional de los menores. Un ejemplo de dichos supuestos tiene lugar como consecuencia de la separación de los menores de sus figuras de apego debido a la adopción de órdenes de alejamiento o sentencias privativas de la patria potestad durante un prolongado periodo de tiempo, cuando ha existido un episodio puntual de maltrato, sin que se contemple un régimen de visitas o contactos supervisado que prevenga de las consecuencias perjudiciales y desestabilizadoras para el menor que, en el corto plazo afecta su esfera emocional, relacional, conductual y de salud, y que, en función de la evolución posterior, puede comprometer un adecuado desarrollo de su personalidad.

Dicha actividad de metabolización y modulación se concretaría en la transmisión a los órganos judiciales de la necesidad de contemplar un mecanismo corrector de los riesgos mencionados que puede materializarse a través de matizar las ordenes de alejamiento o privaciones de patria potestad con un sistema de contactos o visitas bien en los puntos de encuentro familiar, bien en las residencias de protección en las que pueden encontrarse los menores si se ha acordado una medida de tutela por la entidad administrativa competente. En tales casos dichos contactos deberían estar supervisados por profesionales que velen porque dichos encuentros supongan una repercusión positiva en el niño y realicen el seguimiento de los mismos a la luz del superior interés del menor. (Delgado, 2012)

La aplicabilidad de ideas como las descritas en el

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

ámbito de la protección de menores lleva a pensar en la necesidad de prevenir una concepción del maltrato infantil como determinada exclusivamente por la incidencia de factores en el ejercicio, disfuncional en este caso, de las competencias parentales y de los que podrían citarse, entre otros, pautas de crianza inadecuadas, problemas de salud mental o adicciones en los progenitores, un nivel sociocultural bajo, relaciones violentas intrafamiliares o pertenencia a un ámbito marginal, y a los que habría que responder mediante intervenciones reductoras de tales indicadores de riesgo. Con independencia de la oportunidad de ofrecer la respuesta pertinente cuando dichas circunstancias coadyuvan en la manifestación de conductas maltratantes, resulta necesario evitar una actitud externalizante de atribuir la responsabilidad de las situaciones de maltrato a causas externas. Dicha actitud actuaría como un obstáculo en el cuestionamiento de tendencias eximentes o atenuantes en base a la concurrencia de tales factores y en el surgimiento de una posición más facilitadora de la promoción de la toma de conciencia de la propia responsabilidad en los actos de violencia familiar que fomente el cambio en la posición subjetiva y relacional de los progenitores en relación a sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bion, W. (2003). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidos Ibérica (Orig. 1962).

Bion, W. (1988). *Elementos de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Horme-Paidos (Orig. 1963).

Bion, W. (2006). *Volviendo a Pensar*. Buenos Aires: Horme-Paidos (Orig. 1967).

Bion, W. (1974). *Atención e interpretación*. Buenos Aires: Paidos (Orig. 1970).

Delgado, R. (2012). El Riesgo de Victimización a Menores en el Ámbito Judicial por Privaciones de Patria Potestad u Órdenes de Alejamiento de Larga Duración sin Contactos Supervisados. *Anuario de Psicología Jurídica*, 22, 55-65.

Delgado, R. (2012). Valoración de un Caso de Riesgo en el Sistema de Protección de Menores. Una Aproximación Psicoanalítica. *Intersubjetivo. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud*,12 (1), 104-124.

Dorado de Lisondo, A. (2010) Reverie Revisitado. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 9, 54-72.

Feldman, M. (2009). *Doubt, Conviction and the Analytic Process: Selected Papers of Michael Feldman*. London: Routledge Mental Health.

Freud, S. (1997). *Nuevas conferencias de introducción al Psicoanálisis*. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva (Orig. 1932).

Freud. S. (1997) *La escisión del Yo en el proceso de defensa*. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva (Orig. 1938)

Grinberg, L. (1983). Enfoque de la psicosis desde el "vértice" de Bion. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3 (8), 53-66.

Grinberg, L. (2000). Vigencia teórica y clínica del pensamiento de Wilfred R. Bion. Bion y el psicoanálisis científico. *Intercambios de Psicoanálisis*, 5, 14-19.

Pfeiffer, E. (1985). *Sigmund Freud and Lou Andreas-Salomé, Letters*. New York: Norton Paperback.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

EL USO PSICOTERAPÉUTICO DEL CBCL 1 ½-5 CON FAMILIAS DE NIÑOS/AS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA

CBCL 1 ½-5 PSICOTHERAPEUTIC USE WITH FAMILIES OF BOYS AND GIRLS ASSESED IN UNDER FIVE CENTERS

Jesús Ramón Molina Vizcaíno*

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la utilidad psicoterapéutica del uso, en los centros de atención temprana, del *Inventario del comportamiento de niños(as) de 1½-5 años para padres (CBCL 1 ½-5)* (Achenbach y Rescorla, 2000). Su justificación viene dada por dos motivos. Primero la escasez de publicaciones sobre el mismo, en comparación a las de su versión para edad escolar. Segundo, y más importante, por las ventajas que tiene en la psicoterapia familiar. Se concluye que si los datos ofrecidos por este instrumento son empleados adecuadamente, pueden dar informaciones útiles para el trabajo psicoterapéutico con las familias atendidas en los centros de atención temprana. Se ilustra esta reflexión con un ejemplo clínico. Finalmente se recomienda su uso en atención temprana.

Palabras clave: CBCL 1½-5, atención temprana, psicoterapia familiar

ABSTRACT

The goal of this paper is to reflect on the psychotherapeutic advantages of *Children Behavior Checklist 1½-5 for parents (CBCL 1½-5)* (Achenbach & Rescorla, 2000) in an early childhood care center. Two are the reasons encouraging the development of this work. Firstly, there are less publications about this version in comparison with those about its school version. Second and more important reason is related to its advantages for family psychotherapy. It is concluded that if the information given by this inventory is used in a correct way, it could be useful for family psychotherapeutic intervention in early childhood care centers. Moreover, this conclusion is illustrated through a clinical example.. Finally, the use of this inventory in early childhood care is suggested.

Key words: CBCL 1½-5, early childhood attention, family psychotherapy

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo la reflexión, amparada bajo un paradigma hermenéutico (Guba y Lincoln, 1994), sobre las ventajas del uso del *Children Behavior Check-List (CBCL) 1 ½- 5* (Achenbach y Rescorla, 2000) en el trabajo psicoterapéutico con familias atendidas en los centros de atención temprana[1].

* Psicólogo del CDIAP Maresme (Fundació Maresme). Hospitalet de Llogregat, Barcelona. E-mail: molinavizcaino@yahoo.es

[1] En adelante me referiré en ocasiones a este instrumento, en sus diferentes versiones, empleando únicamente sus siglas.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Así, considera que si los datos de este instrumento son transmitidos con habilidad clínica en las entrevistas familiares psicoterapéuticas, pueden producir cambios en el entorno. De esta manera, el clínico puede hacer una lectura más allá de las estrictas variables numéricas que ofrece el instrumento. Debe tener presente que éstas son el resultado de la percepción de los padres u otros cuidadores acerca del niño. Por tanto, en las discrepancias entre su propia visión del menor y la de los distintos cuidadores, o en las de estos entre si, el terapeuta familiar puede encontrar elementos a ser señalados en las visitas, posibilidades de clarificaciones terapéuticas acerca de desacuerdos en los reportes sobre el niño, manifestados por puntuaciones dispares. Esta cuestión será tratada en profundidad más adelante.

Pero primero se procederá a un breve repaso de las publicaciones existentes, puesto que éste muestra una escasez de estudios sobre el uso de las distintas versiones del CBCL en preescolares. Dicha falta de trabajos en atención temprana, conjuntamente con la utilidad psicoterapéutica que puede tener un buen manejo de los datos con las familias, justifican este estudio.

REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE EL INSTRUMENTO

En cuanto a la revisión de la literatura, se ha procedido a consultar las Bases de Datos: *MedlinePubMed* y *PsycINFO*. Los términos de búsqueda, para el "título/ resumen" han sido: "*Achenbach*" y "*preschoolers*". No se ha limitado el campo "año".

Los resultados muestran una gran escasez de estudios en preescolares. Así, tan sólo una cuarta parte de los artículos hallados ofrece información para esta población. El resto de trabajos, que suponen la gran mayoría, se centran en el uso de versiones del CBCL para niños de edades escolares.

Por tanto se observa, como ya se ha señalado en la justificación de este trabajo, gran escasez de publicaciones entorno a la atención temprana y a la edad preescolar.

En cuanto a los estudios que sí atienden la franja de edad preescolar, se han hallado muchos que no lo hacen de forma exclusiva sino incluyendo también niños en edad escolar.

Si se analizan las finalidades de los estudios localizados, se pueden encontrar dos grandes bloques. El que hace referencia a las aplicaciones clínicas de las distintas versiones del CBCL para preescolares. Mayoritariamente se trata de artículos con diseños longitudinales. Un segundo bloque que aglutina publicaciones sobre las propiedades psicométricas o transculturales de este instrumento. Es decir, que engloba lo que se denominan estudios instrumentales (Montero y León, 2007).

En el grupo de trabajos que se centran en las aplicaciones clínicas de las distintas versiones del CBCL para preescolares, que es el mayoritario en cuanto a número de publicaciones, se encuentran los siguientes trabajos:

a/ Un artículo que explica el uso de este instrumento para describir las evoluciones de una muestra de preescolares con problemática conductual severa. Se trata de un estudio longitudinal. (Eisbach, Cluxton-Keller, Harrison, Krall, Hayat y Gross, 2014).

b/ Un segundo trabajo que explora las relaciones entre actitudes parentales y problemática conductual en preescolares chinos. Emplea el CBCL para la medición de las dificultades conductuales (Wang, 2007).§

c/ Una tercera publicación que muestra el uso del CBCL, administrándolo de forma longitudinal, con madres de niños prematuros. Pretende comparar las influencias en la conducta de los niños, hijos de madres consumidoras de cocaína, con la de los de madres no consumidoras. (Accornero, Morrow, Bandstra, Johnson y Anthony, 2002).

d/ Un cuarto estudio compara dos grupos de niños con dificultades médicas, mediante mediciones longitudinales con el CBCL. Valora también los comportamientos parentales. Concluye que se observa la influencia de éstas sobre la problemática conductual de los hijos. (Wade et al., 2011).

e/ Un quinto artículo estudia longitudinalmente las puntuaciones de niños con sintomatología ansiosa. Emplea el inventario CBCL para ello. Utiliza una muestra de más de 1000 sujetos. Concluye que la depresión maternal influye en la sintomatología internalizadora, mientras que en la externalizadora también inciden otros factores de riesgo ambiental. (Fanti y Henrich, 2010).

§ Para este artículo se ha revisado únicamente el resumen en inglés, por estar escrito en chino -idioma que el autor de este trabajo desconoce-.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

f/ Un sexto trabajo muestra la evolución de la ansiedad en niños. Para ello procede a mediciones longitudinales, mediante el empleo del CBCL. Concluye que los hijos de madres controladoras o deprimidas muestran un incremento de la sintomatología ansiosa, reflejado en las puntuaciones del CBCL. Insiste en la importancia de la prevención y de la atención familiar. (Feng, Shaw y Silk, 2008).

g/ Un séptimo estudio presenta el empleo del CBCL para medir la sintomatología de niños expuestos en su temprana infancia a situaciones ambientales distintas. Concluye que los niños que han vivenciado ambientes inestables presentan mayor sintomatología oposicionista. (Lewis, Dozier, Ackerman y Sepulveda-Kozakowski, 2007).

h/ Un octavo artículo utiliza el CBCL, entre otros instrumentos, para relacionar: agresión verbal, desacuerdos familiares y problemática internalizadora y externalizadora en niños. Emplea como muestra a 122 parejas de padres. (Lee, Beauregard y Bax, 2005).

i/ Un noveno trabajo muestra la evolución longitudinal de un grupo de más de 2000 niños, de población no clínica. Estudia, mediante la administración de la versión de 1991 del CBCL de 4 a 18 años, la evolución de los problemas de conducta. (Bongers, Koot, van der Ende y Verhulst, 2003).

j/ Un décimo estudio emplea el CBCL, en su edición de 1992 para edades de 2-3 años, para investigar acerca de la influencia del ambiente en la conducta infantil. Lo hace con una muestra de gemelos. (van der Oord, Verhulst y Boomsma, 1996).

k/ Un onceavo artículo presenta mediciones en cuatro períodos temporales: hasta los cuatro años, de cuatro a ocho, de ocho a doce y de doce a dieciséis años. Se compara a sujetos esquizofrénicos con sus hermanos, mediante mediciones con CBCL. (Neumman, Grimes, Walker y Baum, 1995).

En el grupo de publicaciones que se centran en las ventajas psicométricas del CBCL para preescolares, se encuentran las siguientes:

a/ Dos estudios centrados en la generalizabilidad del CBCL en diferentes culturas. El primero de ellos emplea una muestra de preescolares chinos y una de estadounidenses. (Liu, Cheng y Leung, 2011). El segundo compara una muestra alemana, con una de EE.UU, ambas con sujetos comprendidos entre 4 y 18 años. (De Groot, Koot, Verhulst y Frank, 1994).

b/ Un tercer trabajo presenta un "Análisis Cluster". Se centra en una muestra de preescolares autistas a los que se les administra el CBCL. (Rescorla, 1988).

c/ Un cuarto artículo realiza un "Análisis Factorial" para evaluar el empleo del CBCL con preescolares diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista. (Pandolfi, Magyar y Dill, 2009).

d/ Un quinto artículo correlaciona las puntuaciones de dos instrumentos: Richman Behavior Checklist y CBCL. Lo hace mediante una muestra de niños prematuros de bajo peso. Únicamente encuentra correlaciones moderadas. (Spiker, Kraemer, Constantine y Bryant, 1992).

2. PRINCIPALES VENTAJAS PSICOTERAPÉUTICAS DEL USO DEL CBCL 1 ½-5 EN ATENCIÓN TEMPRANA

Una vez expuesta la justificación de este trabajo, sostenida en parte en la escasa bibliografía existente, se procede a desarrollar su objetivo, señalado brevemente al inicio.

Recapitulando la meta de este texto, cabe decir que se pretende exponer la utilidad psicoterapéutica de las informaciones del CBCL para preescolares (Achenbach y Rescorla, 2000) en el trabajo con familias asistidas en los centros de atención temprana.

Esta utilidad, parte de la experiencia clínica del autor quien ha encontrado las ventajas, a este efecto, que se exponen a continuación.

En primer lugar cabe decir que el *Inventario del comportamiento de niños(as) de 1 ½-5 años para padres (CBCL 1 ½-5)* (Achenbach y Rescorla, 2000) permite analizar las percepciones acerca de sus hijos, puesto que se trata de un reporte rellenado por los progenitores. El psicólogo deberá analizar si el grado de acuerdo entre las percepciones de ambos padres es alto o bajo. En caso de que sea leve podrá exponer, en las entrevistas familiares, de forma contenedora este hecho. Si el profesional consigue con este señalamiento que los padres no se sientan juzgados o perseguidos, podrá emplear el mismo para acercarse a un objetivo terapéutico: conseguir un mayor grado de consenso entre los progenitores, posibilitando así indirectamente un modelo familiar menos disociado. Si lo logra, tal vez ayude indirectamente al niño.

En segundo lugar, las diferencias en la percepción de los padres pueden añadirse a discrepancias con la maestra -en aquellos casos en que se administre también el *Inventario del comportamiento de niños(as) de 1 ½-5 años para maestros-cuidadores (C-TRF)* (Achenbach y

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Rescorla, 2000)-. En esa hipotética situación un objetivo terapéutico puede ser analizar el por qué de las distintas percepciones del menor entre progenitores y maestra.

De esta forma el psicólogo deberá preguntarse: "¿Se trata de una negación de los padres respecto a las dificultades de su hijo?" Si es así, "¿Es debido a que se sienten culpables, "malos" padres?" En este primer caso el objetivo terapéutico se centrará en trabajar en las entrevistas familiares las ansiedades persecutorias (Salzberger-Wittenberg, 1980).

Otra posible hipótesis podría ser: "¿Acaso es la maestra la que se siente desesperanzada, o tal vez juzgada por los padres?" En esa segunda situación será importante la coordinación del psicólogo con la escuela, y el objetivo se centrará en contener a la maestra. Si se logra, tal vez se consiga que la percepción de ésta sobre el menor se torne menos distorsionada.

En ambos casos, el psicoterapeuta familiar, tratará de ser una figura de mediación, que contenga a las diferentes partes -familia y escuela- que intervienen en la crianza del niño.

Se observa pues cómo, más allá de las puntuaciones, éstas pueden apuntar indirectamente hacia objetivos de trabajo psicoterapéutico.

En tercer lugar, el psicólogo debe analizar si las diferencias en las percepciones de los padres entre sí, o las de éstos en relación a las de la maestra, se encuentran en la globalidad de resultados del instrumento o bien en alguna de sus escalas.

En el primer caso las dificultades para el profesional serán mayores, puesto que tendrá que tratar con más diferencias que cuando las discrepancias se encuentren en un área o escala determinada.

En cuarto lugar el *Inventario del comportamiento de niños(as) de 1 ½-5 años para padres (CBCL 1 ½-5)* (Achenbach y Rescorla, 2000) contiene, además de un gran número de preguntas en forma de escala Likert, varias cuestiones que se contestan de manera más abierta. Una de ellas pregunta: "¿Qué es lo que más le preocupa con respecto a su hijo(a)?" (Achenbach y Rescorla, 2000). La respuesta a esta interrogación deberá ser analizada con detenimiento por el psicólogo. Si lo hace, hallará en ésta la demanda de la familia, independientemente de que la misma incluya ansiedades inconscientes más profundas o menos explícitas (Coderch, 1987).

El análisis de la demanda puede permitir trabajar psicoterapéuticamente con ella en las entrevistas familiares. Así, si por ejemplo un reporte muestra puntuaciones T muy elevadas en la "zona clínica", y compatibles con un diagnóstico DSM-IV de "Trastorno Generalizado del Desarrollo", pero los padres contestan que lo que más les preocupa es el lenguaje, el foco de trabajo será: desangustiarlos y acercarlos posteriormente a contactar con unas dificultades mucho más graves que las de lenguaje. Es decir, que el psicólogo en un caso como el referido podrá observar que ante el temor de los padres sobre un posible diagnóstico dentro del Espectro Autista, éstos niegan las ansiedades, y desplazan su atención hacia el lenguaje –foco menos angustiante-. El terapeuta, deberá contener estas ansiedades y mostrar que, en ese caso, las dificultades en el lenguaje o la ausencia del mismo son reflejo de problemáticas en el área de la relación-comunicación y de la diferenciación.

Si se consigue trabajar la reformulación de esta demanda inicial, tal vez ello permita una mayor alianza terapéutica. En caso contrario, es posible que se den abandonos, quejas, o resistencias a las sugerencias terapéuticas.

En quinto lugar, es posible que el psicoterapeuta familiar decida re-administrar el *Inventario del comportamiento de niños(as) de 1 ½-5 años para padres (CBCL 1 ½-5)* en el momento de la finalización del tratamiento. En dicho caso, las diferencias entre las puntuaciones basales y las posteriores pueden aportar informaciones psicoterapéuticamente útiles. Esta ventaja no se refiere al campo investigador, donde resulta relevante la asignación aleatoria de las muestras al grupo control y experimental para realizar afirmaciones sobre la eficacia de un tratamiento, sino al campo clínico. En este sentido, el terapeuta puede señalar las mejoras en la percepción del niño y relacionarlas no únicamente a una posible mejoría de este último, sino a un cambio en la comprensión de los padres. Es decir que el psicólogo puede subrayar, dando pie a la reflexión y a la introspección, que quizá el cambio en las percepciones se debe al trabajo psicoterapéutico familiar: a los esfuerzos conjuntos de profesional y familia en la comprensión de las dificultades. Recordemos la importancia de este abordaje asistencial en atención temprana (Guralnick, 2006).

3. ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO

A continuación, y tras exponer las que considero las principales ventajas psicoterapéuticas del uso del *Inventario del comportamiento de niños(as) de 1 ½-5 años para padres (CBCL 1 ½-5)* en atención temprana, expondré un caso clínico que tal vez ilustre la utilidad de este instrumento.

Para dicha presentación omitiré aquellos datos innecesarios, con el fin de garantizar la exigencia ética de la confidencialidad.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Niña de cuatro años que asiste, derivada por la escuela, a un centro de atención temprana. En la entrevista de acogida, que la realiza otra psicóloga, los padres explican que el motivo de consulta son las conductas oposicionistas de la niña, así como las manifestaciones de control e inhibición.

Describen a una menor que muestra: en ocasiones protestas conductuales intensas y en otras ocasiones inhibición conductual. Esta última especialmente en la escuela.

Tras varias observaciones diagnósticas, y tras la valoración por parte del equipo multidisciplinar, se orienta un plan terapéutico desde psicología de: sesiones familiares y horas de juego con la niña.

En las entrevistas familiares iniciales van apareciendo síntomas que hacen pensar en mecanismos de control de la ansiedad. De esta forma la niña presenta momentos de mutismo selectivo, así como retención de esfínteres.

Por su parte la madre muestra una constante queja hacia el padre. Dice que no se siente ayudada en la crianza, que su marido tiene un comportamiento adolescente, y que ella tiene que encargarse de todo.

El padre contrapone que su esposa es una exagerada, que se muestra histérica ante cualquier situación y que a él lo que le preocupa es que la niña se muestre, en ocasiones, inhibida.

La progenitora replica en tono de protesta y viviendo los comentarios de su marido de forma persecutoria. La madre enfatiza la descarga conductual en la menor, quejándose de su comportamiento y nuevamente de su esposo.

La entrevista entra en un bucle de mutuos reproches.

Tras varias sesiones familiares como ésta, el psicólogo decide proponerles que respondan al *Inventario del comportamiento de niños(as) de 1 ½-5 años para padres (CBCL 1 ½-5)* (Achenbach y Rescorla, 2000). Encuadra en qué consiste el instrumento, a fin de rebajar las ansiedades persecutorias, y aclara que las conclusiones del mismo les serán retornadas en una entrevista. Los progenitores aceptan la propuesta.

En el análisis de las puntuaciones T de la escala de puntuación global (o "Total Problems Score") los reportes de ambos padres ofrecen datos que se sitúan en la "zona clínica". Es decir: puntuaciones relevantes que indican la necesidad de un trabajo psicológico con la niña.

Sin embargo, los puntajes reportados por el padre reflejan una niña claramente internalizadora, mientras que las de la madre presentan la imagen de una menor con mayor tendencia a la externalización.

En este momento el psicólogo recuerda que ya anteriormente el progenitor había mostrado su preocupación por la "inhibición" de la niña, mientras que la madre lo había hecho por su "comportamiento". Se observa pues como los inventarios cumplimentados por ambos padres reflejan sus preocupaciones principales acerca de su hija. El profesional señala las "diferencias importantes" en las percepciones de ambos progenitores.

Inicialmente los padres viven esa verbalización terapéutica en tono de crítica. Ella entona un discurso culpabilizador, pero algo superficial, con cierta carga de histrionismo. Él se ríe y hace bromas, supuestamente para calmar la ansiedad. La madre le replica su "desinterés" en la crianza. El psicólogo trata de contener la situación. Los progenitores se muestran progresivamente algo más desangustiados si bien, al finalizar la visita, el terapeuta tiene la impresión de que se van aún con muchas ansiedades persecutorias. Cita a ambos para una nueva entrevista en quince días.

En la siguiente sesión familiar la madre escucha atentamente los resultados de sus reportes, que aún no habían sido comentados en detalle.

Tras un leve silencio, la progenitora dice: "Quizá nosotros también tenemos parte de culpa. Porque yo me quejo de que la nena es tremenda, y no hace caso, pero la verdad es que yo a veces también me pongo histérica, chillo, lloro, me enfado…"

El padre señala: "Tal vez yo, con el estrés del trabajo, no ayudo mucho en casa. Llego tarde y cansado, y es verdad que mi mujer tiene mucha faena". Y añade: "Y además la nena nos ve discutir a menudo".

De ahí, ambos pasan a reconocer una "crisis" de pareja. La madre señala: "No nos discutimos delante de ella… pero supongo que se da cuenta… ¡Está en todo!".

El padre añade: "¡Sí!, es muy espabilada."

A partir de esa evolución del discurso el terapeuta puede ir mostrando a los padres, sin tornarse tan persecutorio, las diferencias entre ellos.

Tres meses más tarde la madre comenta al profesional que: "la niña ya no retiene".

En una entrevista posterior ambos progenitores refieren sentirse "más relajados" entre ellos. Incluso explican haber podido "ir a cenar juntos", lo cual señalan que no hacían desde muy atrás.

El clima de las sesiones familiares se torna, con el paso de los meses y la mejora sintomatológica parcial de la niña, mucho más constructivo. El psicólogo observa que los progenitores ya no se interrumpen apenas, que la escucha entre ellos es mayor, así como las asociaciones del material.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Finalmente el caso fue derivado, por cumplirse el límite cronológico de atención, a un servicio psicológico externo que pudiera continuar la tarea iniciada. En la re-administración del instrumento se seguían observando diferencias, pero ambos padres ofrecieron reportes más equilibrados entre sintomatología internalizadora y externalizadora. Es decir que disminuyeron ciertas divergencias iniciales.

Ambos progenitores manifestaron al final de la atención su agradecimiento, y aceptaron la propuesta terapéutica de derivación.

Este caso creo que refleja como el *Inventario del comportamiento de niños(as) de 1 ½-5 años para padres (CBCL 1 ½-5)* (Achenbach y Rescorla, 2000) puede tener una utilidad psicoterapéutica relevante cuando sus resultados se enmarcan en un encuadre psicoterapéutico familiar. De esta forma los datos cuantitativos que ofrece, si son expuestos de manera contenedora, pueden conducir al establecimiento de objetivos de trabajo psicológico que permitan un mayor acercamiento a las dificultades, de una forma menos persecutoria.

4. CONCLUSIONES

En este texto se han expuesto las ventajas asistenciales del empleo, en atención temprana, del *Inventario del comportamiento de niños(as) de 1 ½-5 años para padres (CBCL 1 ½-5)*.

Se ha revisado cómo una lectura psicoterapéutica de las respuestas a este instrumento, puede apuntar hacia objetivos asistenciales como analizar las diferencias en la percepción del niño entre los progenitores o entre éstos y la maestra. También mediante la pregunta abierta "¿Qué es lo que más le preocupa con respecto al niño/a?" (Achenbach y Rescorla, 2000), el psicólogo puede analizar la demanda de los padres. Se ha tratado de ilustrar la reflexión teórica mediante un ejemplo clínico, basado en una experiencia clínica en un centro atención temprana.

Se concluye que de la reflexión sobre las diferencias entre los padres, entre éstos y la maestra, y del análisis de la demanda, surgirá la posibilidad de contener las ansiedades que bloquean la capacidad para la crianza. Se recomienda pues el uso en atención temprana del *Inventario del comportamiento de niños(as) de 1 ½-5 años para padres (CBCL 1 ½-5)* (Achenbach y Resorla, 2000).

BIBLIOGRAFÍA

Accornero, V. H., Morrow, C. E., Bandstra, E. S., Johnson, A. L. y Antonhy, J. C. (2002). *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3), 259-269.

Achenbach, T. M. y Resorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Bongers, I. L., Kroot, H. M., van der Ende, J. y Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescente problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 179-192. doi: 10.1037/0021-843X.112.2.179

Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

De Groot, A., Koot, H. M. y Verhulst, F. C. (1994). Cross-cultural generalizability of Child Behavior Checklist cross-informant syndromes. *Psychological Assesment*, 6(3), 225-230. doi: 10.1037/1040-3590.6.3.225

Eisbach, S. S., Cluxton-Keller, F., Harrison, J., Krall, J. R., Hayat, M. y Gross, D. (2014). Characteristics of temper tantrums in preschoolers with disruptive behavior in a clinical setting. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(5), 32-40. doi: 10.3928/02793695-20140110-02

Fanti, K. A. y Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure co-ocurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the National Institute of Child Health Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology*, 46(5), 1159-1175. doi: 10.1037/a0020659

Feng, X., Shaw, D. S. y Silk, J. S. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 32-47. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.32

Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En: N. K.. Denzin., y Y. S. Lincoln. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Londres: Sage Publications.

Guralnick, M. J. (2006). Family influences on early development: Integrating the science of normative development, risk and disability, and intervention. En K. McCartney y D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 44-61). Oxford, Reino Unido: Blackwell Publishers.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Lee, C. M., Beauregard, C. y Bax, K. A. (2005). Child-related disagreements, verbal agresion, and children's internalizating and externalizating behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 237-245. doi: 10.1037/0893-3200.19.2.237

Lewis, E. E., Dozier, M., Ackerman, J. y Sepulveda-Kozakowski, S. (2007). The effect of placent instability on adopted children's inhibitory control habilities and oppositional behavior. *Developmental Psychology*, 43(6), 1415-1427. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1415

Liu, J., Cheng, H. y Leung, P. W. (2011). The application of the preschool Child Behavior Checklist and the caregiver-teacher form to Mainland children: syndrome structure, gender differences, country effects, and inter-informant agreement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(2), 251-264. doi: 10.1007/s10802-010-9452-8

Montero, I. y León, O. G. (2007). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

Neuman, C. S., Grimes, K, Walker, E. F. y Baum, K. (1995). Developmental pathways to schizophrenia: Behavioral stereotypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 558-566. doi: 10.1037/0021-843X.104.4.558

Pandolfi, V., M., Magyar, C. L. y Dill, C. A. (2009). Confirmatory factor analysis of the child behavior checklist 1.5-5 in a sample of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 986-995. doi: 10.1007/s10803-009-0716-5

Rescorla, L. (1988). Cluster analytic identification of autistic preschoolers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18(4), 475-492.

Salzberger-Wittenberg, I. (1980). *La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1970).

Spiker, D., Kraemer, H. C., Constantine, N. A. y Bryant, D. (1992). Reliability and validity of behavior problem checklists as measures of stable traits in low birth weight, premature preschoolers. *Child Development*, 63(6), 1481-1496.

Van der Oord, E. J. G., Verhulst, F. C. y Boomsma, D. I. (1996). A genetic study of maternal and paternal ratings of problem behaviors in 3-year-old twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(3), 349-357. doi: 10.1037/0021-843X.105.3.349

Wade, S. L., Cassedy, A., Walz, N. C., Taylor, H. G., Stancin, T. y Yeates, K. O. (2011). The relationship of parental warm responsiveness and negativity to emerging behavior problems following traumatic brain injury in young children. *Developmental Psychology*, 47(1), 119-133. doi: 10.1037/a0021028

Wang, L. F. (2007). Coping and mediating effect between parents' rearing attitude and problema behavior of pre-school children. *Zhongua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, 41(4), 258-261.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

EL PROBLEMA DE LA LIBERTAD: DETERMINISMOS Y PSICOANÁLISIS

Ángel Sánchez Bahíllo**

RESUMEN

A lo largo de la historia el problema de la libertad humana ha chocado con dos determinismos opuestos: el ambientalismo que entiende que el hombre es "programado" por el medio y el instintivismo que entiende que el hombre es esclavo de su naturaleza. Durante 26 siglos estas posturas polares han cambiado el lenguaje con el que se expresan pero han tenido poco éxito en integrarse en una síntesis satisfactoria. La llegada del psicoanálisis aporta una nueva perspectiva al problema. Freud propone la búsqueda de una síntesis con sus "series complementarias" y otros psicoanalistas han ido tomando distintas posturas.

En este trabajo revisamos cómo el psicoanálisis ha mantenido posturas polares, como el instintivismo de Melanie Klein, pero también ha abordado nuevos enfoques que abren la puerta a la superación de los determinismos y a la justificación de la libertad humana. Entre estos enfoques destacamos el de Winnicott y su espacio transicional.

Palabras clave: libertad, desarrollo, Klein, Winnicott, psicoanálisis.

ABSTRACT

Throughout History, the problem of human freedom has clashed with two opposing determinisms: ambientalism considers that humans are "programmed" by the environment while instintivism considers him a slave of its nature. During 26 centuries these polar positions have changed the language that expresses them but have failed to integrate in a satisfactory synthesis. The arrival of Psychoanalysis provides a new perspective to the problem. Freud proposes the search of a synthesis with his "complementary series" and other psychoanalysts have adopted different positions.

In this work we review how psychoanalysis has kept polar positions, like Melanie Klein´s instintivism, but has also opened new approaches that lead beyond the determinisms to the justification of human freedom. Among these approaches we highlight that of Winnicott and his transitional space.

Key words: freedom, development, Klein, Winnicott, Psychoanalysis.

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano pasa por un desfiladero entre la naturaleza y el ambiente. Desde el siglo VI a. c. se repiten posturas polares que dan a una o a otra un predominio en la constitución del ser humano. Así, la importancia de la naturaleza o de factores innatos no controlables por el sujeto ni dependientes de su ambiente, han sido enfatizados por los presocráticos, Platón (2005), Hobbes (2009), etc, y la corriente médico-biologicista que cambiando el lenguaje repite un discurso de 26 siglos

** Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Cartagena. E-mail: angelsanchezbahillo@hotmail.com

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

de antigüedad. Por el otro lado, la corriente que parte de los sofistas y llega a Rousseau (2005) y el conductismo asume una posición igualmente polarizada, como si en 26 siglos no hubiese sido posible acercarse a una síntesis de estas dos corrientes ideológicas a pesar de progresos históricos importantes que incluyen 3 siglos de ciencia empírica.

Entiendo que estas posturas polares abocan a determinismos que niegan la libertad humana: si todo viene determinado antes de nacer, el ser humano desarrollará lo que su naturaleza le marque sin capacidad de decidir sus actos y, por tanto, sin responsabilidad moral sobre ellos. Esto es el determinismo biológico. De manera similar, si la persona es sólo un hardware sobre el que se programa una educación o que se configura con las respuestas automatizadas que surgen frente a los estímulos del ambiente llegamos al determinismo ambiental. ¿Cómo justificar la libertad humana desde un modelo del desarrollo, si es que se puede?

El psicoanálisis, a partir de 1895 (Breuer y Freud, 1957), con su apertura a los procesos inconscientes de la mente, revolucionó la comprensión de la mente y el desarrollo humano, con múltiples subescuelas y diversos abordajes a la condición de la persona. ¿Qué aporta a la cuestión del desarrollo, los determinismos biológico y ambiental y el problema de la libertad?

Podemos encontrar en el psicoanálisis las mismas posturas polares de hace 26 siglos. Así, Melanie Klein encarna el innatismo (biologicismo) extremo desde la pulsión y la fantasía inconsciente y Jung (Papadopoulos, 2006), cuya Psicología analítica es una hija pródiga del psicoanálisis, repite a Platón cambiando la idea platónica por el arquetipo. En el campo de los ambientalistas encontramos a Lacan, que se centra en el presente y en el ambiente, negando el valor de una perspectiva diacrónica. Otros, como Piera Castoriadis-Aulagnier (2004), ponen el destino del sujeto en manos de una madre que tira de sus hilos, o los corta, y lo moldea en su tierna infancia para fijarlo en la forma con la que permanecerá a lo largo de su vida. No pretendo en este artículo revisar sistemáticamente todos los autores que asumen una u otra posición polar, y ni mucho menos desarrollar sus teorías aquí. Sí quisiera, sin embargo, desarrollar uno para mostrar lo sólida que puede ser una posición de este tipo y lo difícil que resulta encontrar rendijas desde las que desarrollar la libertad. He escogido a Melanie Klein. Tras una breve exposición de su teoría procederé a exponer algunos intentos del psicoanálisis de superar este problema y abrir espacios para pensar la libertad humana, centrándome en el modelo de Winnicott como uno que posibilita pensar en la libertad desde el punto de vista psicoanalítico.

2. LA TEORÍA DE MELANIE KLEIN

En la teoría kleiniana, el bebé tiene un yo desde el principio de la vida. Aunque está fragmentado, gestiona las pulsiones, tanto la libidinal como la de muerte y promueve su integración.

Desde el principio, estas pulsiones ponen al sujeto en relación con el objeto (el otro, fundamentalmente la madre) y en este contacto se produce el desarrollo a través de los mecanismos de disociación, proyección e introyección. Como se verá más adelante, a pesar de la existencia de un yo inicial y del contacto precoz con el ambiente, la fuerza de elementos innatos es tal que casi determina por completo el desarrollo del sujeto.

Las relaciones de objeto existen desde el comienzo de la vida (Klein, 1975). El primer objeto con el que se relaciona el individuo es el pecho materno, que constituye el núcleo en torno al cual se desarrollará el yo. La experiencia de este pecho puede ser buena, con gratificaciones como recibir leche y saciar el hambre, o mala, cuando el bebé se siente frustrado si el pecho está ausente o no gratifica.

El bebé ama el pecho cuando éste le gratifica y lo odia cuando le frustra. Al principio del desarrollo, el bebé no puede amar y odiar al mismo objeto por temor a que su odio lo destruya. Lo que hace es escindir el pecho total en objetos parciales: el pecho bueno que recibe el amor y el malo que recibe el odio.

El bebé teme que su odio destruya el pecho por el poder de sus fantasías inconscientes (Isaacs, 1970): estructuras mentales innatas que dan forma a la experiencia y constituyen el contenido primario de los procesos mentales inconscientes. Las fantasías se pueden percibir como procesos y experiencias corporales. Derivan de los instintos y les dan forma psíquica, conectándolos con el yo y permitiéndoles participar en su desarrollo. Así, la fantasía de incorporación del pecho expresa el instinto de succión y produce el mecanismo de introyección, crucial en el desarrollo del yo. Una característica importante de la fantasía es su omnipotencia, que lleva a que se la confunda con la realidad, pero también puede funcionar como un mecanismo de defensa satisfaciendo deseos. Esta omnipotencia provoca que el sentimiento de odio conlleve la asunción de que el objeto odiado queda automáticamente destruido.

En la posición esquizoparanoide ya descrita, el bebé no puede amar y odiar al mismo objeto y lo escinde en objetos parciales bueno y malo. Al hacerlo, también

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

escinde al yo. El uso de la palabra posición en vez de fase implica que los mecanismos y actitudes propios de una etapa del desarrollo no se abandonan cuando se alcanza otra más avanzada, sino que se conservan junto a los nuevos. Se alcanza la posición depresiva cuando los objetos parciales bueno y malo se integran en un objeto total (así como el yo que está en relación con estos objetos).

La introyección permite internalizar el objeto externo haciéndolo interno. En la posición esquizoparanoide, la introyección del objeto parcial bueno calma la ansiedad y estructura el yo dándole contenidos. El primer objeto en torno al cual se desarrolla el yo es el pecho materno (Klein, 1994). Otro mecanismo psíquico es la proyección que permite al sujeto librarse de objetos internos y pulsiones colocándolos en el mundo externo. Al proyectar las pulsiones agresivas, el yo se defiende de la ansiedad que le provocan.

Mediante la identificación proyectiva, estos objetos internos se pueden colocar en uno externo. Así el individuo tiene la fantasía de controlar al otro, incluso, si el receptor de la identificación proyectiva la asume mediante el proceso de identificación introyectiva, este control puede hacerse real, aunque este último proceso no es necesario para el funcionamiento de la identificación proyectiva. Autores neokleinianos consideran que al asumir el objeto características proyectadas por el sujeto, este puede adquirir cierto conocimiento sobre él y fundamentan, así, el origen de la empatía. Además, al reintroyectar lo que había sido previamente proyectado junto con características del objeto externo que lo recibió y modificó, el sujeto puede modificar sus objetos internos y escapar en parte del poder de las fantasías innatas, relacionándose con el mundo externo, construyendo relaciones y desarrollando el yo. Sin embargo, en el modelo kleiniano el sujeto está en gran medida preso de las fantasías inconscientes y de las pulsiones.

La pulsión de muerte es una tendencia innata a destruir y el yo se defiende de ella proyectándola al mundo externo. Al fusionarse los instintos (libidinal y de muerte) se hace imposible proyectar toda la pulsión de muerte (Klein, 1989). Así, la pulsión de muerte que permanece en el interior amenaza con destruir al yo, que a su vez disocia al ello, utilizando los impulsos destructivos de una parte para controlar a la otra. Este es el origen del superyó primitivo, que al originarse en pulsiones agresivas es persecutorio.

El sadismo y la ansiedad del niño dependen de las pulsiones no sólo cuantitativamente sino también en su forma. El sadismo evoluciona según las fases del desarrollo psicosexual (Freud, 1953), oral, anal, etc, expresando distintas fantasías que perfilan tanto las amenazas al niño como sus reacciones a ellas.

Los objetos internos y externos (incluido el superyó) se construyen de forma más o menos amenazante dependiendo de la cantidad de instinto de muerte presente en el sujeto. Si éste, y la amenaza que el individuo percibe como procedente de sus objetos, son demasiado intensos, el sujeto se defenderá con fantasías de destrucción del objeto, incrementando los sentimientos de culpa y de miedo de venganza por parte del objeto. Esto puede desarrollar un círculo vicioso que daña la relación con los objetos tanto internos como externos.

En relación con el mundo externo, cuando un instinto de muerte fuerte lleva a la existencia de un superyó fuerte, cruel y arcaico, se puede desencadenar, como defensa frente a él, un comportamiento agresivo y antisocial contra los objetos externos. Entonces, la culpa se vive como un miedo intenso a los objetos destruidos y el sujeto tenderá a seguir defendiéndose atacando más al objeto o evitándolo. Así no se pueden desarrollar estrategias de reparación para mejorar la relación con el objeto. Una estrategia no muy exitosa es la resurrección omnipotente del objeto destruido mediante la defensa maníaca (Klein, 1989).

En relación con el objeto interno, las pulsiones agresivas dañan el objeto, la relación del sujeto con éste, y el yo mismo (dado que está construido mediante introyecciones y relaciones con objetos). Así, un instinto de muerte constitucionalmente fuerte no sólo crea un superyó dominante sino que también debilita al yo, dificultando su maduración hacia la posición depresiva.

Otro obstáculo al desarrollo es la envidia (Klein, 1975), que también es constitucional y funciona desde el comienzo de la vida. Vehiculiza impulsos sádicos orales y anales y ataca al objeto bueno, que se percibe como reteniendo la satisfacción para el propio placer de la madre. Incluso si la madre (o pecho) externa es buena y proporciona satisfacción, la envidia daña la relación con ella y dificulta la introyección del pecho bueno que debería ser el núcleo en torno al cual se desarrolla el yo. Así, una envidia intensa daña el desarrollo.

Vista en su conjunto, la teoría kleiniana supedita el desarrollo en gran manera a factores constitucionales, lo que limita en gran medida la consideración del hombre como un ser libre. La pulsión de muerte forma parte del ello y puede debilitar el yo y dar forma al superyo, así como dañar la relación con el objeto externo creando una red inescapable. Las fantasías inconscientes y la envidia complementan el engranaje innato que permitirá o impedirá el desarrollo del individuo.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

3. INTENTOS DEL PSICOANÁLISIS DE ESCAPAR DEL DETERMINISMO

El primero que, dentro del psicoanálisis, intentó escapar de la dicotomía constitución-ambiente fue el mismo Freud, quien planteó que ambas contribuían al desarrollo del individuo según series complementarias. Sin embargo, nunca aclaró de qué manera interaccionan, ni cuánto o qué aporta cada elemento. Con todo, esta fue una contribución muy valiosa. Si Freud hubiese tomado partido firmemente por uno de los determinismos, el psicoanálisis seguramente hubiese seguido sus pasos. Al intentar abrir un camino intermedio, el psicoanálisis ha recorrido ambos determinismos y, lo que es más importante, ha explorado el espacio intermedio.

Entiendo que la contribución más importante en 26 siglos sobre el problema en cuestión la hace Winnicott con el concepto de espacio transicional, que desarrollo más adelante.

Hay otros modelos en psicoanálisis que abren la puerta al reconocimiento de la libertad, como el de Bion, en el que la mente se desarrolla como continente para elementos mentales de creciente complejidad. El progreso mental basado en el amor y el conocimiento para afrontar relaciones y permitir el aprendizaje es un buen caldo de cultivo para un ser libre, pero Bion no llega a desarrollar esto.

En cualquier caso, procedo a exponer el modelo de Winnicott como representante de un sistema de desarrollo que, al menos, no fuerza al determinismo del sujeto.

3.1. Winnicott

Para Winnicott, el niño al principio no tiene un yo propio. Su yo es el yo de su madre. Desde un estado de simbiosis primaria, de fusión psicológica con la madre, el desarrollo conduce a su individuación. No hay un ello independiente del yo, que es el que integra las funciones del ello. La situación inicial del yo es de no integración, en oposición a la desintegración que surge como una reacción defensiva cuando se afronta la frustración. Klein no distinguía entre estos dos estados.

El desarrollo no ocurre como consecuencia de la relación de la pulsión con un objeto, sino como un proceso espontáneo en un ambiente facilitador (Winnicott, 1990). Este proceso no se apoya en contenidos a priori como las fantasías kleinianas, sino en la creatividad del bebé. El bebé crea en su mente los objetos que necesita para satisfacer sus necesidades (esto ocurre en el marco de la ilusión de omnipotencia que describiré más adelante).

Mientras que, en el modelo kleiniano, la mente y el cuerpo estaban unidos por la fantasía, en el de Winnicott la mente no está integrada en el cuerpo desde el principio y sólo quedará confinada en él tras un proceso denominado personalización.

En el modelo de Winnicott hay mucho menos énfasis en lo innato que en el kleiniano y el foco se transfiere en parte al ambiente. El ambiente facilitador es el que permite al bebé desarrollar su creatividad para satisfacer sus necesidades. La función de una madre suficientemente buena es proveer este ambiente facilitador. Cuando el bebé tiene necesidades (e. g. hambre) puede, siguiendo el proceso primario de Freud (1958), alucinar inicialmente la satisfacción, sin embargo, más adelante tendrá que dirigirse al mundo externo para lograr una solución más permanente. Cuando el bebé se vuelve hacia el mundo exterior, "crea" en su mente el objeto que puede satisfacer su necesidad (e. g. el pecho materno). Si la madre ofrece su pecho real al niño justo en el momento en que este lo crea, ni antes ni después, este podrá tener una ilusión de omnipotencia, la creencia de que realmente puede crear los objetos que necesita. Esto le estimulará para seguir desarrollando su creatividad en relación con el mundo externo sin someterse a las frustraciones de la realidad.

Para Winnicott no hay pulsión de muerte, y la agresividad es un elemento positivo en el desarrollo que permite al niño descubrir el mundo. La agresividad es una forma de erotismo muscular.

La madre suficientemente buena no es una madre perfecta que se adapta a todas las necesidades del niño, dado que para que el niño desarrolle su sentido de la realidad necesita una frustración progresiva y adecuada.

Como esbocé anteriormente, una contribución crucial de la teoría de Winnicott es su concepto de espacio transicional. Este es el espacio de la ilusión de omnipotencia, de la creatividad. No es el mundo interno de las alucinaciones ni el externo, pero se sitúa entre ellos y ayuda a diferenciarlos. Es en este espacio donde aparece el objeto transicional.

El objeto transicional es la primera posesión del bebé y los adultos deben respetarlo como tal. Aunque es un objeto material externo, el niño lo percibe como creado por él mismo. El objeto debe parecer irradiar calor y tener su propia vitalidad. Es un objeto que se presta a ser amado y a recibir ataques agresivos, y debe sobrevivir a ambos. No debe cambiar por causas de la realidad exterior (como los lavados) para que persista la omnipotencia del niño sobre él. Durante el desarrollo, el niño lo irá decatectizando progresivamente hasta abandonarlo (Winnicott, 1951).

Los tres procesos clave en el desarrollo del niño son la

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

integración, la personalización y la relación con el objeto. La integración es el proceso de ensamblar los fragmentos iniciales de la mente del niño. La personalización consiste en la adquisición de la experiencia de tener la mente dentro del cuerpo (y no fuera de él) y la relación con el objeto ya ha sido ampliamente descrita por Klein y Winnicott la asume en los mismos términos. Para desarrollar estos procesos el niño se apoya en la madre suficientemente buena que tiene que sostenerle (física y emocionalmente), tocarle para construir la sensación de un límite en la piel, y presentarle los objetos, el mundo externo.

La primera etapa del desarrollo en el modelo de Winnicott es la de dependencia absoluta, cuando el niño no es consciente de su dependencia de la madre. Sin la escisión kleiniana de la madre, la madre puede realizar dos funciones: la de madre-objeto que satisface las necesidades instintivas del sujeto, y la de madre-ambiente que apoya con su yo el yo no integrado del niño.

La segunda fase del desarrollo es la de dependencia relativa (no independencia) en la que el niño es consciente de su dependencia y el fallo progresivo de la madre da lugar a la agresividad del niño, que se mezcla con el amor. El niño desarrolla su capacidad de estar solo al tener la experiencia de la presencia de la madre en su campo visual sin interaccionar con ella. Así, puede abandonar el objeto interno y confiar en la aparición del objeto externo (en contraposición con el mecanismo kleiniano de introyección del objeto).

Para Winnicott, los principales obstáculos para el desarrollo son los fallos de la madre. Cambia el abordaje instintivo de Klein por otro más cercano al ambientalismo. Si hay un exceso de frustración o de intrusión de la madre el bebé no puede creer adecuadamente en su omnipotencia, poner en juego su creatividad y desarrollar un self verdadero que satisfaga sus necesidades en relación con el mundo externo. En vez de ello, desarrollará un falso self, una formación defensiva con la que reaccionar frente a un ambiente hostil que es incapaz de satisfacer sus necesidades. Este self falso o social puede funcionar como una armadura para proteger al self hasta que se pueda desarrollar en circunstancias más favorables. Sin embargo, también se puede convertir en una trampa que impida que el self verdadero se relacione con el mundo y se desarrolle.

Otro posible fallo de la madre está en el contacto. Si éste no es adecuado, el niño no logrará su personalización y esto puede provocar problemas psicosomáticos.

Otra dificultad procedente del exterior es la agresividad y el abuso. Si el bebé crece en un ambiente violento formará relaciones basadas en la agresividad, lo que puede conducir a comportamientos sado-masoquistas e incluso a la delincuencia.

A diferencia de Klein, para Winnicott, el desarrollo (individuación, integración, personalización y constancia objetal) sucede espontáneamente si se dispone de un ambiente facilitador.

En cualquier caso, el modelo de Winnicott no es ambientalista, sino que plantea el desarrollo de algo intrínseco al sujeto dentro de un ambiente facilitador. Este algo intrínseco al sujeto no son unos automatismos instintivos y, aunque fallas importantes del ambiente pueden dañar al niño, tampoco plantea un modelo cognitivista en el que el medio "programa" al sujeto.

Winnicott no termina de justificar el origen y la naturaleza de este "algo intrínseco" del sujeto que se desarrolla, de su creatividad, y por tanto no justifica adecuadamente la libertad del ser humano. Sin embargo, aún sin justificarla, desarrolla un modelo que permite pensar en un ser libre que afronta activa y libremente las vicisitudes que encuentra en su mundo.

4. CONCLUSIÓN

La Filosofía se ha enfrentado durante 26 siglos al problema de la libertad humana y el psicoanálisis ha heredado esta tarea. Distintos modelos psicoanalíticos toman posturas diferentes respecto a este asunto, sin lograr una postura de consenso. Aunque estos modelos no suelen abordar directamente la cuestión de la libertad, crean unos marcos implícitos que permiten, o no, el abordaje del problema. Sigue haciendo falta un abordaje explícito y sistematizado para ver hasta dónde la exploración psicoanalítica puede aclarar esta cuestión crucial y tan antigua como la historia.

BIBLIOGRAFÍA

Breuer, J. y Freud, S. (1957). Studies on Hysteria. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud Vol 2*. Londres: Hogarth. (Orig. 1895).

Castoriadis-Aulagnier, P. (2004). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1975).

Freud, S. (1953). *Three Essays on the Theory of Sexuality. Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 7*. Londres: Hogarth. (Orig. 1905).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Freud, S. (1958). *Formulations of the Two Principles of mental Functioning. Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12*. Londres: Hogarth. (Orig. 1911).

Hobbes, T. (2009). *Leviatán o la materia, forma y poder de un estado eclesiástico y civil*. Madrid: Alianza Editorial. (Orig. 1651).

Isaacs, S. (1970). Naturaleza y función de la fantasía. En M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs y J. Riviere (Eds), *Desarrollos en psicoanálisis* (pp. 71-114). Buenos Aires: Hormé, (Orig. 1948).

Klein, M. (1989). *El desarrollo temprano de la conciencia en el niño. Obras Completas, Vol 1*. Barcelona: Paidós (Orig. 1933).

Klein, M. (1989). *Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. Obras completas, Vol 1*. Barcelona: Paidós (Orig. 1935).

Klein, M. (1975). *Notes on Some Schizoid Mechanisms. The Writings of Melanie Klein Vol III*. Londres: Hogarth. (Orig. 1946).

Klein, M. (1975). *On Envy and Gratitude. The Writings of Melanie Klein Vol III*. Londres: Hogarth (Orig. 1957).

Klein, M. (1994). *Sobre el desarrollo del funcionamiento mental. Obras Completas, Vol 3*. Barcelona: Paidós (Orig. 1958).

Papadopoulos, R. K. (2006). *The Handbook of Jungian Psychology. Theory, Practice and Applications*. Londres: Routledge.

Platón. (2005). *La República o el Estado*. Madrid: Alianza Editorial (Orig, Siglo V A. C.).

Rousseau, J. J. (2005). *Emilio o de la educación*. Madrid: Alianza Editorial (Orig. 1762).

Winnicott, D. W. (1951). *Transitional Objects and Transitional Phenomena. Collected Papers; Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock.

Winnicott, D. W. (1990). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires. Paidós (Orig. 1965).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

¿NIÑO DESATENTO O DESATAENDIDO?

INATTENTIVE OR NEGLECTED CHILD?

Aintzane Intxausti Zugarramurdi††

RESUMEN

En el presente trabajo se presenta el caso de un niño, con sospecha de diagnóstico de TDAH, con un hermano con diagnóstico de Síndrome de Asperger. Se analizan sus angustias y temores respecto a la enfermedad mental, la muerte y la violencia, así como la carga que soporta en relación al cuidado de su hermano. El caso se ilustra a través de los dibujos del chico.

Palabras clave: TDAH, Síndrome de Asperger, sistema fraterno.

ABSTRACT

In the present work the case of a child with suspected diagnosis of ADHD, with a brother diagnosed with Asperger Syndrome is described. Their anxieties and fears about mental illness, death and violence, as well as the burden on the care of his brother are analyzed. The case is illustrated by the drawings of the child.

Key words: ADHD, Asperger Syndrome, fraternal system.

1. MOTIVO DE CONSULTA

Niño de 8 años y 10 meses, a quien nos referiremos como X, remitido a un servicio extra hospitalario de salud mental infanto-juvenil por su pediatra por "*Perturbación del déficit de atención con hiperactividad. Hermano con Síndrome de Asperger. Posible déficit de atención con estereotipias*".

Madre refiere "*Hemos vivido situaciones difíciles con su hermano mayor (Z) y quizás a X. no se le ha prestado suficiente atención. Él es nervioso como yo y despistado*".

X. refiere que ha venido "*porque a veces estoy un poco nervioso y para ver si tengo alguna enfermedad mental*".

2. HISTORIA DEL DESARROLLO

La madre refiere un embarazo, normal, parto bueno, Peso 3.750Kg Talla 52 cm. "*Era un torito redondito*".

Lactancia natural durante 4 meses y medio, "*Muy bien, engordaba enseguida a diferencia de su hermano". "Alimentación muy bien*".

Sueño:"*Dormía bien, 7 horas seguidas y a los 2 años dejó de dormir siestas*".

Primer año de vida: "*Muy bueno, además de dormir sus 7 horas, hacía sus siestas, era bueno y tranquilo pero a la vez activo y reactivo, tenía contacto con nosotros, siempre estaba contento y feliciano*". La madre refiere que disfrutó con él, en comparación con el primer hijo con dificultades.

Psicomotricidad: "*muy buena, a los 11 meses quiso comenzar a caminar, al año ya caminaba, a esa edad su hermano no caminaba*".

†† Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil de Ondarreta. Donostia. E-mail: aintzane.intxasutizugarramurdi@osakidetza.net

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Lenguaje: "Muy bien y rápido".

Control de esfínteres: "*Sobre los 2 años y pico ya controlaba día y noche*".

Escolarización: "*A los 2 años y medio, se adaptó bien, lloró un poco la primera semana". La madre lo cuidó hasta entonces. Los tres primeros años de Infantil; "muy bien adaptado, decían que era un niño bueno, feliz, que compartía con sus iguales, un poco movido*". En Primaria; actualmente cursa 3º, dicen "que se distrae, habla, que es movido, muy bueno y no se mete en conflictos", "*se evade con muchísima facilidad*".

Sociabilidad: La madre refiere que hace amigos con facilidad, que es extrovertido, pero que como su hijo mayor ha sido difícil, no han frecuentado parques, ni círculos de madres con sus hijos, "*hemos estado apartados por Z*".

Aficiones: X. refiere "*No me gusta el fútbol", me gusta jugar con mis amigos a inventar cosas, a personajes, que nos persiguen, que nos siguen los monstruos, etc… Videojuegos de Pokemons. Dar vueltas por el monte, etc…*"

La orientadora del centro escolar conoce muy bien a la familia y sobre todo al hermano. Nos informa que le parece que "*es un niño sin espacio, que se evade con muchísima facilidad, que no es un niño que sea muy sociable, no está rechazado, pero tampoco es tenido demasiado en cuenta por sus iguales, le parece que tiene una mirada triste. Cuando un adulto se le acerca, X. no lo suelta. La familia tiene una vida social nada lucida*". La orientadora nos comenta que cuando aconsejó que X. fuera valorado en salud mental, el padre se enfadó muchísimo, ya que al parecer lleva muy mal la enfermedad de su hijo mayor.

3. ENTREVISTAS DE VALORACIÓN

Primera entrevista de evaluación, después de la entrevista con su madre en presencia de él: Es un niño que aparenta su edad, a la hora de hablar se expresa muy bien, utilizando algunas palabras y nomenclaturas psicológicas, adultoforme, aunque en la articulación del lenguaje, en vez de decir "*p*" dice "*c*", sobre todo dice "cues" en vez de "pues". Ya el primer día describe con fluidez, lo que ocurre en casa, en la dinámica familiar con su hermano enfermo.

Refiere que "*en casa somos una familia loca, es una locura, por las noches nos ponemos todos como una moto, yo hago locuras como volteretas y puedo caer de culo o de pie*"; "*a veces mi hermano cuando se enfada y se frustra, grita o empuja, se tropieza y a veces no se entera mucho, es raro, a veces despistado, a veces no*".

Refiere que en el colegio lo que más le gusta es dibujar, o los juegos de mesa.

Le gustaría tener 11, 12 o 13 años, para ser como su hermano, alto y fuerte. Dice que su hermano "*tiene mucha fuerza, y más cuando se enfada", "se enfada cuando se frustra*".

De mayor, le gustaría ser Químico, "*me gusta la ciencia, me gusta investigar los animales que tienen veneno, los que son peligrosos, hacer medicinas para quitarle el Asperger a mi hermano. De pequeño decía que no quería morir y que iba a inventar una sustancia para ser joven y no morirme, pero ahora ya no me asusto, si digo morir ya no me asusto mucho, porque si me muero estaré con mi abuelo y perro, ya no me importa morir mucho*".

Le gusta ser chico, porque no se quiere quedar embarazado, "*porque duele*". "*Además los niños son más cariñosos que las chicas, las niñas son bullosas. Las mujeres de mayor (madres) aprenden a ser más cariñosas y trabajadoras, y los chicos de pequeños somos cariñosos, pero de mayores nos convertimos en un pelín panchos. Mi padre es un pelín pancho, le gusta cocinar y hace cenas con mucho cariño. Mi madre es muy trabajadora, es un poco loquita, hace tonterías, tiene una sonrisa contagiosa como mi hermano. Los más loquitos son mi hermano, mi madre, yo y por último mi padre, el que menos*".

Deseos: 1º "*la Paz Mundial*". 2º "*que nadie tenga Asperger*". 3º "*Que mi familia dure mucho tiempo*".

Dice que a veces cuando está en el colegio, piensa en cómo estará su hermano, si estará enfadado y le pueda empujar a su padre por el balcón, porque tiene mucha fuerza. Refiere que prefiere morirse él antes que sus padres, que no le gustaría que sus padres se muriesen, si se muriesen antes, dice que se quitaría la vida. Aunque ahora piensa que podría aguantar a ser viejito y luego se verían todos juntos.

Me cuenta que cuando su hermano se enfada, él se marcha a la sala e intenta pensar en otra cosa, pero que le cuesta mucho.

En esta primera sesión hace dos dibujos de forma espontánea: el primero es 4 figuras de pokemons (dibujo 1): Primero dibuja la figura 1º "Lfcguitc": "es una vela que come (roba) la energía de la gente y otros pokemons, deja a los demás muy cansados". Luego dibuja Figura 2º "Otro Gipipuf" "Canta nanas que hace dormir a las personas y pokemons". En tercer lugar la figura 3º "Una bola nos se me ocurre nada" y por último en 4º lugar "dibuja un árbol en la parte superior derecha.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

El segundo dibujo (dibujo 2) es "u*n Faro que alumbra a los barcos que vienen de EEUU, han venido a Euskadi a aprender castellano y euskera*".

Le pido que dibuje a su familia haciendo algo (dibujo 3); me dice que "*las personas me salen mal*", dibuja a su madre planchando, al padre cocinando y su hermano y él viendo la TV "*somos muy vagos*".

En la parte de atrás del folio hace otro dibujo (4º dibujo).

Segunda entrevista: Viene acompañado de su madre. Entra solo, nada más entrar, me dice que su hermano está mucho mejor. Yo le pregunto *¿Y tú?* Él contesta "*Yo también*".

Le pido que cuente una historia de un niño en 4 viñetas (dibujo 5º): "*Un niño, que se llama Aimar. Segunda viñeta "·el niño se encuentra solo, no tiene amigos, porque tiene síndrome de Asperger*" (lo dibuja sentado en un banco solo, y detrás unos niños jugando al fútbol). Tercera viñeta: "*luego el niño va donde una persona como tú, para que le ayude (dibuja al niño en un despacho con su psiquiatra que le ayuda) y en la última, dibuja a los padres. "Que han adoptado a un niño, que se llama Sami, que sabe mucho del síndrome de Asperger, para ayudarle al niño y hacerle compañía*".

Analizando el dibujo: podemos ver que las figuras humanas están mucho mejor dibujadas que las figuras que hizo en el primer día, en el dibujo de la familia. En la primera viñeta dibuja al niño saludando, en el bocadillo escribe literalmente "*Hola me jamo Aimar*" (Ver dibujo 5º). En la segunda viñeta, dibuja al niño sentado en un banco solo, y en el bocadillo escribe literalmente "*yo no tengo Amigos porke tengo zindrome de asperger*". En la 3ª viñeta el niño le dice a la psiquiatra "*yo no tengo amigos*" y la psiquiatra le responde "*bale*". En la última viñeta dibuja a los padres y al niño que han adoptado, el padre dice "*Aimar emos adoptado a Sami*" y en el bocadillo que sale de la madre escribe literalmente "*TEA-yudara*". (ver el dibujo 5º).

X. habla de las dificultades de su hermano, de que cuando se frustra, se pone muy nervioso y a veces su padre se enfada con él.

Me dice que en clase, a veces habla mucho y se pone muy nervioso, y su tutor le castiga.

También me dice que a veces por las noches, "*me da miedo, pensando en la muerte, lo paso mal*".

Le digo que aquí podrá hablar de las cosas que le preocupan y hacemos pasar a la madre, quien confirma que la preocupación de X. por su hermano, el cual dice que actualmente está mejor en tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico.

X. dibuja mientras tanto hace un dibujo (dibujo 6º) "*un caballo de pura sangre, que se llama Rayo, que es muy veloz y fuerte*".

Tercera Entrevista: Entra al despacho más inquieto, se le observa más acentuado la dificultad de decir la "*p*", diciendo el "*cues*" en vez de "*pues*". Me dice que está más nervioso, no sabe por qué, dice que le preocupa la muerte, sabe que todos los humanos nos vamos a morir, pero no extinguir porque siempre se inventan muchas cosas.

Es la primera vez que no me habla de su hermano espontáneamente.

Se acerca lugar donde están los juguetes, elige los Legos y construye un todo terreno, pide ayuda para que le busque las fichas.

Luego le propongo dibujar. No sabe qué dibujar, le propongo una persona, dice que dibuja mal a las personas, yo le digo que haga lo mejor que pueda y que además, sé que dibuja bien, que lo he comprobado en los dibujos anteriores. Me responde que no les gustan los piropos.

Dibuja a un marinero musculoso, (ver 7º dibujo): "*Marinero que viene de trabajar, que está harto de su trabajo, quiere buscar otro trabajo. Se marcha a una nueva ciudad, a New York, empieza a buscar trabajo, primero se pierde, se encuentra con una señora, luego con unos niños, le indican por dónde tiene que ir. Luego se encuentra con su madre, le prepara una fiesta de cumpleaños sorpresa y en la fiesta, se encuentra con su prima, que le ayuda a buscar trabajo. Luego su abuela tiene un accidente y la salva. Al final está contento en una ciudad bonita y un trabajo chulo. Dice que este marinero es musculoso, chulo y que no se rinde, y que por eso ha encontrado trabajo y le ha ido bien. Está contento en una ciudad bonita y un trabajo chulo*".

Le pregunto si de mayor se ve como este marinero, me dice que "*él no será ni chulo, ni musculosos, sino normal, pero que no se va a rendir*".

Cuarta entrevista: Entra solo, la madre tiene entrevista con la Trabajadora Social.

Me dice que está mejor porque en el colegio le han cambiado de sitio y le ha puesto con su segundo mejor amigo.

Hoy hablamos de lo que le ocurre a él, repasamos las cosas que me ha comentado en las consultas anteriores y las preocupaciones que ha manifestado. Le explico que

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

yo creo que no tiene ninguna enfermedad mental, que era una de sus preocupaciones. Se alegra mucho, me dice que él tiene una pista para no tener enfermedad mental," *Tener amigos, yo tengo amigos, y mi hermano no tiene…*".

Sus preocupaciones: 1. "*que cuando mi hermano la lía me pongo triste, con miedo y con vergüenza*". 2. "*a veces pienso en cómo estará mi hermano, que tengo ganas de verlo, si le pasará algo, porque mis padres y yo le tenemos que calmar*". 3. "*La muerte: ya no tengo tanto miedo, porque si nos morimos dejamos sitio a otro…*"

Le explico que yo le puedo ver una vez al mes para hablar de lo que le preocupa, que podremos jugar, dibujar o lo que el prefiera.

Me dice que le gusta la idea.

Hoy jugamos al dominó, al mikado, con legos, se divierte y lo pasamos bien.

Cuando acaba la sesión y salimos al despacho, se encuentra con su madre y la trabajadora social por el pasillo, y él se acerca diciendo y gritando "*¡No tengo ninguna enfermedad mental!*".

Entrevista con la madre y la Trabajadora Social: La madre nos informa que el hermano de X. está mejor y que en casa están ligeramente más tranquilos. Sin embargo, la dinámica familiar sigue estando sobrecargada, por las necesidades de K. Los dos hermanos van todos los días a la ludoteca, mientras los padres aprovechan ese momento para hacer recados. Les ponen la llave a los dos, refiere que es su momento de respiro.

Pide que nos pongamos en contacto con la ludoteca para que K. pueda estar un año más acudiendo a la ludoteca.

La madre refiere que X. "tiene muchos miedos, que está nervioso, descentrado, preocupado por su hermano, percibe a su madre que está cansada por las necesidades de su hermano".

La madre refiere que cuando X. sale del colegio, tiene necesidad de contar muchas cosas, lo define como "*verborreico*". Dice que se encuentra con los dos hijos que hablan a la vez," diciéndoles muchas cosas, sin poder responder".

La madre cuenta que desde pequeño ha visto a su hijo menor observando, quieto a distancia, portándose bien, sin lugar para él. Desde que A. está más tranquilo, ella está teniendo más momentos para X., por lo menos, lo está procurando.

Dice que no tiene relación, ni apoyo de su familia extensa. Habla de su historia familiar, padre alcohólico, refiere que ha visto a su madre sufriendo y desbordada, los hijos huérfanos emocionalmente. Desde que falleció el padre, no mantienen relación entre ellos, la madre nunca ha sido apoyo para ella.

La madre no quiere que se repita la historia con su hijo X., que sea él el que se preocupe de ella sino viceversa. No quiere que la siga viendo desbordada. Cree que ha sido buena idea traer a X, a consulta, para que tenga un sitio y un espacio para él, y donde sea atendido.

Se ha enviado una notificación a los Servicios Sociales, para valoración, con el objetivo de apoyar a la familia en beneficio del desarrollo del menor.

Informe realizado para solicitar valoración a los Servicios Sociales

Se trata de un niño de 8 años de edad, segundo de dos hermanos. Hermano mayor en tratamiento psiquiátrico por Trastorno Mental Grave, atendido en el Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil y en el Centro Terapéutico-Educativo.

Es remitido a instancias del colegio porque observan al niño inquieto, nervioso, disperso y aparentemente preocupado.

Durante las entrevistas se evidencia un niño colaborador y abordable. Se muestra extremadamente inquieto psicomotrizmente, siendo incapaz de explicar el motivo de su nerviosismo. El discurso es fluido, a veces verborreico cuando habla de los problemas de su hermano. Se objetiva cierta confusión en cuanto al los motivos de consulta propio y el de su hermano. Se evidencia dificultad para articulación del lenguaje, diciendo "c" en vez de "p". A nivel emocional se objetivan preocupaciones acerca del futuro, de las enfermedades y de la muerte, con fluctuaciones emocionales congruentes con su situación.

Creemos que el niño presenta un funcionamiento mental paraneurótico, predepresivo, en relación con las vivencias que él ha podido tener, respecto a ser merecedor del cuidado de sus padres, comparando con las necesidades del hermano mayor enfermo y más frágil. Este tipo de vínculo inseguro y preocupado está repercutiendo emocional y cognitivamente, por lo que su desarrollo personal y social están en riesgo.

La madre expresa su preocupación y pide apoyo para poder atender de forma más adecuada a las necesidades que presenta su hijo X. Siendo consciente que X. no ha podido ser suficientemente atendido, por la sobrecarga y dinámica familiar.

Por todo ello recomendamos un tratamiento psiquiátrico con psicoterapia individual y solicitamos a los Servicios Sociales Municipales valoración, para apoyo a los padres en su funcionamiento parental.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

4. REFLEXIONES

Una vez más nos encontramos con el riesgo de que este niño haya podido ser diagnosticado del famoso Déficit de Atención e Hiperactividad, con los habituales cuestionarios que se suelen utilizar para tal fin, cuestionarios que los rellenan padres y profesores, sin entrevistar a los niños.

Durante las entrevistas más que un niño desatento, está claro que estamos ante un niño más bien desatendido, como bien se han referido psiquiatras y psicólogos de renombre en sus libros y trabajos publicados (Beatriz Janin, Alberto Lasa, etc….).

En el discurso el niño expresa claramente las preocupaciones en torno a la enfermedad mental del hermano, y ya en la primera entrevista, me dice que viene"*para ver si él tiene una enfermedad mental*". Me pareció muy importante, aclararle a él, tras las entrevistas de evaluación, que estar preocupado por su hermano, o tener miedos como él ha manifestado, no implica tener una enfermedad, que él no tiene ninguna enfermedad mental. Así salió de la consulta, a voz en grito, contento y aliviado, diciendo "**¡No tengo ninguna enfermedad mental!**". Qué distinto hubiera sido si se le hubiera diagnosticado de TDAH, creo que sobran comentarios.

Es curioso cómo este niño de 8 años, en las entrevistas de valoración ha hablado de su hermano diagnosticado de Asperger, incluso en el dibujo de las viñetas, cuando los padres adoptan a un hijo que sepa mucho de Aperger, escribe en el bocadillo (TEA-yudará), recordando a las siglas del Trastorno Espectro Autista.

Manifiesta sus miedos a la muerte, a morirse antes que sus padres, quizá por la sobrecarga que le supondrá cuidar de su hermano, ya que los únicos que "*calman*" a su hermano son sus padres y él. Miedo a que "s*u hermano tire por la ventana a su padre*", o quizás otro tipo de miedos que invaden su mente.

Su deseo a "*ser científico, químico*" de "*conocer si animales son venenosos o no, de inventar alguna sustancia para evitar la muerte o curar el Asperger*", o alguna otra cosa que no se atreve a decir.

En el dibujo del Pokemon "*la vela que roba energía a otras personas y Pokemons*", ¿se referirá a la energía que su hermano roba a sus padres, a su madre que ve desbordada? y a él, que le impide pensar y estar atento en el colegio, que le roba su espacio?

Asimismo en el dibujo y la historia del marinero musculoso, en el cual parece hablar de su propia historia, "*harto de su trabajo, que quiere marcharse a una ciudad bonita como Nueva York, que se encuentra con que su madre, le prepara una fiesta, encuentra un trabajo, salva a su abuela y está contento en la nueva ciudad y con su nuevo trabajo*". Dice claramente que él no será ni musculoso, ni chulo, pero que no se rendirá.

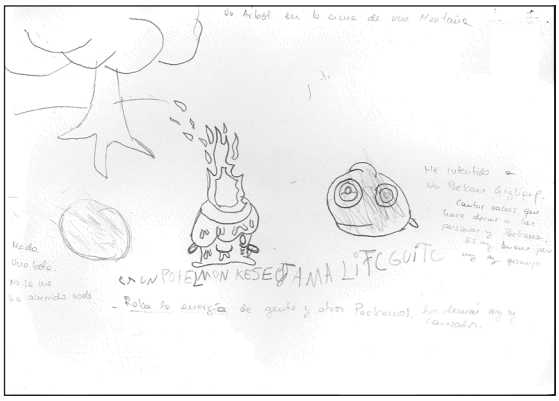
Con todo esto nuestro objetivo terapéutico en nuestro equipo de salud mental infanto-juvenil, será en primer lugar ofrecerle un espacio terapéutico para X, ya que como reflejamos en la historia, incluso así remarca la orientadora del colegio, ha sido un niño que "*no ha tenido su espacio en su familia*" por la sobrecarga que tienen con el hermano mayor con trastorno mental grave. Desgraciadamente, trabajando en el sistema público, por la sobrecarga de trabajo en la cual nos encontramos, le hemos ofrecido la posibilidad de verlo una vez al mes.

Espacio donde pueda seguir exponiendo sus preocupaciones, miedos, descargarlo de sus obligaciones de cuidar y calmar a su hermano y poder así ayudarle a relacionarse socialmente y mejorar su rendimiento académico.

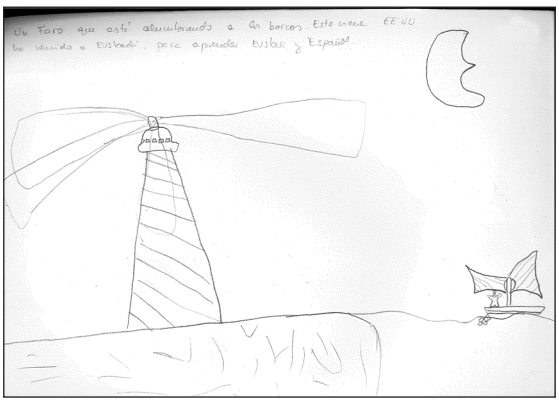
Por otro lado, se ha solicitado a los servicios sociales que valoren la posibilidad de ayuda a esta familia, para mejorar la dinámica y funcionamiento parental.

Hemos contactado y nos hemos reunido con el centro escolar, con la idea de continuar la coordinación con ellos y con los servicios sociales, si acceden a la petición de ofrecer algún tipo de intervención con la familia, en beneficio del menor.

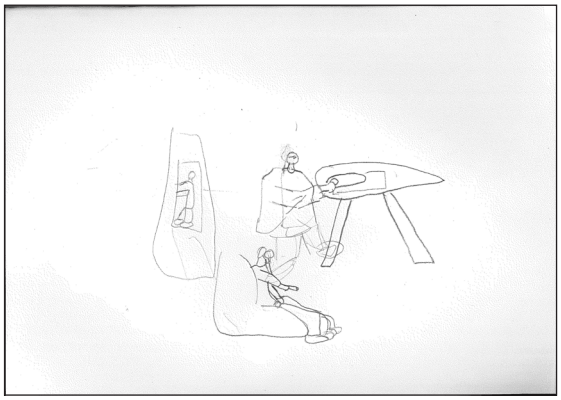
© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967



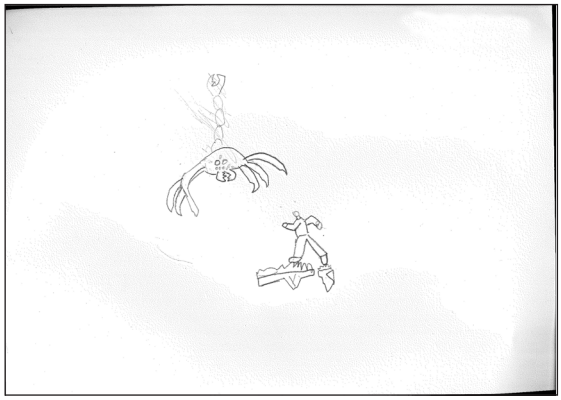
Dibujo 1



Dibujo 2

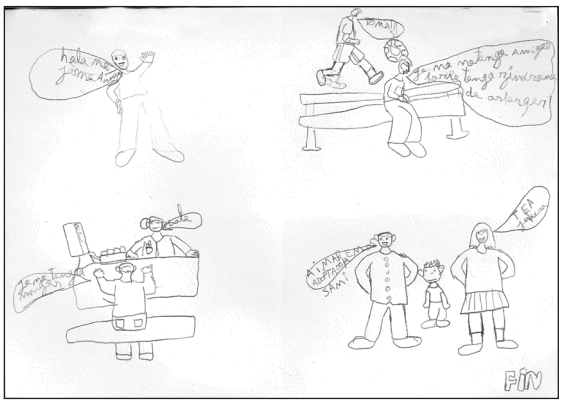


Dibujo 3

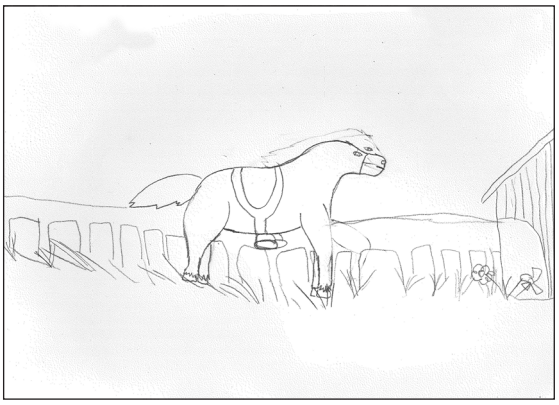


Dibujo 4

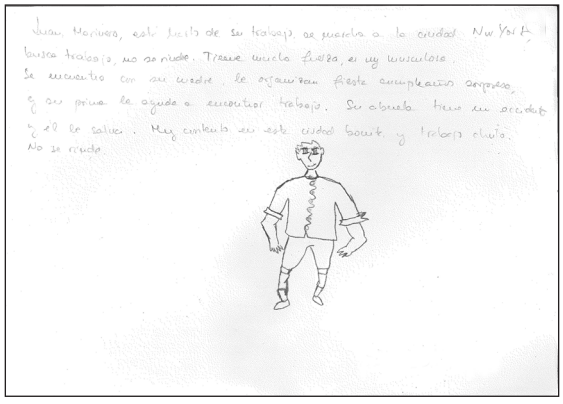
© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967



Dibujo 5



Dibujo 6



Dibujo 7

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

EL CUERPO Y LA ENFERMEDAD. VÍNCULO Y PSICOSIS

BODY AND ILLNESS. BONDING AND PSYCHOSIS*

Francisco Vaccari**, Fernando González-Serrano***, Xabier Tapia****

RESUMEN

A través del caso clínico de un niño de 8 años, cuya madre presenta un funcionamiento psicótico relativamente compensado en el pasado y que desarrolla una psicosis simbiótica con ésta, se discute la relación que se establece entre ambos a través de los cuidados corporales. Se apreciará la expresión de la sintomatología por medio del cuerpo, haciendo un análisis de la función del vínculo en un cuerpo que sufre. Se comentará sobre el diagnóstico y el enfoque terapéutico, así como una reflexión final sobre la importancia del trabajo de prevención en población de riesgo.

Palabras claves: psicosis infantil, psicosis simbiótica, folie à deux, vínculo y cuerpo, trastornos psicosomáticos.

ABSTRACT

Throughout the analysis of a case study about an 8-year old boy and his psychotic mother, with an established 'folie à deux', we will discuss the relationship between them and all the physical attentions the minor received from her. We will explain how the psychic symptoms of the child will relate to his suffering body by analyzing the function of the attachment. Moreover, a discussion will be made on the diagnosis and the therapeutic approach, as well as on the importance of working on prevention with population in risk of psychiatric illness.

Key words: child psychosis, symbiotic psychosis, folie à deux, attachment and body, psychosomatic disorders.

Este trabajo consta de tres partes. Primeramente, una breve exposición inicial de una serie de ideas que nos ayudan a situar nuestra comprensión y práctica clínicas. Seguidamente, se hace mención a un caso clínico que se convertirá en el eje sobre el que, finalmente, expondremos una serie de consideraciones sobre nuestra actividad profesional cotidiana, tanto a nivel asistencial como preventivo.

1. INTRODUCCIÓN

Entendemos el desarrollo psíquico humano como el devenir probable, aunque incierto pero no anárquico de un encuentro entre un niño y su entorno, fundamentalmente la madre y un tercero.

* Ponencia leída en sesión plenaria durante el 7è Congrès Européen de l'AEPEA. Bruxelles, 8-10 mayo 2014.

** Psiquiatra del Centro de Salud Mental del Niño y del Adolescente de Uribe, Bizkaia. Programa de los TMG. Red de Salud Mental de Bizkaia.

*** Psiquiatra y jefe del Centro de Salud Mental del Niño y del Adolescente de Uribe, Bizkaia y del Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

**** Psicólogo clínico del Centro de Salud Mental del Niño y del Adolescente de 'Haurrentzat', Bilbao. Responsable del Equipo de Atención Temprana de la asociación Altxa, Bilbao.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Si nos atenemos a la dimensión psíquica de la realidad, los límites temporales de ese encuentro nos parecen difíciles, si no imposibles, de delimitar; tanto en lo referente al pasado como al porvenir.

En este encuentro que va a dar lugar a un sinfín de interacciones ricas en ingredientes, tal vez previsibles pero no adivinables, cada protagonista aporta sus propias pinceladas originales, tanto físicas como psíquicas, aunque con "responsabilidades" diferentes.

Por un lado, tenemos a la madre,

- con su cuerpo (forma, olor, textura, sonidos, sabor), actor y huella del proceso de gestación de un ser humano
- con sus pensamientos e imaginaciones, desconocidos a menudo incluso para ella misma
- con su auto-biografía ilusoriamente objetiva y permanentemente repetida o reactualizada
- con su bagaje generacional
- con su impronta cultural
- con sus anticipaciones de un futuro ilusionante y/o atemorizante
- con o sin amante.

Por otra parte, está el bebé, tan sorprendente y tan inútil:

- con sus pulsiones y con su cuerpo, sujeto de mensajes inicialmente extraños e inquietantes y objeto de "inconfesables" deseos-arrebatos pasionales
- con sus primeros balbuceos mentales
- heredero y destinatario de un guion biográfico más o menos preestablecido en el pasado con veleidades destinatarias para proyectos en el futuro
- pero con sorprendentes potencialidades y peculiaridades, muestra evidente de su vocación de originalidad irreductible a proyectos previos bienintencionados pero ajenos
- y, finalmente, cifra esperada para el engrosamiento de las listas de natalidad.

Estos protagonistas condenados a encontrarse, irán construyendo de mutuo acuerdo y desacuerdo una bella historia, normal pero absolutamente original, con grave riesgo de verse difuminada por miradas reductoras y aficionadas a las grandes muestras que desdibujan la originalidad de cada desarrollo.

En esa historia, el guion del niño parece estar más o menos perfilado, pero, normalmente y afortunadamente, el niño se resiste a representarlo tal cual, y trata de introducir su estilo peculiar e irrepetible. Habitualmente, los padres negocian y hasta se sienten profundamente orgullosos de la originalidad de la obra conjunta.

Inicialmente, el cuerpo cumple un papel protagonista en la escena de este encuentro humano. Pero se trata de un cuerpo especial por y para ambas partes, ya que se trata ni más ni menos de que, en los progresivos encuentros, la carne se vaya haciendo verbo y el verbo carne. Aquí, los adultos, van muy por delante del niño.

Sin ellos saberlo generalmente, los adultos con deseo de cuidarlo, ven en el cuerpo del bebé lo que quieren o pueden ver: pulsión, frustración, emoción, eco, foto-recordatorio, expresión. Y, sin saberlo también, encarnan en su propio cuerpo y para que el bebé pueda entenderlo, todo su verbo: sus emociones, arrebatos, zozobras, ilusiones, pensamientos y proyectos.

Afortunadamente, de forma más o menos enigmática, van tejiendo un código común relativamente críptico para los extraños, muy saturado de cuerpo. Pero, poco a poco, y de forma igualmente enigmática, irán adoptando un único lenguaje común accesible y entendible para cualquier testigo: la lengua común a la sociedad que les rodea, ella misma cuerpo y código a la vez, pero un poco menos cuerpo y cada vez más código, puerta para nuevas y cada vez más ricas aventuras sociales y cognitivas.

Desgraciadamente, a veces, las cosas se tuercen y nos encontramos con la patología: ¿culpa de quién?, poco importa y, además, imposible de saber. Lo que conocemos es que tiene que ver con un encuentro con poca satisfacción y mucho sufrimiento por ambas partes. Todos los protagonistas están inevitablemente implicados, en muy diferente grado, pero todos son actores, responsables y víctimas, aunque de diferente manera.

Una vez más el cuerpo del bebé es el protagonista principal. A veces, su papel es muy activo cuando el destino cruel hace que se muestre dañado a la madre en su primer encuentro, haciendo temblar los cimientos de su equilibrio psíquico. Otras, su papel, si no totalmente pasivo, sí es de receptáculo del desconcertante modo de relación de la madre, fruto de múltiples razones: psíquicas internas, económicas, sociales. Nos encontramos con las excesivas deformaciones y presiones de los padres y la expresión somática del sufrimiento psíquico en el bebé humano.

En resumen, son muchas, ricas y complejas las vertientes del encuentro humano en sus orígenes: el cuerpo, la carga constitucional, las interacciones, las pulsiones, las fantasías inconscientes, los hilos transgeneracionales

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

invisibles, los procesos de mentalización, las formas de expresión del sufrimiento psíquico.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

José es un niño de 9 años que se incorpora a la unidad de niños de 6 a 12 años de uno de los Centros de Día Terapéutico Educativo (CDTE) de Euskadi tras una larga trayectoria de enfermedades somáticas, absentismo escolar y consultas en su Centro de Salud Mental (CSM). Permaneció en el CDTE 2 años, siendo atendido actualmente a nivel ambulatorio.

De pequeña, la madre sufrió mucho porque padecía una enfermedad física grave y su propia madre (la abuela de José) le decía que era mejor el suicidio antes que quedarse embarazada, por lo que ella se sintió como una mujer diferente que 'huía de los hombres para que no la atrapasen'. Del único hombre que no huyó totalmente fue del padre de José, que ya estaba comprometido pero que la siguió desde su país cuando ella vino a vivir a España.

Marta vivió un embarazo de alto riesgo por su enfermedad. Aunque el padre estaba muy contento y ella simplemente quería tener un hijo, nos decía que, realmente, no estaba interesada en su crianza. Su hermana, con la que residía en España, daba la sensación que no quería que tuviese al niño pues criticaba la relación que tenían éstos y Marta hacía autocrítica de ciertas sospechas de envenenamiento que tenía. Se la echó de casa (lo que generó un momento difícil y de gran tristeza para ella). Recuerda un hecho de gran tristeza para mientras paseaba por el barrio, que la hacía llorar, y cree que su hijo lloraba tanto de bebé porque podía recordar aquel evento cuando lo tenía en la tripa.

El padre de José, que no convivía con ellos pero sí a poca distancia, acudió ocasionalmente a las consultas en el CDTE, sobre todo en los momentos de angustia desbordante para el niño y para la madre. Nos dijo que con dos meses, el niño ya tenía 'algo raro' pues no sólo era llamativa su obesidad, sino que lloraba desconsoladamente, por lo que le llevaban a urgencias 2 ó 3 veces por semana. A los 4 meses, en la guardería les dicen que no es un 'niño normal'.

Con 4 años realiza su primera consulta en un Centro de Salud Mental Infantil por miedos diversos y es definido por la madre como un niño que tuvo miedo desde que nació. En aquel entonces presentaba ya dermatitis atópica y asma. Se sobresaltaba por los ruidos de la calle, si las personas hablaban muy alto se tapaba los oídos, tenía muchos amigos invisibles con los que hablaba y le costaba mucho comer sólidos, sobre todo masticar. No soportaba las situaciones agresivas y evitaba el contacto con otros niños porque, según él, gritaban y se pegaban.

En el colegio notaban a José ausente. No quería entrar a clase, se asustaba muchísimo sólo de pensar que otros niños o adultos lo iban a tocar, puesto que 'sentía un ruido que hacía que su cuerpo se rompa'. Deja de lado su primer nombre para adoptar el segundo porque el primero ha dejado de ser él. Nosotros vamos a ser testigos en el centro de día de esta angustia y de llantos que la madre sólo podía solucionar dándole grandes cantidades de analgésico o dejándole permanecer en casa.

Debido a sus enfermedades corporales se le proporcionó una atención escolar especial, lo que posibilitó que fuera al centro de día pues a su falta de escolarización adecuada se añadía la patología psíquica que presentaba. En aquel momento eran unas lesiones en los pies las que impedían su asistencia al colegio. A esto se añade que, debido al dolor que sentía por un problema óseo y dolores musculares y articulares a repetición, iba en silla de ruedas y, como no quería ver a otros niños, la madre lo paseaba por el barrio a medianoche.

Cuando ya se tenía preparada la derivación del niño al centro de día, es ingresado en el hospital por el inicio de una enfermedad endocrinológica. Su psiquiatra del centro ambulatorio tendrá que asegurarle a la madre que en el CDTE iba a tener los cuidados somáticos que precisaba. El niño sí quería venir y, tras recoger seriamente esta petición, el objetivo que se traza es que el niño pueda acudir y que no se quede en casa.

En los primeros meses, la madre nos enviaba unas cartas muy extensas donde detallaba los cuidados que había que tener con el niño, incluso algunos mensajes eran emitidos señalizando el cuerpo del niño. Se intentó tranquilizarla y frenar así el impulso a pedir cada vez más pruebas y más especialistas dado que el niño traía siempre una queja: que su cuerpo estaba cansado, roto y sólo se podía quedar en casa, en la cama. Se le atendía en consultas psicoterapéuticas dos veces por semana, además de los diversos talleres y espacios educativos, en principio individuales, ya que no soportaba el marco grupal y al que sólo pudo acceder meses después.

Gracias a una distancia prudencial, sin presionarla excesivamente, la madre logró confiar en nosotros un poco más. Nos llegó a escribir una carta para decir que estaba preocupada por las reacciones físicas del niño a la noche, mientras dormían juntos.

A los cuatro meses de su estancia en el centro de día asistimos a un período grave de crisis, en el que el niño asiste de manera discontinua, a la vez que los padres

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

se quejaban de los posibles efectos secundarios de la medicación neuroléptica que José tomaba a dosis baja. Se llega a valorar un ingreso hospitalario que, al final, no se lleva a cabo y el niño empezó a venir todos los días. En estos momentos la madre nos permite intervenir con el padre y éste consciente venir, lo que tiene un efecto positivo en el niño. José se mostraba más contento y se relacionaba mejor con el resto de niños. Pidió 'no ser más así, no ser un niño enfermo, sino poder ser un niño de verdad', momento de inflexión en su tratamiento y evolución.

Tras un momento de dificultades dentro de la familia, desde su literalidad, la madre le brindaba a su hijo exactamente lo que le pedía, un silencio y aislamiento absolutos. Había pensado dejarle la custodia al padre porque ya no podía más (debido a los excesivos cuidados que precisaba el niño) y creía que eso era lo que José le pedía. Consiente que hablemos con los servicios sociales para buscar alternativas.

El padre le acompañó entonces por las mañanas a coger el transporte que le llevaba al centro de día y se modificaron los talleres señalados para él. José volvió a hablar de sus cosas, nos trajo sus muñecos de casa que, según él, eran sus verdaderos interlocutores. Dijo que le gustaría tener el cuerpo de un peluche porque no sentiría dolor y no le podrían hacer daño ni tendría sentimientos de niños y añadió: 'bueno, sólo un poco'.

En las entrevistas con la familia cuando la madre le pedía su opinión al niño, éste había cambiado y ya decía: 'yo no sé, yo tan sólo soy un niño…'. Al final de su estancia en el centro de día, como es habitual en los niños que acuden a los CDTE, logró regresar ya al colegio (después de 3 años de ausencia) y los servicios sociales le propusieron a la madre el ponerse a trabajar y hacer cursos.

José escribió un libro, en uno de los talleres educativos, sobre las historias de unos muñecos que iban por el mundo buscando una identidad y una función. El padre estaba muy contento porque decía que, por fin, veía que José 'tenía ganas de vivir'. Por otro lado, la madre, con gran valentía y en parte motivada por ayudar también a su hijo, consintió acudir a consultas ambulatorias con una psiquiatra para abordar los síntomas psicopatológicos que presentaba y que le ocasionaban gran sufrimiento.

El último día en el centro de día, uno de los muñecos escribe durante la sesión de psicoterapia individual en una hoja de papel: 'en nombre de todos los muñecos del mundo, os decimos gracias'.

3. DISCUSIÓN

El caso de José suscita numerosos reflexiones e interrogantes: niño afectado por diversas dolencias somáticas y acompañado en su lucha por organizar un mundo interno caótico, vive, por un lado, con la necesidad de permanecer como acompañante de la soledad y la psicopatología de su madre y, por otro, con su deseo de "ser un niño normal" tratando de volcar su pulsión libidinal en sus muñecos y experimentando una relación humana (transferencial) muy intensa emocionalmente con sus terapeutas en el centro de día.

Las primeras reflexiones relativas al diagnóstico nos conducen a las organizaciones psicóticas y a la vertiente simbiótica si nos situamos en lo vincular, tanto en el niño como en la madre. Dada la complejidad del caso, nos limitaremos a un acercamiento clínico que nos ayude a la comprensión de la historia de José basada en un intento de resignificación de los diferentes acontecimientos desde una visión global, evolutiva y relacional.

En primer lugar, no podemos dejar de plantear las repercusiones que para la vida psíquica y el desarrollo de un hijo tiene la convivencia (el vínculo y la dificultad de establecerlo) con un padre o una madre con un patología psiquiátrica importante. En un resumen muy forzado podemos incluir aquí la transmisión genética, de inevitable interés y tema sujeto a necesarias e importantes investigaciones, así como los factores relacionales y sociales de riesgo que incluyen los apoyos y conflictos familiares, exponentes de la trasmisión intergeneracional, con sus mensajes enigmáticos, con sus contenidos y su papel en las generaciones futuras. En la historia de José, una amenaza de abandono, que adquiere el grado de amenaza de muerte, parece ser el destino casi explícito para esta madre. La escucha de su relato ya pone en evidencia la articulación entre su biografía lejana (su infancia de niña muy enferma) y la más reciente (el deseo y las condiciones difíciles de la concepción de su único hijo y su posterior embarazo).

Ya de niña-adolescente su propia madre, ante su enfermedad física grave la expone (al menos en su lectura a posteriori) a la única alternativa a los deseos de vida, la muerte: ante el deseo de embarazo, o la muerte por desfallecimiento, o la muerte por suicidio. Los deseos de vida quedaban inexorablemente unidos a la muerte.

Nos encontramos ante un cúmulo de situaciones de riesgo cara a la crianza y a la relación con un hijo. A pesar del gran amor que siente por su hijo, a nivel inconsciente impresiona más como una necesidad de hijo físico que como un deseo de relación con un hijo-otro en el que poder

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

desplegar todo el narcisismo libidinizador de una madre. Destaca el peso abrumador de las proyecciones maternas, de su lectura personal del propio pasado. Tenemos un ejemplo en su interpretación del llanto de su hijo en las primeras semanas de vida, que toma sentido con el recuerdo de un evento que ella vivió mientras lloraba durante su embarazo. Cierra el espacio a la emergencia de la identidad potencial, naciente, del hijo-objeto que no parece tener mucho que decir en el encuentro con ella. La pregunta inevitable es el lugar que no ocupa el bebé en la mente de esta madre, a pesar del gran afecto que siente hacia su hijo y la intención de darle el mejor cuidado que puede, que cuando no puede soportar su llanto (por el dolor que éste le genera) opta por dejarle al cuidado del padre o de los servicios médicos. En su mente no parece haber lugar más que para una lectura literal del cuerpo del niño, sin interrogantes aunque con enorme angustia posiblemente, sin espacio ni tiempo intermedio, sin lugar para la duda, para la sorpresa, para la espera, para el desfase entre la propuesta y la respuesta, para la confirmación o desmentido, para la asignación al cuerpo de su cualidad significante, fuente y origen de la simbolización en definitiva.

Recíprocamente pensamos en cómo vive el bebé este vínculo específico. Un vínculo que en lugar de constituirse en vía de integración de la psique y el soma, quizá ya en esos primeros momentos de vida alimenta una disociación entre los cuidados somáticos, por un lado, y su incipiente mundo representacional interno, por otro, reducido básicamente por la madre a los miedos, síntoma que atravesará toda la infancia de José. Hay una fusión con la madre en lo corporal (en el dormir juntos, por ejemplo, con una excitación desbordante para el hijo que ella sólo parece poder interpretar, al igual que otras madres, como manifestación de una sexualidad "adulta").

El bebé parece no poder recoger, recordar y menos elaborar los datos de su propia biografía, reducida a una acumulación de ecos, ajenos y lejanos, desprovistos de hilo narrativo propio que impiden la resignificación permanente y original de sus encuentros.

Su cuerpo, receptáculo de huellas ajenas pero actor principal en el escenario relacional se ve abocado a un papel casi exclusivo de materia moldeable, en perjuicio de su papel de co-actor cada vez menos enigmático y más gratificante para sus cuidadores. Los cuidados corporales se convierten, para ambos, en el único soporte soportable para el vínculo.

Así, los procesos de mentalización y simbolización, necesariamente encarnados en un cuerpo "hablante" parecen extremadamente coartados desde el inicio, dejando paso a un lenguaje corporal críptico (con un sentido que se nos escapa) abocando a José a la enfermedad y a la psicosis por la desorganización y la disociación inherentes a todo lenguaje no codificado a través de la relación corporal y el psiquismo del otro. Su lenguaje no puede acceder a la integración de las cualidades inherentes a todo verdadero lenguaje: la de ser simultáneamente cuerpo y código convencional a la vez.

En su proceso de individuación y autonomización, José ha tenido que ir aprendiendo a consolarse y a calmarse básicamente solo. Pero esto tiene un coste: las dificultades para ligar agresividad y libido. La enfermedad y el dolor físico que a menudo manifiesta, impresionan, al menos en parte, como la evidencia de la vuelta de la agresividad contra si mismo. La libido, etérea, se concentra en sus ensoñaciones, delirios y muñecos.

4. CONCLUSIÓN

La reflexión sobre este caso, más allá de su interés teórico, nos obliga a hacer frente a algunas evidencias clínicas en nuestro quehacer profesional, no sólo en un Centro de Día Terapéutico Educativo (CDTE), sino en una escala más general de la psiquiatría y la psicología de niños y adolescentes:

- La importancia de intervenir con finalidad preventiva en los embarazos de riesgo. Aun conociendo las dificultades debidas a la escasez de programas específicos en este terreno, al menos en nuestro país, estas intervenciones adquieren una importancia aun mayor cuando, como es frecuente, nos encontramos con familias que acumulan múltiples riesgos, económicos, sociales y de desarraigo. En este caso, el primer contacto con los servicios de salud mental se produjo a los 4 años.
- La necesidad de seguir insistiendo en la coordinación y colaboración (y puestos a ser utópicos, en la integración) con el resto de servicios médicos, a pesar de manejar comprensión y lenguajes aparentemente alejados que producen desencuentros en ocasiones. Tenemos mucho que compartir sobre todo en los primeros años de desarrollo de niño, justo cuando los cuidados psíquicos se encarnan también en los cuidados corporales.

Por último, con un tono más optimista, y haciendo un resumen del tiempo de tratamiento y cuidados de José y

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

su madre en el CDTE, pensamos que un logro esencial ha sido el haber podido aliviar sus temores y rechazos hacia un cuidado psíquico que sentía como amenaza contra el vínculo entre ella y su hijo y, a menudo, como peligro de muerte (fiel quizás a los ecos del mensaje de la abuela materna que ligaba, inexorablemente y de forma paradójica, los deseos de vida con la muerte). La tarea del equipo terapéutico y educativo ha sido aceptar estos temores de claro tono paranoide, no únicamente como síntomas de su trastorno psiquiátrico (evidente), sino sobre todo como expresión de sus sentimientos de desvalorización como persona y como madre (anclada, ella nos lo cuenta, en sus experiencias infantiles) y de culpa en relación a esa función que debía cumplir. Se ha conseguido que acepte acudir y seguir un tratamiento en consultas de un servicio de adultos, y que reciba apoyo de los dispositivos sociales de su municipio. José sigue acudiendo este último año, tras el alta del centro de día, a consultas periódicas en el centro de salud mental ambulatorio y, a diario, a clase en un centro escolar normalizado al que apenas falta. Tolera la compañía de otros niños y va aprendiendo, no sin dificultad. En las consultas acude con sus muñecos en una mochila y, ayudado por ellos, puede compartir con la terapeuta que le atiende ahora su mundo de temores y fantasías, y debemos decir continua intentando "ser un niño de verdad".

BIBLIOGRAFÍA

Actualités Psychosomatiques (2002), nº5, Dépressions, dépression essentielle et processus de somatisation, Genève: Georg Editeur.

Boige, S. y Missonnier, S. (2004). Les douleurs abdominales chez l'enfant. *Revue Française de Psychosomatique*, 26, 119-146.

Egge, M. (2008). *El tratamiento del niño autista*. Madrid: Gredos.

Golse, B. (1996). Les troubles psychosomatiques. Le point de vue du psychiatre d'enfance. *Carnet/Psy*, 22, 18-22.

Golse, B. (2003). A propos de l'article de Miri Keren. P.U.F. *La psychiatrie de l'enfant, 1*(46), 123-136.

González-Serrano, F., Aldasoro, T., Panera, C. y Tapia, X. (2013). Las interacciones tempranas padres-bebé y su influencia en la psicopatología. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 56, 59-66.

Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (2001). *El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Kreisler, L. y Szwec, G. (1998). *Psychosomatique et expression corporelle dans l'enfance. Généralités cliniques- propositions théoriques*. Paris: Elsevier, 37.

Lebovici, S., Diatkine, S. y Soulé, M. (1985). *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*. Paris: PUF.

Lebovici, S., Diatkine, R. y Soulé, M. (1990). *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Manzano, J., Palacio Espasa, F. y Zilkha, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad. Clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao: Altxa.

Marcelli, D. (2007). *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.

Marty, P. (1985). *El desorden Psicosomático*. Valencia: Promolibro.

Mazet, P. y Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatología de la primera infancia*. Barcelona: Masson.

Palacio Espasa, F. y Dufour, R. (2003). *Diagnostico estructural en el niño*. Barcelona: Herder.

Tizón García, J. L. (2005). Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. *Formación Médica Continuada en atención primaria, 12*(4), 70-85.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS CON EL ENTORNO DE NIÑOS CON PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS GRAVES DESDE UN CENTRO DE DÍA.

PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS WITH THE ENVIRONMENT OF CHILDREN WITH SERIOUS MENTAL PROBLEMS FROM A DAY CARE CENTRE.

Thais Aldasoro*, Fernando González-Serrano**, Uxue Picaza***, María Verdejo****

RESUMEN

A través de esta exposición y valiéndome de un caso clínico, me gustaría acercar el trabajo realizado con el entorno familiar de niños con problemas psiquiátricos graves en un centro terapéutico-educativo.

Palabras clave: Centro terapéutico-educativo, trastorno límite o borderline, escisión, negación y proyección

ABSTRACT

Through this exhibition and availing myself of a clinical case, I would bring the work done with the family environment of children with serious psychiatric problems in a therapeutic-educational center.

Key words: Therapeutic-school, limit or borderline disorder, splitting, denial and projection

1. CASO CLÍNICO

El objetivo de un centro de día terapéutico-educativo es el de prestar atención intensiva e integral a niños con trastornos psiquiátricos graves que presentan dificultades para ser asumidos, en un momento determinado, por el entorno escolar normalizado y /o el Centro de Salud Mental.

El centro cuenta con un equipo multidisciplinar, formado por un coordinador sanitario y un coordinador educativo.

Se trata de un grupo de 10 niños de edades comprendidas entre los 6 y 12 años, diagnosticados de trastornos generalizados del desarrollo (psicosis infantiles en sus diversas formas clínicas; excluidos Trastornos autísticos o con evolución deficitaria ya muy estructurada) y trastornos graves de la personalidad en proceso de evolución.

* MIR Psiquiatría. Hospital de Cruces. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud.
** Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Uribe. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud.
*** Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Uribe. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud. Centro Terapéutico – Educativo de Ortuella. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud y Educación.
**** Psicóloga. Centro Terapéutico – Educativo de Ortuella. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud y Educación

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

El proceso de derivación se realiza de acuerdo al protocolo elaborado conjuntamente por el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) y el Departamento de Educación. Para ello se requiere una propuesta tanto del Centro de Salud Mental como del técnico del Equipo de Orientación Psicopedagógica (Berritzegune), el consentimiento informado de los padres o tutores y la aprobación por la Comisión Técnica del Centro de Día.

La estancia media se sitúa en torno al año y medio, con el objetivo de conseguir su reintegración al centro escolar de procedencia, en la medida que se alcanza una mejoría clínica.

Para ello, y como acabo de mencionar, voy a presentar el caso de una niña de diez años y medio años que acude a un centro de día terapéutico-educativo, a donde fue derivada por su psicóloga de referencia del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil por alteraciones de conducta e importantes dificultades en el aprendizaje, en contexto de un diagnóstico de trastorno límite o borderline con funcionamiento hipomaniaco y rasgos narcisistas.

Se trata de hija única, vive en el domicilio familiar con su madre y su padre. La madre presenta rasgos de personalidad inestables, depresivos e impulsivos; estos últimos reconoce como común con el funcionamiento de su hija, con quien mantiene una relación de dominio y dependencia mutua.

Las dos abuelas fallecidas de manera súbita en un periodo de seis meses, con gran coste para la familia dada la dificultad que presentan para la elaboración de los duelos.

En lo referente a cómo los padres cuentan el momento del parto, discurso presente en prácticamente todas las entrevistas que se hacen con ellos, ambos padres lo describen como "algo para olvidar", poniendo de manifiesto la presencia de fantasías de muerte.

Otro dato reseñable es la búsqueda del nombre de su hija, donde quedan de manifiesto las proyecciones de las fantasías paternas incluso antes de nacer ésta.

El primer contacto de esta niña con salud mental corresponde a cuando tenía 5 años, derivada por el pediatra con diagnóstico de TDAH. Desde entonces consultas de seguimiento, entrevistas familiares y coordinación con el centro escolar, quienes hablan de mal rendimiento académico, habiendo tenido que repetir un curso en primaria, requiriendo apoyo pedagógico individual en el colegio.

Presenta importante dificultad de relación con iguales, con mayor tendencia a juntarse con niños problemáticos en quienes proyecta la culpa de su mal comportamiento. Se evidencia su necesidad de ser el centro de atención en el colegio, que se sigan sus deseos e iniciativas, resultando en un conflicto si no se realizan.

Sara, a su llegada a este centro, presenta una imagen de sí misma muy contradictoria y cambiante, con rasgos de grandiosidad, omnipotencia, desinhibición sexual e importante confusión fantasía/realidad con momentos en los que muestra sentimientos de incapacidad. Otro aspecto a destacar es la dificultad para situar en el tiempo las historias narradas por ella misma, siendo "una niña pegada a hechos del pasado". Muy impulsiva, desinhibida, con dificultad para respetar las normas, con comportamientos inadecuados sin sentimientos de vergüenza asociados (funcionamiento de tonalidad hipomaniaco). Así mismo marcada literalidad como elementos de certeza psicótica.

En la primera entrevista la menor habla de que tiene problemas con los chicos de su clase, "me insultan. A veces estoy triste", con comportamientos regresivos asociados mientras lo decía (se balanceaba y chupaba el dedo).

Tras una reunión de equipo formada tanto por la parte sanitaria como educativa, se decide que Sara comience acudiendo un día a la semana para ir paulatinamente aumentado la frecuencia de asistencia al centro, manteniendo las actividades escolares por la tarde. La menor se muestra en todo momento deseosa de ser admitida en la unidad y poder acudir el máximo de días posibles "para así no tener que ir al colegio".

En un principio, y durante unas pocas semanas, en lo que nosotros llamamos el taller de buenos días, Sara se encuentra de manera individual junto con un terapeuta, hasta poder ir conociéndola mejor y pudiendo saber en que espacio iba a estar más cómoda y tranquila.

Dada la buena adaptación de la menor a la unidad y a las actividades de la misma, se decide colocar a Sara en un taller formado por un pequeño grupo niños; apoyándola en el acceso a actividades grupales; una vez aquí muestra ciertas resistencias a todo lo que sea grupal, tendiendo a buscar preferentemente una relación dual, casi fusional, con su terapeuta de referencia, tanto en este grupo como en los diferentes talleres que tienen lugar a lo largo de la mañana.

2. INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA CON EL ENTORNO FAMILIAR

Pese a que no cabe duda la importancia que ha tenido el trabajo individual -tanto psicoterapéutico como educativo- con esta niña, si hay algo que queremos destacar y en los que nos vamos a centrar es en el trabajo

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

realizado con los padres, ya que sin ello, probablemente, la evolución de la menor no hubiera sido posible.

En un primer momento, los padres se mantienen en actitudes ya conocidas y mencionadas anteriormente, poniéndose de manifiesto las dificultades que existen entre ambos, tanto como pareja, como en relación a la crianza de Sara, generando importantes enfrentamientos entre ellos.

En el padre destaca un discurso racionalizador y minimizando las dificultades de su hija, que son referidas por la madre, y manteniéndose por momentos impermeable a nuestros intentos de hacerle comprender el mundo interior de su hija.

En la madre, por el contrario, impresiona una mezcla por un lado de proximidad casi simbiótica con otros momentos que llegan al rechazo claro de la hija, oscilando entre una intrusión excesiva y un distanciamiento afectivo. En términos más psicodinámicos podríamos decir que la figura paterna es una figura que se moviliza más por el principio de placer que por el de realidad, posición en la que también se queda Sara, quien encarna a modo de síntomas las dificultades propias de los padres, quedando de manifiesta como ambos progenitores se acusan a través de ella.

En el modo de pensamiento de estos padres destacan mecanismos de proyección, escisión y negación, lo que les permite trivializar el impacto de los diferentes acontecimientos vividos, tanto en el psiquismo de su hija como en el suyo propio, tratados todos en el mismo plano y negando así el potencial efecto traumático y evitando así el sufrimiento a nivel de su narcisismo.

Durante el discurso de los padres, estos hablan de diferentes hechos o acontecimientos, cómo por ejemplo el momento del parto o el fallecimiento de las abuelas, que, para el terapeuta, pueden ser parte importante desde el punto de vista psicopatogénico en lo que a la organización de la personalidad de la niña corresponde. Pero para los padres pasan prácticamente por alto, narrándolos como hechos aislados en la biografía de la menor; todo ello seguramente como consecuencia de la gran dificultad que ellos mismos presentan para la resolución de los diferentes duelos vividos.

Para los que estamos en este Centro el punto álgido a partir del cual hemos podido realmente trabajar tanto con Sara como sus padres está marcado por la posibilidad que tuvo la madre en una entrevista con ella de poder hablar de su propia historia.

Se trata de una madre en la que se observa una gran sobreexigencia hacia su hija que corresponde a una proyección materna que ella hace en relación a su infancia, siendo una niña sobreexigida por sus propios padres. Narra su infancia, la cual no ha podido aun ligar ni reinscribir en su propia historia, llamando la atención el aislamiento afectivo con el que lo hace, sin ni siquiera poder diferenciarlo de la historia de su propia hija. Es a partir de este momento cuando, a través de la ayuda del terapeuta, ella puede hablar de esas vivencias pasadas traumáticas e iniciar un progresivo distanciamiento psíquico de su propia hija y admitir que "ella nunca pudo ser una niña".

En este punto, nos marcamos como objetivo primordial en la terapia de Sara, la necesidad de trabajar con estos padres, casi o tanto más que con la menor, con el fin de intentar hacerles comprender el nexo o lazo de unión de estos acontecimientos vividos con el funcionamiento de la menor, y que puedan pasar así de un funcionamiento o pensamiento basado en la escisión, la negación y la proyección, a uno en el que todo vaya encajando y se vaya unificando, para así poder darle un significado.

Esto, pensamos que ha sido posible con estos padres tan vulnerables gracias a que el centro y el equipo terapéutico-educativo ha admitido a su hija y la ha cuidado tal y como es durante su estancia. Ello ha ayudado a aliviar sus defensas proyectivas y permitir un intercambio relacional y de contenidos psico-emocionales con diversos miembros del equipo.

Todos estos hechos obligan a tener en cuenta los diferentes fallos del entorno así como las dificultades en las interacciones tempranas entre padres e hija, y sus efectos en el desarrollo de ésta. Evocando el trabajo de Masud Khan (1976), citado en el libro de Roger Misés "Las patologías límites en la infancia" (p. 129), en el que se habla de una necesidad de reconstrucción que incumbe al terapeuta y que sólo se va a poder realizar si éste logra "detectar los fallos persistentes de la madre en su rol de barrera protectora y de yo auxiliar" (entorno cuidador en un sentido más amplio). Tarea complicada cuando se trata de madres como la de este caso, en la que sus propios mecanismos de defensa anulan o bloquean casi por completo la posibilidad de darle un sentido a las dificultades presentadas por su hija. Por un lado es capaz de expresar su malestar hacia su marido pero con un tinte proyectivo, colocando en él el origen de las dificultades de manejo de la menor, sin ser capaz de reinscribir este malestar en un contexto relacional que le implicase también a ella misma. Esta postura que la madre adopta en las diferentes entrevistas y a través, tanto de lo que nos explicita como de lo que no, podemos apreciar una

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

gran falla en lo que a la interiorización de los imagos parentales se refiere.

Por otro lado, el padre, figura paterna totalmente anulada, se muestra incapaz de suplir estos fallos maternos, todo ello seguramente fruto de un déficit de la instancia superyoica, que le imposibilita a la hora de poner prohibiciones o límites al comportamiento de su hija, llegando incluso a proyectar la culpa de las mismas.

3. CONCLUSIONES

Con todo esto y después de un tiempo de reflexión nos planteamos todo el equipo del Centro terapéutico-educativo que una de las cosas que tenemos que trabajar con esta niña es la necesidad de buscar intervenciones que faciliten la emergencia de lo que podríamos denominar competencias superyoicas (incluyendo esbozos del ideal del yo más adecuados y autorreflexiones) que hasta ahora no ha sido capaz de integrar.

Así mismo el apoyo en todo lo que al mundo escolar y educativo se refiere, hasta ahora francamente rechazado por la menor, reforzando aquellas materias en las que destaca notablemente (ideal más realista de sí misma) y a través de la que podrá expresar todo su malestar y frustración, así como también sus capacidades más valorizadas, en las sesiones de psicoterapia.

Al mismo tiempo asistimos a la aparición de sentimientos de desvalorización y tonalidad depresiva relacionados tanto con las vivencias y actividades en el centro como con las que va experimentando en su retorno al medio escolar normalizado, especialmente la toma de conciencia de sus dificultades escolares y en el rencuentro más horas con sus compañeros, y que ella más matizadamente ahora pone en los comentarios de estos.

Este es un camino inevitable, el tener que pasar por una fase depresiva para poder retomar su crecimiento psíquico y personal.

BIBLIOGRAFÍA

Manzano, J., Palacio Espasa, F. y Zilkha, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad. Clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao: Altxa.

Marcelli, D. (2006). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.

Misés, R. (2000). Actualidad de las patologías límites de la infancia. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente,* 30, 5-19.

Palacio Espasa, F. (2007). Los trastornos de personalidad en el adolescente, el niño e incluso el bebé. *Psicopatología y Salud Mental, 10*, 21-31.

Palacio Espasa, F. y Dufour, R. (2003). *Diagnóstico estructural en el niño*. Barcelona: Herder.

Solana Azurmendi, B. (2012). Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. Centro de día terapéutico-educativo de Ortuella. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 50, 181 – 196.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

DISOCIACION PSICOMORFA Y SOMATOMORFA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

SOMATOFORM DISSOCIATION IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE. A CASE REPORT.

Lucía del Río Casanova*, Cecilia Blanco Martínez**, María Tajes Alonso***

RESUMEN

A pesar de la mayor prevalencia en población infantil y adolescente de trastornos disociativos y conversivos, existen pocos casos en la literatura que realicen una descripción detallada de la biografía, la clínica y el encuadre psicoterapéutico con el que se ha trabajado. Se realiza una revisión de las características de estos trastornos en dicha población para posteriormente aportar un marco de intervención basado en las experiencias de trauma y apego, con especial hincapié en el procesamiento de las emociones.

Palabras clave: trastorno disociativo, niño, adolescente, psicoterapia.

ABSTRACT

Despite the greater prevalence of dissociation and conversion disorders in childhood and adolescence, few reports including a detailed description of the case, the psychobiography and the psychotherapeutic formulation are available. The main features concerning these disorders for this population group are exposed. A trauma/attachment based psychotherapeutic intervention, with special emphasis in the emotion regulation role, is presented in this work.

Key words: dissociative disorder, childhood, adolescence, psychotherapy.

1. INTRODUCCIÓN

A pesar del retraso en la investigación que en el campo de la disociación se ha dado en población infantil en comparación con la adulta, se considera que los niños y adolescentes tienen una mayor facilidad para disociarse. Se calcula que entre un 1-3% de los niños y adolescentes padecen un trastorno conversivo, ascendiendo este ratio hasta un 10% en las consultas de Neurología y Pediatría (Leary, 2003), y siendo muy variables las tasas

* Médico Interno Residente de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. E-mail: ludelriocasanova@gmail.com

** Facultativo Especialista de Área, Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. E-mail: cecilia_blanco_martinez@hotmail.com

*** Facultativo Especialista de Área, Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. E-mail: maria.tajes@gmail.com.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

observadas en diferentes estudios en niños a seguimiento psiquiátrico (entre un 0,5-17%) (Blanz, 1986). Así mismo, se considera que la prevalencia de síntomas conversivos y disociativos es mayor en niñas que en niños (Hulette, 2011) y que además esta diferencia aumenta con la edad haciéndose más notoria en la vida adulta.

Por otra banda, apenas se han descrito casos de trastornos conversivos o disociativos antes de los 5 años de edad (Goodyer, 1981). Existe un pico de incidencia en la aparición de los síntomas en edades entre los 9 y los 12 años, resolviéndose parte de ellos a lo largo de la adolescencia según se desarrollan nuevas capacidades de expresión y afrontamiento. En este contexto, los comportamientos imaginativos y fantasiosos, como lo es la existencia de un amigo invisible, resultan difícilmente distinguibles de algunos síntomas disociativos (Putnam, 1993). No es raro por tanto que algunos niños con historias traumáticas y síntomas disociativos sean descritos como soñadores, inatentos o despistados (Diseth, 2005) y tampoco es de extrañar que la repercusión de las experiencias traumáticas en niños se pueda observar no solo en forma de clínica disociativa sino también a través de síntomas como las pesadillas, la hiperactivación e hiperalerta, la clínica depresiva y ansiosa, o los comportamientos auto y heterodestructivos (Putnam, 1993). Además, la comorbilidad con otros trastornos ha demostrado ser muy alta con tasas entre 12-38% (Jans, 1999). Algún estudio referido a población adolescente ha arrojado índices de hasta un 88% de comorbilidad con el Trastorno por Estrés Postraumático y un 100% con la depresión (Bozkurt, 2014). No es infrecuente por tanto que prevalezca la clínica afectiva o de hipervigilancia sobre los síntomas disociativos propiamente dichos. Por otro lado, la formación de la identidad característica de la adolescencia, con la tendencia a la experimentación de identidades, puede resultar igualmente difícil de distinguir de algunos fenómenos disociativos (Diseth, 2005). Por este motivo, conviene al clínico acostumbrado a tratar a niños y adolescentes el conocimiento profundo de las características propias de estos cuadros en dicho rango de edad. Existen igualmente algunos cuestionarios validados en población infantil y adolescente que podrían ayudarnos en el despistaje de la sintomatología disóciatela y conversiva que tan a menudo pasa desapercibida. Destacaremos entre ellos el A-DES (Adolescent Disociative Experiences Scale)(Armstrong, 1997) o el CDC (Child Dissociative Checklist)(Putnam, 1993).

Tradicionalmente se ha considerado que el pronóstico de los niños y adolescentes que sufren de trastornos por disociación psicomorfa o somatomorfa era mayoritariamente favorable. Según constatan los estudios a corto plazo, la frecuencia de recuperación oscilaría entre el 44 y el 97% a los 6 meses, si bien pocos estudios han puesto su atención en la evolución a medio y largo plazo (Jans, 2008). El estudio de Jans evaluó a los pacientes tras 5 años de evolución observando que un 26% mantenían el diagnóstico previo de trastorno disociativo. Destacaba que un 83% de los pacientes cumplirían criterios para al menos un trastorno psiquiátrico (56 % trastornos del eje I y 48% trastornos de personalidad) (Jans, 2008). Así mismo, los sujetos afectos tenían menores tasas de independización parental y menores niveles de actividad ocupacional y de ocio fuera del domicilio en comparación con sus congéneres sanos. Deberíamos por tanto estar atentos a la aparición de dichos síntomas, que no debieran ser banalizados y sobre los cuales no solo cabe un abordaje orientado al síntoma sino que proponemos una intervención más amplia, desde la perspectiva del trauma y el apego.

2. TRAUMA Y APEGO: UNA MIRADA ATRÁS

Desde el punto de vista epidemiológico cabe destacar entre aquellas personas con experiencias disociativas y conversivas se han encontrado mayores tasas de acontecimientos vitales traumáticos y mayor probabilidad de desarrollo de un Trastorno por Estrés Post Traumático posterior (Ozcetin, 2009)(Fiszman, 2004)(Kaplan, 2013) (Powers, 2014)(Sar, 2004)(Spinhoven, 2004) que en la población general. Esta misma asociación se ha observado en niños y adolescentes (Shevlin, 2007)(Sar, 2009) (Bob, 2013). El trauma se ha relacionado también con la gravedad sintomática (Roelofs, 2005) y la disregulación emocional concomitante será en gran medida uno de los factores que mayor influencia ejerza sobre la aparición de síntomas a posteriori (Briere, 2010). Conviene por tanto prestar especial atención en los niños tanto a las vivencias disociativas que pueden formar parte de la normalidad de su proceso evolutivo, como a aquellas que se hallan más intrincadas en la formación de los vínculos y en el posterior desarrollo de la personalidad del niño (van der Kolk, 1996). Es importante saber que los niños acostumbran a negar o esconder las experiencias traumáticas que recuerdan, a las que hay que sumar aquellas que han sido suprimidas o de las cuales se tiene amnesia.

Según la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Moskowitz, 2007) la traumatización y

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

la disociación serán más potentes cuanto más intensa, repetida, frecuente y temprana sea la experiencia traumática, contemplándose ésta no solo desde el punto de vista de las experiencias traumáticas puntuales sino también del llamado trauma de apego (Mosquera, 2014). Los diferentes tipos de vinculación que el sujeto consiga establecer con las figuras principales de apego condicionarán en gran medida la manera de regular las emociones (Pedrosa-Gil, 2008)(Brown, 2013)(Wearden, 2005). De la misma manera, las estrategias de apego no seguro han sido consideradas un factor de riesgo para la aparición de sintomatología conversiva y disociativa (Kozlowska, 2007)(Farina, 2014)(Wearden, 2005) (Hesse, 2000a,2000b) (Mosquera, 2014) habiéndose entendido que la desintegración en el vínculo temprano se reproduciría posteriormente para generar síntomas de desagregación. En este sentido, los diferentes tipos de apego se han relacionado con diferentes patrones de regulación emocional y con diferentes estrategias de afrontamiento. Kozlowska encontró en un estudios en población pediátrica con síntomas conversivos (Kozlowska, 2011) que un 57% de ellos presentaban un funcionamiento basado en la inhibición cognitiva (niños que omitían y minimizaban información emocionalmente relevante, manteniéndola fuera del campo de atención), un 34% en la preocupación-coerción (aportaban información de contenido emocional exagerada, demandando seguridad por parte de los cuidadores por este método) y un 9% un funcionamiento mixto. Se ha postulado que los diferentes tipos de apego condicionarían el predominio de estrategias interpersonales y de afrontamiento diferentes en función de la modulación del sistema nervioso vegetativo que se da en la edad temprana bajo la exposición al trauma. El apego inseguro se traduciría en un predominio posterior del sistema nervioso parasimpático dando lugar a la aparición de embotamiento emocional, mientras que el apego ambivalente se ha relacionado con un predominio simpático y por tanto con estados excitatorios, de impulsividad y descontrol emocional (Forrest, 2001).

Es imprescindible, en definitiva, el prestar especial atención a la posibilidad de que los niños que tratamos hayan vivenciado experiencias traumáticas o bien a que aparezcan datos de trauma de apego que nos hablen de la deficiente disponibilidad emocional del progenitor hacia el niño, de la ambivalencia en el trato o incluso de negligencia y maltrato manifestos. Será fundamental por tanto el abordaje de los recuerdos más tempranos del niño no solo con la función de hacer un despistaje de experiencias traumáticas, sino también de orientarnos hacia las características del vínculo formado con las figuras principales de apego. Se deben incluir por tanto en el historial del niño observaciones sobre si existen antecedentes de ansiedad por separación en la infancia, sobre la forma de reaccionar del infante ante la ausencia de los padres o sobre cómo es el tipo de interacción madre/padre-hijo, etc. Tan relevante es esta interacción que se ha visto que las madres con trastornos disociativos era uno de los factores más que más condicionaban el tipo de crianza que daban a sus hijos. Además, los antecedentes de trauma en la madre se relacionaban con la aparición de síntomas disociativos en sus hijos independientemente de que la progenitora hubiera manifestado dicha sintomatología o no (Chu, 2006).

Para no pasar por alto estas cuestiones sería interesante para el clínico habituado a tratar con niños y adolescentes el incluir el manejo de ciertos instrumentos psicométricos. Destacamos entre ellos los cuestionarios sobre experiencias traumáticas en la infancia como el CTQ-SF (Hernandez, 2013), las entrevistas o tareas para la valoración del apego en la infancia como la CAI (Shmueli-Goetz, 2008) o el Manchester Child Attachment Story Task (Goldwyn, 2000), así como los instrumentos de evaluación de las interacciones padre/madre-hijo como el Toddler CARE-Index (Künster, 2010) o la ya tradicional Situación Extraña de Ainsworth.

3. CASO CLÍNICO

Se trata de una adolescente de 11 años de edad. Es dos años menor que su única hermana (diagnosticada de trastorno del espectro autista leve) e hija de padres separados hacía 5 años. Como antecedentes familiares destacaba una historia de alcoholismo en el padre y un episodio depresivo mayor en la madre cuando ella contaba con entre 4 y 6 años.

Se trata de una paciente con adecuado rendimiento escolar hasta el año de debut de la clínica. Sin dificultades para la adquisición de los hitos del desarrollo ni en la relación con pares durante la infancia. Descrita por su madre como muy sensible pero positiva, hipermadura, fuerte, con carácter, racionalizadora y ruminativa. Desde el punto de vista psicobiográfico cabe destacar el antecedente de violencia verbal y puntualmente física ejercida por parte del padre tanto a la paciente como a la madre. Había funcionado como la parte más racional y estabizadora dentro del sistema familiar durante gran parte de su infancia. Había sido de capital importancia para la integración social y escolar de su hermana. En

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

los cinco últimos años la paciente había mantenido una idealización constante de la figura de su padre a pesar del maltrato sufrido. Posteriormente la madre y ambas niñas estuvieron de acuerdo en ver al progenitor en un punto de encuentro.

Es valorada por primera vez por un psiquiatra en el Servicio de Urgencias tras varias asistencias por cuadros (pseudo)sincopales que se atribuyeron inicialmente a una migraña vascular, si bien otros episodios no correspondían clínicamente con ninguna entidad neurológica. En esta primera asistencia la niña acude en un estado de alta ansiedad, iniciada de forma brusca tras un episodio en el punto de encuentro. Ese día el padre no había acudido y por primera vez la niña mostraba su rechazo y enfado. Su emoción no fue validada por las profesionales presentes en el punto de encuentro que cuestionaron las ideas de la niña hacia su padre, momento en el que sufre un episodio de corte disociativo en el que la niña presenta desrealización y posteriormente ve "a un niño". Se asusta, grita, y tras calmarla el niño desaparece. En los días posteriores el niño reaparecería intermitentemente hasta que terminaría por quedarse, dotándolo la paciente de las características propias de un amigo invisible. Se descartó un posible origen comicial mediante EEG que resultó normal. En una segunda asistencia por Urgencias comenzó a permitirnos dialogar con su amigo invisible y finalmente comprendimos su función: "ha venido para protegerme del futuro", manifestando la paciente que tenía "miedo a que mi padre me haga lo de A." (en alusión a una niña supuestamente asesinada por sus padres en ese mismo año en la misma ciudad).

Una vez a seguimiento ambulatorio la clínica se tornó más abigarrada, presentando múltiples alucinaciones visuales complejas, cambiantes, que por momentos la asustaban y mantenían perpleja, mientras que en otros momentos convivía con ellas sin dificultades ni repercusión emocional. Veía genta salir del suelo, señoras que la atravesaban, personas que la miraban por la calle, niños muertos… Hacía un relato tendente a la demanda afectiva. A lo largo del primer mes sufrió dos episodios sincopales más, uno de los cuales fue de claras características conversivas. La madre reconocía que previa aparición de la clínica de disociación psico y somatomorfa la niña había presentado un deterioro en su estado tímico, con apatía, abulia, disminución de la capacidad hedónica y aumento de la ansiedad. Se pautó tratamiento con 40 mgs/día de Sertralina y 5 mg/día de Clorazepato dipotásico.

Se comenzó el trabajo psicoterapéutico con un intento de validar las emociones de la niña comenzando por las sentidas en el punto de encuentro. Se fomentaría la escucha activa de gran parte de material traumático que iba aflorando a lo largo de las sesiones. Se validaron cada una de las experiencias a las que a través de las opiniones de su amigo invisible nos acercábamos, siendo él quien era capaz de aportar la asertividad de la que la adolescente carecía. Según se normalizaban unos síntomas aparecían otros nuevos que terminaban por mediatizar la relación familiar poniendo a la madre en un lugar de mayor atención hacia su hija.

La actitud de la madre fue marcadamente colaboradora durante el tiempo que duró la terapia. La difícil disponibilidad que había podido ofrecer a su hija durante los primeros años de su vida (a causa de un episodio depresivo y de una pésima relacions socio-familiar) se pudo ver paliada por la implicación que en este momento fue capaz de sostener. Se trabajó en el fortalecimiento del vínculo madre-hija creando espacios especiales de seguridad e intimidad. Se entrenó a la madre a conectar con la parte emocional de la paciente y de sí misma en primer lugar y a postponer la racionalización para momentos de menor demanda afectiva. Se concedió a la paciente el lugar de cuidada en vez de cuidadora y se movilizó a la hermana mayor para ejercer como tal en este caso e invertir los roles previamente establecidos.

En apenas tres meses fue desapareciendo la clínica conversiva y disociativa, restando únicamente vivencias fantasiosas que aparecían sin repercusión emocional y en las que entremezclaba ficciones que veía en la televisión o leía en libros con vivencias propias. Los síntomas ansiosos y afectivos desaparecieron también. Su amigo invisible comenzó su rito de despedida al abandonarnos primeramente en la consulta, posteriormente en sueños y por último, acabaría por marcharse por completo de la vida de la paciente. Una vez restaurada la seguridad, conseguiríamos abordar con la paciente la función de los síntomas así como los factores mantenedores de los mismos. La mera explicación de su parte de responsabilidad en la persistencia de algunos síntomas fue suficiente para que en apenas una semana estos desaparecieran y la paciente pudiese comprobar que las atenciones y seguridad que su madre era capaz de darle ahora, ya no desaparecerían.

Conseguiría posteriormente un cierto nivel de desapego sanamente fomentado, siendo capaz de apreciar su propia intimidad y de reclamar su independencia. En la última consulta se culmina su proceso de ganancia de autoconfianza con su mudanza a otra habitación

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

(previamente compartía con su hermana). La paciente se ha mantenido asintomática durante estos primeros 6 meses de seguimiento, permitiendo el inicio de la retirada de tratamiento psicofarmacológico.

4. DISCUSIÓN

Múltiples abordajes psicoterapéuticos han demostrado su eficacia para los trastornos disociativos en la infancia y adolescencia, así como para el abordaje del trauma simple o complejo. Descacan la terapia cognitivo-conductual clásica, la terapia cognitiva centrada en los esquemas, la hipnosis, así como abordajes centrados en los componentes traumáticos como es el modelo SARI (safety, acces, resolving/restabilization and identity/ integrity) o el enfoque desde el EMDR. Por otro lado, se ha subrayado la importancia de una serie de habilidades generales del terapeuta y de objetivos psicoterapéuticos entre los que destacan: fomentar la autoconciencia de los propios sentimientos y conductas asociadas, motivar al niño/adolescente desde un enfoque centrado en sus propias cualidades y objetivos, mantener la esperanza de que el caso pueda ser resuelto en un breve periodo de tiempo, promover el autoconocimiento y autoaceptación (especialmente en lo que respecta a los propios sentimientos), desensibilizar las vivencias traumáticas y promover la autonomía del niño (Diseth, 2005). El caso presentado pretende ilustrar cómo el ejercicio de ciertos principios generales o líneas de actuación puede llevar a una rápida recuperación sintomática y cómo independientemente del modelo psicoterapéutico del que se parta, existen elementos comunes que pueden ser fundamentales en la resolución del conflicto intrapersonal y relacional.

Se respetaron en nuestro abordaje cuatro líneas de trabajo fundamentales:

1. El establecimiento de la terapia como lugar seguro y del vínculo con el terapeuta como uno de los motores de cambio.
2. La promoción de una vida emocional sana: a través de la validación de los sentimientos, la búsqueda de la tolerancia ante la ambivalencia afectiva y el fomento de la auto-conciencia de las propias emociones.
3. El intento de restauración de una vinculación segura: promoviendo las experiencias de aceptación sin condiciones, aumentando la disponibilidad emocional de la figura principal de apego y fomentando la intimidad emocional.
4. El abordaje de los contenidos traumáticos y el acoplamiento de dichas vivencias en un conjunto identitario integrado.

Por otro lado, desde la perspectiva de trauma y apego que hemos venido planteando, la paciente habría desarrollado un apego inseguro de tipo ansioso-preocupado caracterizado por estrategias de afrontamiento de tipo preocupación-coerción como las propuestas por Kozlowska (Kozlowska, 2011). La identificación de las características de las experiencias tempranas de apego de la paciente y el trabajo en la recuperación de una vinculación segura resultó ser uno de los factores de mayor influencia en la mejoría clínica. La disponibilidad no solo física, sino emocional, de la progenitora permitió a la paciente realizar en muy poco tiempo un acercamiento diferente a su madre. Inicialmente precisó de mayor atención, observándose incluso actitudes regresivas, si bien en poco tiempo pudo interpretar el entorno como seguro y el vínculo como estable. En cuanto al padre, se permitió que aflorasen los contenidos traumáticos subyacentes y se fomentó el contacto emocional con los mismos. En un trabajo centrado en el manejo de las emociones se conseguiría la aceptación incondicional de las mismas y se introducirían temas de ambivalencia afectiva para fomentar la capacidad de tolerancia de la misma.

Diseth et al realizaron una excelente revisión de los trastornos disociativos en la infacia y adolescencia, observando que apenas existían casos describiendo la sintomatología y abordajes psicoterapéuticos. Además era más frecuente que se publicasen casos de disociación somatomorfa y menos frecuente que hubiese relatos detallados sobre experiencias de disociación psicomorfa que solía presentarse en forma de amnesia, confusión o trastornos de la identidad (Diseth, 2005). Hemos pretendido con la redacción de este caso clínico recuperar la tradición de las descripciones exhaustivas de casos individuales a las que antaño se les concedía mayor valor. Se ha buscado no solo describir la clínica de manera detallada sino también informar sobre el encuadre psicoterapéutico con el que se trabajó y que en este caso resultó exitoso. Se ha hecho hincapié, con esta breve muestra de intervención psicoterapéutica, en cómo el refuerzo del vínculo con la figura principal de apego así como la validación emocional y expresión del contenido traumático subyacente permitió la desaparición de la clínica disociativa.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

BIBLIOGRAFÍA

Armstrong, J., Putnam, F. W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491–497.

Blanz, B., & Lehmkuhl, G. (1986). [Conversion symptoms in childhood and adolescence]. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie, 54*(11), 356–63. doi:10.1055/s-2007-1001940

Bob, P., Selesova, P., Raboch, J., & Kukla, L. (2013). "Pseudoneurological" symptoms, dissociation and stress-related psychopathology in healthy young adults. *BMC Psychiatry*, 13, 149. doi:10.1186/1471-244X-13-149

Bozkurt, H., Mutluer, T. D., Kose, C., & Zoroglu, S. (2014). High Psychiatric Comorbidity in Adolescents with Dissociative Disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. doi:10.1111/pcn.12256

Briere, J., & Hodges, M. (2010). Traumatic Stress , Affect Dysregulation , and Dysfunctional Avoidance : A Structural Equation Model, 23(6), 767–774. doi:10.1002/jts.

Brown, R. J., Bouska, J. F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G. a, Kemp, S., … Reuber, M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior : E&B, 29*(1), 178–83. doi:10.1016/j.yebeh.2013.07.019

Chu, A., & Deprince, A. P. (2006). Development of dissociation: examining the relationship between parenting, maternal trauma and child dissociation. Journal of Trauma & Dissociation : *The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 7*(4), 75–89. doi:10.1300/J229v07n04_05

Diseth, T. H., & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents--an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry,* 59(4), 278–92. doi:10.1080/08039480500213683

Farina, B., Speranza, A. M., Dittoni, S., Gnoni, V., Trentini, C., Vergano, C. M., … Della Marca, G. (2014). Memories of attachment hamper EEG cortical connectivity in dissociative patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 264*(5), 449–58. doi:10.1007/s00406-013-0461-9

Fiszman, A., Alves-Leon, S. V., Nunes, R. G., D'Andrea, I., & Figueira, I. (2004). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a critical review. *Epilepsy & Behavior : E&B, 5*(6), 818–25. doi:10.1016/j.yebeh.2004.09.002

Forrest, K. A. (2001). Toward an etiology of dissociative identity disorder: a neurodevelopmental approach. *Consciousness and Cognition, 10*(3), 259–93. doi:10.1006/ccog.2001.0493

Goldwyn, R., Stanley, C., Smith, V., & Green, J. (2000). The Manchester Child Attachment Story Task: relationship with parental AAI, SAT and child behaviour. *Attachment & Human Development, 2*(1), 71–84. doi:10.1080/146167300361327

Goodyer, I. (1981). Hysterical conversion reactions in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 22*(2), 179–88.

Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., … Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(7), 1498–518. doi:10.1177/0886260512468240

Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*(4), 1097–127; discussion 1175–87.

Hulette, A. C., Freyd, J. J., & Fisher, P. A. (2011). Dissociation in middle childhood among foster children with early maltreatment experiences. *Child Abuse & Neglect, 35*(2), 123–6. doi:10.1016/j.chiabu.2010.10.002

Jans, T., Schneck-Seif, S., Weigand, T., Schneider, W., Ellgring, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2008). Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*(1), 19. doi:10.1186/1753-2000-2-19

Jans, T., & Warnke, A. (1999). [Follow-up of dissociative disorders in childhood and adolescents--a review of the literature]. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie, 27*(2), 139–50.

Kaplan, M. J., Dwivedi, A. K., Privitera, M. D., Isaacs, K., Hughes, C., & Bowman, M. (2013). Comparisons of childhood trauma, alexithymia, and defensive styles in patients with psychogenic non-epileptic seizures vs. epilepsy: Implications for the etiology of conversion

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 75*(2), 142–6. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.06.005

Kozlowska, K. (2007). The developmental origins of conversion disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*(4), 487–510.

Kozlowska, K., Scher, S., & Williams, L. M. (2011). Patterns of emotional-cognitive functioning in pediatric conversion patients: implications for the conceptualization of conversion disorders. *Psychosomatic Medicine, 73*(9), 775–88. doi:10.1097/PSY.0b013e3182361e12

Künster, A. K., Fegert, J. M., & Ziegenhain, U. (2010). Assessing parent--child interaction in the preschool years: A pilot study on the psychometric properties of the toddler CARE-Index. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15*(3), 379–89. doi:10.1177/1359104510367585

Leary, P. M. (2003). Conversion disorder in childhood--diagnosed too late, investigated too much? *Journal of the Royal Society of Medicine, 96*(9), 436–8.

Moskowitz, A. (2007). The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. *The British Journal of Psychiatry, 191*(6), 571–572. doi:10.1192/bjp.bp.107.036087

Mosquera, D., Gonzalez, A., & Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 1*(1), 15. doi:10.1186/2051-6673-1-15

Ozcetin, A., Belli, H., Ertem, U., Bahcebasi, T., Ataoglu, A., & Canan, F. (2009). Childhood trauma and dissociation in women with pseudoseizure-type conversion disorder. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(6), 462–8. doi:10.3109/08039480903029728

Pedrosa Gil, F., Scheidt, C. E., Hoeger, D., & Nickel, M. (2008). Relationship between attachment style, parental bonding and alexithymia in adults with somatoform disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 38*(4), 437–51.

Powers, A., Fani, N., Pallos, A., Stevens, J., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2014). Childhood Abuse and the Experience of Pain in Adulthood: The Mediating Effects of PTSD and Emotion Dysregulation on Pain Levels and Pain-Related Functional Impairment. *Psychosomatics, 55*(5), 491–9. doi:10.1016/j.psym.2013.10.004

Putnam, F. W. (1993). Dissociative dissorders in children: behavioural profile and problems. *Child Abuse & Neglect, 17*, 39–45.

Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect, 17*, 731–746.

Roelofs, K., Spinhoven, P., Sandijck, P., Moene, F. C., & Hoogduin, K. A. L. (2005). The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(8), 508–14.

Sar, V., Akyüz, G., Kundakçi, T., Kiziltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *The American Journal of Psychiatry, 161*(12), 2271–6. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2271

Sar, V., Islam, S., & Oztürk, E. (2009). Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63*(5), 670–7. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.02012.x

Shevlin, M., Dorahy, M., & Adamson, G. (2007). Childhood traumas and hallucinations: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research, 41*(3-4), 222–8. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.03.004

Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: a psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology, 44*(4), 939–56. doi:10.1037/0012-1649.44.4.939

Spinhoven, P., Roelofs, K., Moene, F., Kuyk, J., Nijenhuis, E., Hoogduin, K., & Van Dyck, R. (2004). Trauma and dissociation in conversion disorder and chronic pelvic pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 34*(4), 305–18.

Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *The American Journal of Psychiatry, 153*(7 Suppl), 83–93.

Wearden, A. J., Lamberton, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: an extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(3), 279–88. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.09.010

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

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 electrónicoen 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.ocomp., 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-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

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@sepypna.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.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA 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.)

Secretaria
C/Paseo de la Castellana 144 4ª Pta 3
28046 Madrid
Telf. /Fax 91 319 24 61
www.sepypna.com
sepypna@sepypna.com

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA SOCIEDAD

D/Dña .....

licenciado en ..... especialidad en .....

con domicilio en calle/plaza ..... nº .....

ciudad ..... provincia ..... C.P. .....

Teléfono ..... / ..... E-mail .....

Adjunto curriculo vitae y documentos acreditativos para solicitar su ingreso en calidad de (*)..... en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, para lo cual es propuesto por los miembros

☐ ..... Firma

☐ ..... Firma

(*)

En ..... a ..... de ..... de 201 ..

Orden bancaria

Muy señores míos:
Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar de mi cuenta corriente /Libreta de aho-rros el importe de la suscripción anual a la **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.**

Entidad ..... Agencia nº ..... calle .....

Ciudad ..... C.P .....

TITULAR DE LA CUENTA
D/Dña .....

Firma

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-78528288** 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 **sepypna@sepypna.com**

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA 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.)

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

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 ..... **Nº** ..... **Piso** .....
Cód. Postal ..... **Población** .....
Provincia ..... **Especialidad** .....
NIF .....

FORMA DE PAGO:

☐ **CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO**

☐ **DOMICILIACIÓN BANCARIA**

. . . . . .

ORDEN DE PAGO, DOMICIALIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta .....
Banco ..... **C/C Nº** .....
Caja de ahorros ..... **C/C Nº** .....
Sucursal ..... **Calle** ..... Nº .....
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

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 58 - Diciembre 2014

Aplicaciones de algunos planteamientos de W.R.BION en el sistema de protección de menores 9
Rafael Delgado Campos

El uso psicoterapéutico del CBCL 1 1⁄2-5 con familias de niños/as atendidos en los centros de atención temprana 17
Jesús Ramón Molina Vizcaíno

El problema de la libertad: determinismos y psicoanálisis 25
Ángel Sánchez Bahíllo

¿Niño desatento o desataendido? 31
Aintzane Intxausti Zugarramurdi

El cuerpo y la enfermedad. Vínculo y psicosis 39
Francisco Vaccari, Fernando González-Serrano y Xabier Tapia

Intervenciones psicoterapéuticas con el entorno de niños con problemas psiquiátricos graves desde un centro de día 45
Thais Aldasoro, Fernando González-Serrano, Uxue Picaza y María Verdejo

Disociacion psicomorfa y somatomorfa en la infancia y adolescencia. A propósito de un caso 49
Lucía del Río Casanova, Cecilia Blanco Martínez y María Tajes Alonso

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA 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.)