Álvarez Fernández, Almudena
Álvarez Fernández, Aurelio J.
Arias, Eulalia.
Aristegui Urquia, Asel
Artaraz Ocerinjauregui, Batirtze
Barahona Esteban, Mª Nieves
Béjar Trancón, Agustín
Betancor Perez, Daniel
Cabré, Víctor
Carmona Pastor, Esther
Domínguez Martín, Cristina
Esparza del Valle, Paloma
Farrés, Núria
Fieschi, Elena
Gallardo Borge, Laura
García Pinto, Mª Teresa
Larbán Vera, Juan
Lasa Zulueta, Alberto
Malda Bikarregi, Karmelo
Martín Arranz, Esther
Martín de la Fuente, Lorena
Martín Gómez, Catalina
Ortega Heras, Ana
Pérez-Muga García, Óscar
Pimienta Serrano, Aurora
Redondo Díez, Elsa
Rodríguez Fernández, Blanca
Rojas Hernández, María del Carmen
Soriano Sala, Asunción
Serrano Navarro, Ana
Sevillano Benito, Isabel
Urizar Uribe, Maite
Venturella, Mariella
Villar Silva, Julia
Villaseñor Vivanco, Elizabeth

N.º 60
2º semestre
2015

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)
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
Ainara González Villanueva (Bilbao)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)
Alain Braconnier Centro 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)
Cristina Molins Garrido (Madrid)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)
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)
Xaber Tapia Lizeaga (Bilbao)

INDICE:

Ser y crear en el proceso terapéutico: Arteterapia en el Hospital de día de Leganés
Ana Serrano Navarro, Esther Carmona Pastor y Catalina Martín Gómez 9

El grupo terapéutico de juego en el trastorno mental grave infantil: Una aproximación a través de las teorías de BION Y KLEIN
Artaraz Ocerinjauregui Batirtze, Betancor Perez Daniel 17

Evolución de un paciente con diagnóstico de TEA en una terapia grupal
Julia Villar Silva, Asel Aristegui Urquia y Ana Ortega Heras 29

Un grupo terapéutico con adolescentes en institución de reforma
Agustín Béjar Trancón, Aurora Pimienta Serrano 33

Parentalidad positiva. Grupo psicoeducativo de madres y padres de bebés de 0 a 12 meses
Aurelio J. Álvarez Fernández y Paloma Esparza del Valle 39

Desarrollo emocional y social en un grupo de personas con discapacidad intelectual
Lorena Martín de la Fuente, Ma Nieves Barahona Esteban y Ma Teresa García Pinto 45

Investigar la comunicación en el grupo: El desarrollo de un instrumento observacional para un grupo de hermanos de niños con TEA
Mariella Venturella, Eulalia Arias, Víctor Cabré, Elena Fieschi y Nuria Farrés 53

Propuesta didáctica de estimulación de la competencia lingüística y del lenguaje infantil: Estudio de validez
Elsa Redondo Díez y Almudena Álvarez Fernández 61

Prevención de enfermedad mental en adolescentes a través del grupo
Laura Gallardo Borge, Cristina Domínguez Martín, Esther Martín Arranz, Isabel Sevillano Benito, Blanca Rodríguez Fernández 75

Implementación de un dispositivo psicoanalítico con niños institucionalizados
Elizabeth Villaseñor Vivanco y María del Carmen Rojas Hernández 83

De la confusión a la identidad adolescente.tratamiento interdisciplinar en un hospital de día
Asunción Soriano Sala y J. Karmelo Malda Bikarregi 93

Psicoterapia en la primera infancia
Maite Urizar Uribe 107

Apegos alienados (trastorno del relato moral)
Óscar Pérez-Muga García 111

Trauma Psíquico
Juan Larbán Vera 115

Los adolescentes y los límites: Contención y transgresión
Alberto Lasa Zulueta 127

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. **www.editorialselene.com**
Impresión: Sorles, Leon
E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@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:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarna Molins (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí (Madrid)
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:

TO BE AND CREATE IN THE THERAPEUTIC PROCESS: ART THERAPY IN LEGANES DAY CARE CENTER
Ana Serrano Navarro, Esther Carmona Pastor y Catalina Martín Gómez 9

EL GRUPO TERAPÉUTICO DE JUEGO EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE INFANTIL: UNA APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE LAS TEORÍAS DE BION Y KLEIN
Artaraz Ocerinjauregui Batirtze, Betancor Perez Daniel 17

EVOLUTION OF A PATIENT DIAGNOSED OF ASD IN A THERAPY GROUP
Julia Villar Silva, Asel Aristegui Urquia y Ana Ortega Heras 29

A THERAPEUTIC GROUP WOTH ADOLESCENTS IN A REFORM CENTER
Agustín Béjar Trancón, Aurora Pimienta Serrano 33

POSITIVE PARENTING. PSYCHOEDUCATIONAL GROUP OF PARENTS OF INFANTS FROM 0 TO 12 MONTHS
Aurelio J. Álvarez Fernández y Paloma Esparza del Valle 39

EMOTIONAL AND SOCIAL DEVELOPMENT IN A GROUP OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES
Lorena Martín de la Fuente, Ma Nieves Barahona Esteban y Ma Teresa García Pinto 45

RESEARCHING COMMUNICATION WITHIN THE GROUP: DEVELOPMENT OF AN OBSERVATIONAL TOOL FOR A GROUP OF SIBLINGS OF CHILDREN WITH ASD
Mariella Venturella, Eulalia Arias, Víctor Cabré, Elena Fieschi y Nuria Farrés 53

TEACHING PROPOSAL OF STIMULATION OF THE LINGUISTIC'S COMPETENCE AND THE INFANT'S SPEECH: VALIDITY STUDY
Elsa Redondo Díez y Almudena Álvarez Fernández 61

PREVENTION OF MENTAL ILLNESS IN ADOLESCENTS THROUGH THE GROUP
Laura Gallardo Borge, Cristina Domínguez Martín, Esther Martín Arranz, Isabel Sevillano Benito, Blanca Rodríguez Fernández 75

IMPLEMENTATION OF A PSYCHOANALYTIC DEVICE WITH INSTITUTIONALIZED CHILDREN
Elizabeth Villaseñor Vivanco y María del Carmen Rojas Hernández 83

ADOLESCENCE: FROM CONFUSION TO IDENTITY SHAPING. INTER-DISCIPLINARY TREATMENT IN A DAY HOSPITAL
Asunción Soriano Sala y J. Karmelo Malda Bikarregi 93

PSYCHOTHERAPY IN EARLY CHILDHOOD
Maite Urizar Uribe 107

ALIENATED ATTACHMENTS (MORAL NARRATIVE DISORDER)
Óscar Pérez-Muga García 111

PSYCHIC TRAUMA
Juan Larbán Vera 115

ADOLESCENTS AND LIMITS: CONTAINMENT AND INFRINGEMENT
Alberto Lasa Zulueta 127

SER Y CREAR EN EL PROCESO TERAPÉUTICO: ARTETERAPIA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE LEGANÉS*

TO BE AND CREATE IN THE THERAPEUTIC PROCESS: ART THERAPY IN LEGANES DAY CARE CENTER

Ana Serrano Navarro**, Esther Carmona Pastor*** y Catalina Martín Gómez****

RESUMEN

Se aborda la experiencia de trabajo en el marco de un hospital de día de Salud Mental infanto juvenil, en el que el arteterapia se integra como disciplina en el equipo multidisciplinar, ofreciendo una atención integral a los chicos y chicas.

Se articula en torno a dos ejemplos que posibilitan una mirada longitudinal y muestran a través de las producciones artísticas y el relato que las acompaña, las posibilidades de dicha intervención con pacientes trastornos mentales graves.

Entendiendo el marco estructural del hospital de día como espacio vivo de encuentros únicos, observamos el modo en que la intervención dialoga con el resto de las disciplinas.

Palabras clave: Arteterapia, hospital de día, equipo multidisciplinar, salud mental infanto juvenil, trastorno mental grave.

ABSTRACT

The communication shows the working experience in a day hospital setting with Child and Adolescent Mental Health, where art therapy is integrated in the multidisciplinary team providing an integral support to the children.

It´s articulated around two examples which offer us a longitudinal look and show, through artistic productions and the narrative statement that accompanies them, the possibilities of this kind of intervention to attend patients with serious mental disorders.

Understanding the structural day hospital setting as an alive space where unique meeting experiences take place, we can observe the way the art therapy intervention talks with the rest of disciplines.

Key words: Art Therapy, Day Hospital, Multidisciplinary Team, Children and adolescent mental health, Serious mental disorder.

"La forma opera en el acto escultórico como límite entre la materia y el vacio, jugando el juego "a la vez finito e interminable" entre el "poder-ser" y el "ser-posible".

S. Larriera (2014)

* Comunicación presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León.

** Arteterapeuta-coordinadora del proyecto de arteterapia del Hospital de día - Centro educativo terapéutico de Leganés y arteterapeuta con los grupos de 9 a 14 años. E-mail: anaserranonavarro@gmail.com

*** Arteterapeuta del grupo infantil de 6-8 años del Hospital de día - Centro educativo terapéutico de Leganés. E-mail: carmona.esther@gmail.com

**** Psiquiatra Coordinadora de la Unidad de infantil del Hospital de día - Centro educativo terapéutico de Leganés. E-mail: catimiguel@yahoo.es

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

Hay muchos modelos y formas de describir lo que es un hospital de día. Podemos definirlo como un espacio donde los niños que nos derivan obtienen diferentes experiencias emocionales satisfactorias a través de la compleja labor de un equipo multidisciplinar. En nuestro hospital contamos con espacios donde jugar, estudiar, hacer teatro, relatar, bailar, registrar emociones, escuchar ... *y también para crear*.

Desde julio de 2012 se integra en el hospital el proyecto de arteterapia[1] que se desarrolla bajo una doble acción intervención-investigación, para el trabajo con los grupos de niños y niñas de 5 a 14 años. La evolución longitudinal del proyecto a lo largo de las distintas fases, nos está permitiendo comprender, reflexionar, y cada vez más definir, el aporte específico del arteterapia como disciplina integrada en el equipo multidisciplinar que ofrece una atención integral a los chicos y chicas en este marco.

El arteterapia es una disciplina terapéutica que favorece la integración emocional de las vivencias, a través del arte y los procesos creadores que de él se derivan, en el marco contenedor de una relación terapéutica consentida y segura.

Por la naturaleza multidisciplinar de su propia identidad, se estructura en función de unos elementos que le son propios: por un lado, una relación vincular triangular paciente-obra-arteterapeuta, siendo la obra, la producción o hecho artístico, un espacio personal de expresión, de simbolización, de comunicación interna-externa, de contención y de elaboración personal; y por otro, un marco contenedor que favorece y activa los procesos de creación personales a través de los diferentes lenguajes y maneras artísticas, en los que la relación sujeto-espacio adquiere dimensiones significativas a través de la obra, del juego y del cuerpo presente en la relación y proceso arteterapéuticos.

A lo largo de dicho proceso se ponen en juego y acción las capacidades de la persona para imaginar y narrar su propia vida, su propia manera de entender su realidad, y de comunicarse con ella y consigo mismo, en los diferentes niveles y maneras de los que es capaz.

Entre los elementos específicos que la intervención desde el arteterapia posibilita, señalamos algunos de especial interés para el objetivo de este artículo: ofrece a la persona una vía de comunicación diferente, que apoya el registro verbal cuando este aún no existe, no resulta posible en el momento o se desconoce la manera para ser articulado; genera un espacio de conocimiento compartido, de sí mismos y de los demás, a través de la experiencia de creación y los procesos que activa; ofrece un marco contenedor en el que ser y crear, en el que el conviven la calma, la atención, la escucha, la exploración…junto con el ruido, el movimiento, el acuerdo, la diferencia de maneras, etc.; dando lugar con todo ello a un espacio terapéutico diferente y complementario que convierte los diferentes aspectos y facetas de la persona en partes complementarias del ser, desde donde poder situarse y ensayar nuevas maneras para la vida, a través de la creación.

De esta manera, la intervención arteterapéutica se acompasa a la del resto de disciplinas en ese intento por acompañar a la persona en sus vivencias emocionales, que se entienden servirán como nuevo ensayo vincular para la vida, para ese proceso de ser con los otros, que hasta el momento ha derivado en experiencias insatisfactorias de fracaso, de rechazo, de sufrimiento y de soledad. Los objetivos se diseñan en función del momento vital en que el niño se encuentra, de forma que le permita una narrativa de sentido y de continuidad para sí mismo.

La intervención se desarrolla a nivel grupal, si bien la estructura de los grupos poco numerosos, y diferenciados por edades, permite el desarrollo de procesos terapéuticos personales, con esa doble mirada individuo-grupo como eje para la intervención que nos permite trabajar la identidad individual-grupal, cuidada de forma específica en la propia estructura y encuadre de las sesiones (encuentro, creación y cierre).

La estructura grupal es generadora de experiencias personales y colectivas, que devienen en posibilidades terapéuticas, como parte del encuentro, también del conflicto y de su gestión e integración emocional.

Es el cierre de las sesiones un espacio para la expresión de lo propio y la escucha de los otros, donde el despliegue

[1] El proyecto de arteterapia se integra en el Hospital de Día desde julio de 2012, bajo convenio de intervención e investigación entre la asociación Argos Arte en Acción y Cogesín Sanitaria. La comunicación corre a cargo de Ana Serrano Navarro (coordinadora del proyecto y arteterapeuta con los grupos de niños y niñas de 9 a 14 años), Esther Carmona Pastor (arteterapeuta con el grupo de 6 a 8 años) y Catalina Martín Gómez (psiquiatra coordinadora de la Unidad de infantil).

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

de las resonancias propias de la relación intersubjetiva, puestas en juego en el tiempo de creación compartida, adquiere su mayor potencial.

Las alianzas disruptivas que a menudo ofrecen resistencias al proceso en las primeras etapas, evolucionan en función del trabajo artístico personal que impone nuevos ritmos, nuevas maneras de mirar y de mirarse, visibilizando un nuevo lugar, para una nueva posición, más amplia y más propia.

Traemos dos ejemplos para ilustrar el modo de intervención en el espacio de arteterapia.

El relato narrativo-visual que acompaña en ambos casos pretende servirnos de mapa para mostrar un recorrido en la búsqueda de una simbolización propia e identitaria, lo que les permite hallar a su vez un espacio para la autoexpresión y el encuentro consigo mismos, con un nuevo abanico de recursos y capacidades, que poco a poco, puedan encontrar una resonancia en la vida, en su proyección hacia el mañana, hacia el deseo de ser y hacia la posibilidad.

Ese recorrido longitudinal a través de las obras ofrece a la persona una mirada sobre los posibles símbolos, repeticiones, significados personales, narrativas, cambios, giros, resistencias, regresiones, dificultades, recursos, etc, A nosotros, nos permite acercarnos, de manera siempre parcial y limitada, a esa realidad de las personas con quiénes trabajamos que solo puede ser contada por ellos mismos.

En ambos casos, el desarrollo y fortalecimiento del vínculo con la figura de la arteterapeuta posibilita caminos para una expresión emocional sincera, que evoluciona en las distintas fases de la intervención.

Teo es un niño de 9 años que nos derivan con la sospecha de psicosis infantil. Cuenta con una buena capacidad pero aún no ha conseguido aprender a leer y escribir. "Si no lo consigo me suicido les anuncia a sus padres desde que tiene 6 años". Ellos viven atormentados por no entender a este niño que hasta los 3 era maravilloso y ahora, muy a menudo, se desborda y explota chillando e insultando por nimios motivos. Su lenguaje rápido y atropellado, sin pausas ni silencios hace muy difícil la comunicación. Fue él quien pidió venir al hospital para aprender a leer.

TEO EN ARTETERAPIA. UN CAMINO HACIA LA LIBERTAD PARA EXPRESAR

En su primer día, el trabajo es libre, sin pautas. Él se desenvuelve bien, aunque intenta pasar desapercibido. Tartamudea cuando habla. Su obra no expresa nada concreto, no sostiene un orden, los colores se mezclan entre sí y en el fondo tiene poco contenido organizado. (figura 1)

Figura 1.
Sin título/ Untitled

A medida que avanzan las sesiones se muestra cómodo y relajado, se desenvuelve mejor con el trazo de pincel que con el lápiz, para la escritura. La tranquilidad y espontaneidad que exhibe en este espacio le va a permitir un gesto de empatía hacia un compañero que se muestra descontrolado y decide ayudarle a través de su obra. (figura 2)

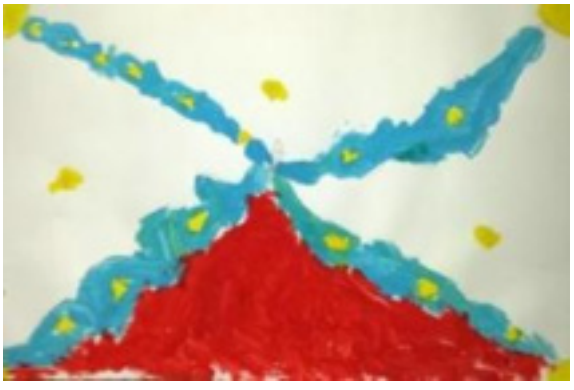


Figura 2.
Ayuda para J./ Help for J.

Su compañero vivía en una residencia de menores y atravesaba un momento de continuos desbordes y desasosiego. Le iban a trasladar a una residencia terapéutica y estaba triste. En su dibujo a pesar de la escasa habilidad técnica Teo representa a Julio sostenido

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

en el espacio por 4 líneas de energía que fluye de sus compañeros para que esté contento. Señala Paco Coll que "en la dinámica de arteterapia, no se trata tanto de técnicas como de proceso, vínculos y experiencias creativas. Se trata de la experiencia y de la vivencia en el proceso. (Coll, 2006)

A partir de este momento hay un punto de inflexión. Teo empieza a destacar entre sus compañeros por sus agudas reflexiones sobre las obras. En este contexto desaparece su tartamudeo y se expresa en un lenguaje claro y fluido.

Sus padres siempre han valorado

su capacidad artística y él se siente contento de poder demostrarlo. Para él sus obras y la reflexión sobre ellas empieza a tener un valor de reparación narcisística.

En una las sesiones describió y representó uno de sus mayores problemas: "sus enfados". Habla de cómo pierde el control y pasa de 0 a 100 en un segundo. (Figuras 3, 4 y 5)

Figura 3.
Mis enfados/ My anger

Indaga qué le molesta y porqué. Sabe que le molestan los conflictos entre sus compañeros y el ruido y reconoce que hay momentos que se desborda porque se deja llevar. Empezamos a representar lo que significa parar y retroceder.

Investigando sobre esta idea surge una obra importante para él. La titula "Pepito grillo" y es una máquina que le indica cuando entra en "zona difícil" en sus enfados, marca un punto que si es sobrepasado, ya no puede parar. (figura 6)

Teo no solo ha representado su problema sino que inventa un recurso para tratarlo. Así actúa la obra en

Figura 4.
Que me pone nervioso/Cuando me pongo nervioso// That makes me nervous / When I get nervous

Figura 5.
Secuencia de enfado/Anger secuence

arteterapia, como lugar sobre el que dar una nueva forma posible a las vivencias, re-crearlas, como construcciones simbólicas de nosotros mismos.

Tras esto se abren nuevas cuestiones, como los motivos que le llevan a continuar o no en sus enfados y toma conciencia del placer que experimenta en esos momentos de exceso.

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

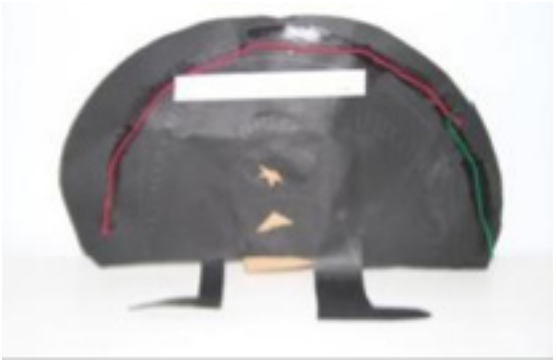


Figura 6.
Pepito Grillo/Pepito Grillo

El otro síntoma de Teo es su dificultad para leer y escribir y a sus profesores les preocupa su falta de memoria. A. Roldán enuncia: ”la escritura está atada al cuerpo por las manos y una vez escrita fija sus trazos en la memoria”. En sus obras Teo empieza a encontrar un lenguaje y construye una herramienta para limitar sus desbordes pulsionales y quizá encuentre la manera de hacer palabras con letras y de ahí a la escritura que es registro de la memoria.

MIGUEL EN ARTETERAPIA: UN MAPA PARA DARSE UN LUGAR

Miguel tiene 10 años. Su colegio nos informa que en el aula pasa desapercibido aunque dice muchas incoherencias y cosas fuera de realidad, tiene algunas manías como comer plastilina, goma de borrar o perseguir a alguna niña. Al conocerle nos dice: “Tengo una fiesta en mi cabeza”. Observamos que presenta graves dificultades en la organización del pensamiento junto a una inteligencia despierta. Sus padres son una pareja enferma. El padre padece un TOC grave con rasgos paranoicos. Miguel nació durante una crisis epiléptica y delirante de su madre. Tras un periodo de mejoría con el tratamiento en nuestro centro, sus padres deciden separarse.

Miguel llega al grupo de arteterapia casi como de puntillas, relatando historias imaginarias, recurrentes y desordenadas, a menudo sobre futbol o algunos personajes imaginarios.

Articuladas más desde lo verbal que desde la experiencia creadora, algunas de sus obras tempranas son campos de fútbol que dibuja a lápiz de forma rápida y esquemática. Juega sus partidos solo y en su equipo, a veces se cuelan personas que le ayudan a meter gol. Comienzan a aparecer los lugares, y en ellos, algo de sí

Figura 7.
La marioneta/ The puppet

Figura 8.
Campos de futbol/ Football pitches

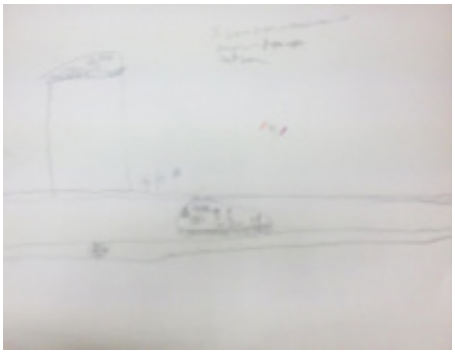


Figura 9.
El deseo de querer estar con los otros, de jugar con los otros y que los otros quieran jugar con él.

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

mismo, sin una clara clara.

presencia, como si se ubicara en un espacio intermedio desde el que observa la vida, desde la no- acción, anclado en medio de dos ciudades, de dos casas, de dos personas…

Sesión a sesión exploramos esos "lugares" que nos ofrecen pistas para encontrarle, como en un mapa. En esa búsqueda acompañada, en ese diálogo obra-sujeto, Miguel encuentra un lugar seguro desde el que ponerse en acción.

Trabaja a través del arte las dificultades para establecer una relación con los otros, para ubicarse, hacerse presente y darse voz; incluso con su familia. Aún no acepta y niega la realidad de la separación de sus padres. En su retrato familiar cada personaje termina por ser una masa informe en plastilina, desajustada y confusa.

En una de las sesiones Miguel decide hacer un regalo a su padre: un plano de metro, con solo tres paradas, aquellas en las que él se mueve: la casa de mamá, la de papá y el hospital. Lugares en los su padre sepa encontrarle aunque pierda la cabeza. En ese "como sí" del arte, construimos un escenario con esas paradas y esos recorridos, siempre los mismos y creamos un vídeo fotografiando cada paso en una secuencia estructurada ligada a su narración de vida.

Explorando distintas posibilidades y formas artísticas Miguel parece crecer. Incorpora a través de la tridimensionalidad nuevos recursos que le permiten explorar las escenas que plantea, siendo con ello protagonista tanto de su proceso creador, como de su propia obra.

Se muestra más conectado, su contacto es más genuino y su comportamiento más pausado y reflexivo. Reflexiona Marina Ojeda que "en la obra no solamente es importante lo que se crea, sino cómo se crea." (Ojeda, 2011)

Al tiempo que estos cambios ocurren, su relato también lo hace. Parece cansado de sentirse en medio de dos cosas, como si él mismo fuera la estructura de un balancín que se mece entre el amor (que no es solo suave, que a veces duele) y el odio, haciendo que la cabeza y los pensamientos se desborden. Desde ese espacio de realidad de algún modo intermedio, potencial, transicional, que la obra ofrece, Miguel trabaja esas sensaciones.

A partir de este momento se da un avance importante: Comienza a explorar sus nervios, en los que se considera un experto: los mira, los escucha, tratando de comprender cómo activan sus propias rutinas y repeticiones, comer pegamento, contar baldosas, inventar una realidad paralela, que le ayudan en su intento por hacer desaparecer aquellas cosas de la realidad que le invaden.

Figura 10.
La familia/The family

Figura 11.
El regalo: un mapa para encontrarle/The present: a map to find him

Figura 12.
Entre el amor y el ocio/Between love and hate

Seguimos investigando juntos, en ese espacio intersubjetivo que define el encuadre (paciente-obra-arteterapeuta) y sabemos que son las voces de las personas alrededor, sus preguntas, lo que de forma constante amenaza su tranquilidad. Ante tanta demanda, Miguel queda en suspenso, desaparece y tras ello, la acción

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

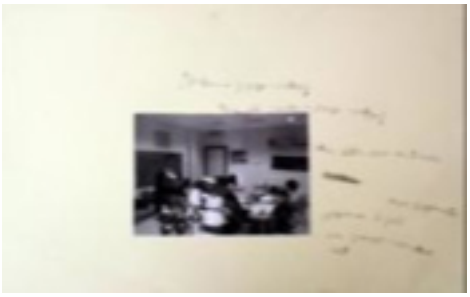


Figura 13.
Hacerse preguntas/To ask himself

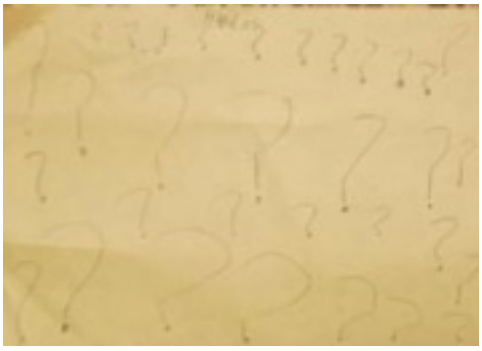


Figura 14.
Lo que me pone nervioso/What makes me nervous

"disparatada", "ruidosa", que le hace sentirse vivo.

A través de la tranquilidad que dice sentir al crear, en silencio, empieza a atreverse con lo que antes creía no poder, como permanecer con los ojos cerrados. A oscuras, se deja llevar y puede representar y describir una extraña sensación, como un remolino que puede llevarse todo y a todos.

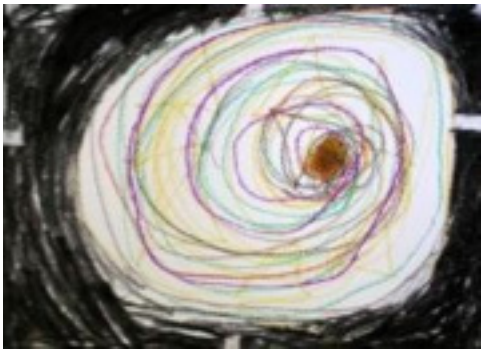


Figura 15.
El remolino que se lo lleva todo y le tranquiliza frente a los nervios de quedarse a oscuras, en silencio consigo mismo.

Su obra es un ejercicio de color y fuerza que nos dejar ver una parte de Miguel a la que pocas veces podemos asomarnos.

CONCLUSIONES

Que los niños puedan afinar sus sentidos para experimentar, les ayuda a descubrir a investigar y a no quedar atrapados en su propia experiencia, que tantas veces ha sido de repetición estereotipada y fallida.

Les permite, si así lo desean, abrirse ellos mismos una puerta, inventarse algo, crear un camino para recorrer.

En este marco se crea algo propio que no existía, sin molde. El niño obtiene nuevos recursos para aprehender el mundo, se siente activo ante su producción y la mayor parte de las veces aliviado o contento. Para Fiorini "*En este tiempo de creación, el límite entre lo posible y lo imposible es vago, borroso, uno puede precipitarse en lo imposible. Pero si el sujeto insiste, continúa su búsqueda; en algún momento nuevas formas pueden surgir, aparecen nuevos objetos, y esos nuevos objetos habrán realizado la experiencia de arribo al espacio de lo posible*". (Fiorini, 2007)

El desarrollo vincular de la intervención en arteterapia se ha convertido en eje metodológico. En él se ven implicados el paciente, la arteterapeuta y la obra, como trazo que vertebra ambas, la relación terapéutica y la intervención.

El arteterapia, por su despliegue y ofrecimiento a la creación y a la capacidad, entre otros muchos elementos, resulta una disciplina terapéutica de enorme valor para el trabajo con niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la salud mental, que cargan con el peso de una trayectoria de no encuentro, de no mirada, de no lugar.

En la obra, ser quién uno es se hace posible, y desde ahí, el entendimiento del cómo, del recorrido, de los matices, de las fallas, de las luces,…se torna comprensible.

En la integración como profesionales en las instituciones, las posibilidades del alcance de la intervención en arteterapia se multiplican en relación con el abordaje interdisciplinar que el trabajo en equipo favorece.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albamonte, M. A., Bermejo, V., Ferrándiz, C., Guijarro, F., Montes, I., Palop, M. D., y Sánchez, M. (1991). La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 109-135. Recuperado

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

de http://www.sepypna.com/documentos/articulos/albamonte-importancia-simbolizacion.pdf

Bokler, E. (2010). Modelo de intervención terapéutico en el hospital de día de Leganés: Propuestas y reflexiones sobre el trabajo interdisciplinar. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 50, 197-207.

Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. Madrid: Paidós.

Coll, F. (2006). Proceso creativo y simbolización en la clínica del arteterapia. En U. Murcia (Eds.) P. F. J. Coll (Coord.), *Arteterapia, dinámicas entre creación y procesos terapéuticos* (pp.151-176). Murcia: Universidad de Murcia.

Cury, M. (2004). *Documento sobre el proyecto de arteterapia en el Hospital de Día de Leganés*.

Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona. Herder.

Fiorini, H. J. (2007). *El psiquismo creador. Formaciones de los procesos terciarios. Una tópica del psiquismo creador*. Madrid: Psicología Profunda.

Klein, M. (1930). *Importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*. Madrid: Paidós.

Larriera, S. (2014). *La montaña vacía: del despertar al sueño*. Escritura e imagen, 10, 247-261.

López, M. y Martínez, N. (2006). *Arteterapia Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor.

Meltzer, D. (1981). *Sobre el símbolo. Símbolo y formación del símbolo. Quadernos di Psicoterapia infantile, 5*.

Morales, M. (2012). *Vinculación en Arteterapia. Dos casos con rasgos autistas*. Revista Inspira Ate, 5-25.

Ojeda, M. (2011). Arteterapia Gestalt: la búsqueda de lo que somos. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 6*, 169-181.

Repetur, K. y Quezada, A. (2005). *Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas*. Revista digital universitaria, 3.

Roldán, A. Seminarios de investigación. Recuperado de arturoroldan.salvatierra.biz/ebooks/Seminarios.pdf

Rubin, J. A. (2005). *Child Art Therapy*. New Jersey: Wiley.

Winnicott, D. (2008). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

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

EL GRUPO TERAPÉUTICO DE JUEGO EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE INFANTIL: UNA APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE LAS TEORÍAS DE BION Y KLEIN

Artaraz Ocerinjauregui Batirtze*, Betancor Perez Daniel **

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia analítica de grupo tiene como objetivo favorecer la expresión de fantasías y conflictos inconscientes que impiden al niño seguir su desarrollo, en un marco que puede permitir su elaboración.

En la presente comunicación, hemos querido hacer una aproximación a algunos aspectos teóricos sobre los que nos ha parecido importante reflexionar y, a través de la experiencia clínica con un grupo terapéutico, ilustrar escenas clínicas vivenciadas en el grupo que se relacionan con dichos aspectos teóricos.

LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS DEL PROGRAMA TMG EN EL CSMNA DE GALDAKAO

El programa del Trastorno Mental Grave (TMG) cuenta con recursos específicos para el trabajo con este tipo de población, atendiendo a niños entre 0 y 10 años en la provincia de Bizkaia. Su actividad se desarrolla dentro de los CSMNA, y se benefician de él los pacientes con los siguientes diagnósticos: TGD no especificados, trastornos mixtos del desarrollo, trastornos de vinculación y de la relación y disarmonías del desarrollo.

Una de las actividades realizadas en el CSMNA de Galdakao en el contexto de este programa son los grupos terapéuticos de juego. Cada grupo de juego funciona con frecuencia semanal y lo integran 5-6 niños y niñas. Es dirigido en coterapia por un/a psiquiatra y una psicóloga en régimen semiabierto. La duración aproximada de los grupos es de un año.

Los grupos terapéuticos del programa del TMG, tienen una inspiración teórica bioniana y kleiniana y son supervisados por una psicoanalista de amplísima experiencia. Esta modalidad de trabajo fue escogida entre otras porque abre la posibilidad de trabajar sobre el inconsciente del grupo a través de las interpretaciones, y porque la riqueza de interacciones que se produce y el nivel de regresión de los integrantes es mayor que en otros abordajes individuales o grupales más estructurados.

El objetivo fundamental del grupo terapéutico de juego es promover el crecimiento del psiquismo del niño desde posiciones más primitivas (enfermas) a otras más evolucionadas donde prevalezcan el criterio de realidad y los mecanismos de defensa más avanzados (represión, desplazamiento e inhibición). Esto permitiría una relación más sana del niño con su mundo interno y con

* Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la comarca interior de Bizkaia. Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. batirtze.artarazocerinjauregui@osakidetza.net

** Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la comarca interior de Bizkaia. Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. daniel.betancorperez@osakidetza.net

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

el mundo externo, experimentando la realidad psíquica y adaptándose a la realidad externa de forma más apropiada. Este movimiento de evolución está lleno de vicisitudes, avances y regresiones. El crecimiento del psiquismo del niño se inserta en el crecimiento y maduración del psiquismo grupal.

Como elemento indispensable en el movimiento evolutivo hacia estados más sanos se desarrolla el grupo de padres. Los padres de los niños atendidos acuden a terapia grupal estableciendo un compromiso de acudir con una frecuencia quincenal. Es también un grupo semiabierto, conducido por un terapeuta sobre bases teóricas grupoanalíticas,. La necesidad de poner en marcha el grupo de padres surgió al evidenciarse las dificultades que surgían en ellos para la comprensión del mundo interno de sus hijos y, sobre todo, para acompañarles a través de los cambios que se van produciendo en los niños a lo largo del tratamiento, siendo copartícipes del proceso terapéutico.

INTRODUCCIÓN A LA OBRA DE MELANIE KLEIN (H. Segal) FANTASÍA

Según Melanie Klein, las fantasías inconscientes son las expresiones mentales de los instintos, las cuales están presentes y activas desde el comienzo de la vida y son consideradas "buscadores de objetos". En el aparato mental se experimenta al instinto, vinculado con la fantasía de un objeto adecuado a él. De este modo para cada impulso instintivo hay una fantasía correspondiente. Por ejemplo, al deseo de comer le corresponde la fantasía de algo comestible que le satisfaría ese deseo: el pecho. Crear fantasías es una función del yo quien es capaz de establecer relaciones objetales primitivas en la fantasía y en la realidad (estima una mayor organización yoica que lo que postula Freud).

La fantasía es una concomitante constante e inevitable de las experiencias reales, en constante interacción con ellas. La fantasía inconsciente influye y altera constantemente la percepción o interpretación de la realidad y a su vez, la realidad ejerce un impacto sobre la fantasía inconsciente. Este aspecto de la interrelación entre fantasía inconsciente y verdadera realidad externa debe tenerse en cuenta cuando se quiere evaluar la importancia del ambiente sobre el desarrollo del niño. Ésta sólo se puede evaluar correctamente si se tiene en cuenta cómo el bebe interpreta en función de sus propios instintos y fantasías. Por ejemplo, una mala experiencia real se hace mucho más importante cuando el bebe ha tenido intensas fantasías coléricas en las que atacaba pecho. Dicha experiencia le confirma sólo su sensación de que él mismo es malo y su creencia en la omnipotencia de sus fantasías malevolentes. Como el objetivo de la fantasía es satisfacer impulsos instintivos prescindiendo de la realidad externa, se puede considerar que la gratificación proveniente de la fantasía es una defensa contra la realidad externa de la privación. Sin embargo, además de eso también es una defensa contra la realidad interna (por ejemplo no solo se defiende de una realidad externa displacentera y frustrante sino también se defiende de su propio hambre y de su ira).

Al considerar la utilización de la fantasía inconsciente como defensa, la persona experimentará dichos procesos defensivos en función de las fantasías. En estas fantasías se expresa lo que ella siente que está incorporando dentro de sí o poniendo fuera de sí, la forma en que lo hace y los resultados que atribuye a estas acciones. Esta experiencia confirma el hecho de que generalmente es ineficaz interpretar mecanismos de defensa hasta tanto aparezca la oportunidad de interpretarlos en función de lo que el paciente realmente siente que está haciendo con ellos al analista en la transferencia, a sus objetos o a partes de su yo y hacerlos de este modo significativos para él. A veces en los sueños podemos observar claramente esta relación entre fantasía inconsciente y mecanismos de defensa.

Freud describió al yo como un precipitado de catexias de objeto abandonadas. Este precipitado está compuesto por objetos introyectados. El análisis de tempranas relaciones objetales proyectivas e introyectivas ha revelado fantasías de objetos introyectados en el yo desde la más temprana infancia, comenzando por la introyección de los pechos ideal y persecutorio. Primero se introyectan objetos parciales: el pecho y luego el pene. Después se introyectan objetos totales la madre, el padre, la pareja parental.

Cuanto más temprana es la introyección, más fantásticos son los objetos introyectados y más distorsionados están por lo que se ha proyectado en ellos. A medida que prosigue el desarrollo y se acrecienta el sentido de realidad, los objetos internos se aproximan más a las personas reales del mundo exterior.

El yo se identifica con algunos de estos objetos: identificación introyectiva. Estos objetos son asimilados por el yo y contribuyen a su desarrollo y características. Otros permanecen como objetos internos separados y manteniendo el yo relación con ellos (el superyó es uno de estos objetos). También se siente a los objetos internos en relación mutua; por ejemplo se siente que los perseguidores internos atacan el objeto ideal tanto como

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

el yo. De este modo se va construyendo un complejo mundo interno.

La estructura de la personalidad está determinada en gran parte por las fantasías más permanentes del yo sobre sí mismo y los objetos que contiene. El hecho de que haya tan estrecha relación entre estructura y fantasía inconsciente es importantísimo: es esto lo que hace posible influir en la estructura del yo y del superyó. Justamente al analizar las relaciones del yo con los objetos, internos y externos, y al modificar las fantasías sobre estos objetos, es cuando podemos influir esencialmente sobre la estructura más permanente del yo.

LA POSICIÓN ESQUIZOPARANOIDE

Las experiencias atribuidas al bebé dependerán del cuadro que se tenga de su yo en cada etapa. Para que una descripción de los procesos implicados tenga sentido, se debe comenzar describiendo al yo. Según Melanie Klein, hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad.

Al principio el yo está muy desorganizado, pero de acuerdo con la orientación general del crecimiento fisiológico y psicológico desde el comienzo tiene la tendencia a integrarse. A veces, bajo el impacto del instinto de muerte y de una ansiedad intolerable, esta tendencia pierde toda efectividad y se produce una desintegración defensiva. Por tanto el yo en las primeras etapas es lábil, en estado de constancia fluencia.

El yo inmaduro del bebe está expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos, instinto de vida e instinto de muerte.

Está también expuesto al impacto de la realidad externa, que le produce situaciones de ansiedad. El yo se escinde y proyecta fuera la parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original, el pecho, dando origen a un sentimiento de persecución, transformándose el miedo original al instinto de muerte en miedo a un perseguidor. Este instinto de muerte en el pecho, escinde a éste en muchos pedazos y por tanto se convierte en muchos perseguidores. Parte del instinto de muerte que queda en el yo se convierte en agresión y se dirige a los perseguidores.

Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal, se proyecta la libido, a fin de crear un objeto que satisfaga el pulso instintivo del yo a conservar la vida. Lo mismo que con el instinto de muerte. El yo proyecta parte de ella fuera, y la restante la utiliza para establecer la relación libidinal con ese objeto ideal.

De este modo el yo tiene relación con dos objetos: el objeto primario, el pecho, estando en esta etapa disociado en dos partes, el pecho ideal y el persecutorio. La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y amamantado por la madre externa real, que a su vez confirman dicha fantasía. En la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas a los objetos persecutorios. El objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal e identificarse con éste, que es para él quien le da vida y lo protege, y mantener fuera al objeto malo y las partes del yo que contienen el instinto de muerte. La ansiedad predominante de la posición esquizoparanoide es que el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el yo y avasallarán y aniquilarán tanto al objeto ideal como el yo. La ansiedad predominante es paranoide y el estado del yo y de sus objetos se caracteriza por la escisión, que es esquizoide. Contra esa ansiedad de ser aniquilado, el yo desarrolla una serie de mecanismos de defensa (primeramente la introyección y la proyección) y se esfuerza por proyectar lo malo e introyectar lo bueno, mantener los objetos persecutorios tan alejados como sea posible de los objetos ideales, a la vez que mantiene a ambos bajo control.

La idealización del objeto ideal se relaciona con la negación mágica omnipotente

que se basa en la fantasía de la aniquilación total de los perseguidores. Otra forma de utilizar la negación como defensa contra la persecución excesiva es idealizar al objeto perseguidor mismo, y tratarlo como ideal. A veces el yo se identifica con este objeto pseudo-ideal.

De la proyección del instinto de muerte surge la identificación proyectiva donde se escinden y apartan partes del yo y objetos internos, y se los proyecta en el objeto externo, que queda poseído y controlado por las partes proyectadas e identificado con ellas. La puede dirigir hacia el objeto ideal para evitar la separación o hacia el objeto malo para obtener control de la fuente de peligro, dicha identificación proyectiva comienza cuando se instala la posición esquizoparanoide en relación con pecho y se intensifica cuando se percibe a la madre como objeto total.

Cuando los mecanismos de proyección, introyección, escisión, idealización, negación e identificación proyectiva e introyectiva no alcanzan a dominar la ansiedad y ésta invade al yo, puede surgir la desintegración del yo como medida defensiva. El yo se fragmenta y escinde en pedacitos para evitar la experiencia de la ansiedad.

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

Este mecanismo, muy dañino para el yo, generalmente aparece combinado con la identificación proyectiva: se proyectan de inmediato las partes fragmentadas del yo.

Pero todos esos mecanismos originan a su vez ansiedades propias. Por ejemplo la proyección hacia fuera de malos sentimientos y partes malas del yo produce persecución externa. La reintroyección de los perseguidores origina ansiedad hipocondríaca, la proyección hacia fuera, puede generar ansiedad de quedar vacío de bondad e invadido, siendo las más importantes el miedo de que el objeto atacado proyecte sobre uno en retaliación y la ansiedad de tener partes de uno mismo aprisionadas u controladas por el objeto a las que se ha proyectado, sobre todo cuando se proyectaron las partes buenas del yo. La desintegración es el más desesperado de todos los intentos del yo para protegerse. Es necesario recordar que el bebe normal no pasa la mayor parte del tiempo en estado de ansiedad. Pero todos los bebés tienen periodos de ansiedad, y las ansiedades y defensas que constituyen el núcleo de la posición esquizoparanoide son parte normal del desarrollo humano. En una personalidad bien integrada, todas las etapas del desarrollo quedan incluidas, ninguna está escindida y apartada o rechazada. Una de las conductas de la posición esquizoparanoide es la escisión, que es lo que permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias, y que en un futuro llegará a ser la represión.

De modo que la escisión, siempre que no sea excesiva y conduzca a la rigidez, es un mecanismo de defensa de gran importancia, que no solo sienta las bases de mecanismos posteriores y menos progresivos como la represión, sino que están funcionando de forma atemperada a lo largo de toda la vida.

Con la escisión se relacionan la ansiedad persecutoria e idealización, de los cuales algunos elementos están presentes en las emociones de la vida adulta para poder reconocer, evaluar y reaccionar ante circunstancias externas realmente peligrosas. La identificación proyectiva también tiene sus aspectos valiosos. Por ejemplo es la forma temprana de la empatía.

Por tanto no debemos considerar a los mecanismos de defensa de la posición esquizoparanoide sólo como mecanismos de defensa que protegen al yo de ansiedades inmediatas y abrumadoras, sino también como etapas progresivas del desarrollo para que la posición esquizoparanoide de lugar, en forma gradual y relativamente no perturbada al siguiente paso del desarrollo: la posición depresiva. La posición depresiva es la condición necesaria en la que las experiencias buenas predominan sobre las malas, donde el yo llega a creer que el objeto ideal prevalece sobre los objetos persecutorios, y que su propio instinto de vida predomine sobre su propio instinto de muerte. El yo se prepara para integrar sus objetos para integrarse él mismo y por la disminución de los mecanismos proyectivos, distingue cada vez mejor entre lo que es y lo que es objeto. De este modo se prepara el terreno a la posición depresiva. Pero la situación es muy diferente cuando las experiencias malas predominan a las buenas.

ENVIDIA

Según Melanie Klein, actúa desde el nacimiento y afecta fundamentalmente a las primeras experiencias del bebe. Hay una tendencia a confundir envidia con celos. Los celos se basan en el amor y su objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival, en la envidia el objetivo es ser uno mismo tan bueno como el objeto; pero cuando esto se siente imposible, el objetivo se convierte en arruinar lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia.

La envidia surge del amor, contiene un componente libidinal menos intenso que la voracidad y está impregnada del instinto de muerte. Como ataca a la fuente de vida, se la puede considerar la primera externalización directa del instinto de muerte. La gratificación real que experiencia con el pecho, le provoca el deseo de ser él mismo la fuente de semejante perfección. La envidia se puede fusionar con la voracidad, constituyendo así como otro determinante del deseo de agotar enteramente al objeto, no sólo ya para poseer todo lo bueno que éste tiene, sino también para vaciarlo intencionalmente, a fin de que no contenga nada envidiable.

Es su mezcla con la envidia lo que suele hacer a la voracidad tan dañina y aparentemente tan intratatable en el análisis. Pero la envidia no se detiene en agotar al objeto externo. La envidia actúa además utilizando la proyección, y con frecuencia es éste su mecanismo principal. Cuando el bebe se siente lleno de ansiedad y de maldad y siente que el pecho es la fuente de todo lo bueno, quiere estropear el pecho proyectándole partes malas y dañinas de sí mismo; en su fantasía, lo ataca escupiéndole, orinándole, defecándole, y con la mirada proyectiva.

Si la envidia temprana es muy intensa, interfiere con el funcionamiento normal de los mecanismos esquizoides y lleva a la desesperación. Lleva a una confusión entre lo bueno y lo malo que interfiere en la escisión. Como la intensa envidia al primer objeto origina tan agudo

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

sufrimiento y tanta desesperanza, se movilizan contra ella poderosas defensas. La desvalorización o arruinar, se vincula habitualmente con la poderosa proyección de sentimientos envidiosos en el objeto. O también se puede recurrir a una rígida idealización, en un intento de preservar algún objeto ideal, pero esta es muy precaria, ya que cuanto más ideal es el objeto, más intensa es la envidia.

Una poderosa envidia inconsciente yace a menudo en la raíz de reacciones terapéuticas negativas y tratamientos interminables. En el desarrollo patológico la excesiva envidia temprana afecta fundamentalmente el curso de la posición esquizo- paranoide y es un factor determinante de su psicopatología.

PSICOPATOLOGÍA DE LA POSICIÓN ESQUIZOPARANOIDE

La psicopatología de esta posición es una de las fases del desarrollo más difíciles de estudiar, ya que cuando la persona llega al análisis, sus primeras experiencias ya han sido confundidas con las más recientes. A pesar de esta dificultad, su estudio es de gran importancia, pues es en estos primeros meses del bebé donde se generan los puntos de fijación psicóticos, quedando en esta fase rasgos patológicos a los cuales regresaría el enfermo posteriormente.

El desarrollo normal de la posición esquizoparanoide se caracteriza por la escisión de los objetos en buenos y malos, y por la prevalencia de las experiencias buenas sobre las malas; condición necesaria para que luego se produzca la integración del objeto, tanto interno como externo. Sin embargo, todo esto se complica cuando son las experiencias malas las que predominan sobre las otras.

En el desarrollo normal, el bebé proyecta objetos internos y parte del yo en el pecho y en la madre. Pero cuando la ansiedad y los impulsos hostiles y envidiosos son muy frecuentes e intensos, la parte proyectada es "destruida" en diminutos fragmentos, que a su vez son proyectados en el objeto desintegrándolo en diminutas partes. Cuando sucede esta identificación proyectiva, se odia tanto toda experiencia de la realidad (atacando y destruyendo al aparato perceptual) como al objeto responsable de la percepción (queriendo destruir ese fragmento de realidad).

Como resultado de esto, se percibe el objeto escindido en diminutos pedazos, cada uno con una parte hostil del yo, a los que Bion denominó como "objetos extraños". Estos intentos por liberarse del dolor producido por la realidad generan un círculo vicioso ya que originan en el niño más percepciones dolorosas, las cuales ocasionan una identificación proyectiva patológica, que a su vez hace que la realidad se vuelva cada vez más persecutoria y dolorosa. Así, el niño enfermo siente que el mundo está lleno de objetos hostiles que lo persiguen amenazando a su yo despojado y mutilado.

LA POSICIÓN DEPRESIVA

Si el desarrollo se efectúa en condiciones favorables el bebé siente cada vez más

que su objeto ideal y sus objetos libidinales son más fuertes que el objeto malo y sus

propios impulsos malos; se puede identificar cada vez más con su objeto ideal, lo cual junto al desarrollo fisiológico del yo hace que éste se vaya fortificando y capacitando para defenderse a si mismo y al objeto ideal. Cuando el bebé siente que su yo es fuerte y a la vez firme poseedor de un objeto ideal fuerte, sus propios impulsos malos le asustan menos y se ve menos impelido a proyectarlos fuera. Al disminuir las proyecciones de impulsos malos disminuye también el poder atribuido al objeto malo, mientras el yo se fortifica porque la proyección lo empobrece menos. El bebé tolera mejor el instinto de muerte dentro de si y decrecen sus temores paranoides: disminuyen la escisión y la proyección y gradualmente puede predominar el impulso a la integración del yo y del objeto.

La fase depresiva es aquella en que el bebé reconoce al objeto total y se relaciona con dicho objeto. Se percibe el cambio de que el bebé comienza a reconocer a su madre, lo cual implica que ya la reconoce como objeto total.

Esto se opone a las relaciones de objeto parcial y de objeto disociado : la madre puede ser a veces buena o mala, se la puede odiar o amar al mismo tiempo y puede estar presente o ausente. Se la reconoce con vida propia, con relaciones con otras personas. El bebé descubre cuán desamparado está, cómo depende de ella y cuántos celos le provocan los demás.

El yo del bebé paralelamente se convierte en yo total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos. Se distorsiona menos la percepción de los objetos, de modo que el objeto malo y el objeto ideal se aproximan el uno al otro. La introyección de objeto cada vez más total estimula la integración del yo. El bebé se enfrenta a los conflictos vinculados con su propia ambivalencia, trayendo un cambio en las ansiedades, que pasan de ser paranoides a al temor de haber destruido el objeto amado.

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

En la posición depresiva se intensifican los procesos de introyección, en parte por disminución de mecanismos proyectivos y porque el bebé descubre cuánto depende de su objeto: esto aumenta su necesidad de poseer este objeto.

La posición depresiva comienza en la fase oral del desarrollo, en que el amor y la necesidad provocan el deseo de devorar, con la consecuente ansiedad ante la perspectiva de que los impulsos destructivos acaben con el objeto bueno externo y el objeto bueno introyectado, lo cual implica la ansiedad de ser él mismo el autor de la completa destrucción de su mundo interno. El bebé bien integrado, que evoca y conserva su amor por el objeto bueno, está expuesto a nuevos sentimientos: duelo, nostalgia y culpa. En la desesperación depresiva siente que su mundo y objeto interno están hechos pedazos, y vivencia estos sentimientos sin esperanzas de recuperarlo. Se siente perseguido al aparecer cierta regresión a la fase anterior.

La experiencia de depresión moviliza en el bebé el deseo de reparar a su objeto destruido. Cree que su propio amor y cuidados podrán deshacer los efectos de su agresión. Resuelve gradualmente las ansiedades depresivas y recupera externa e internamente sus objetos buenos.

La posición depresiva marca un cambio radical en la concepción de la realidad: el bebé descubre su propia realidad psíquica y tiene un creciente sentido de realidad externa, comenzando a diferenciarlas. La prueba de realidad se afirma y se vincula más estrechamente con la realidad psíquica.

En circunstancias favorables, la reaparición de la madre tras su ausencia, su atención y sus cuidados reducen gradualmente la creencia del bebé en la omnipotencia de sus impulsos depresivos. El yo se fortifica gracias al crecimiento y a la asimilación de objetos buenos, introyectados en el yo y el superyó. El bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres separados diferenciados: puede reconocer como propios sus impulsos, responsabilizarse de ellos y tolerar la culpa. La preocupación por sus objetos lo estimula a prender gradualmente a controlar sus impulsos.

Cambia el carácter del superyó: los objetos ideales y persecutorios introyectados durante la posición esquizoparanoide forman las primeras raíces del superyó. El objeto persecutorio es vivenciado como autor de castigos crueles. El objeto ideal, con quien el yo anhela identificarse, se convierte en la parte del superyó correspondiente al ideal del yo, que también resulta persecutorio por sus elevadas exigencias de perfección. A medida que se aproximan entre si el objeto ideal y el persecutorio durante esta posición el superyó se integra más y es vivenciado como un objeto interno total, amado con ambivalencia. A medida que se afirma la relación de objeto total el superyó pierde

algunos de sus aspectos monstruosos y se aproxima más a una imagen de padres buenos y amados; no es solo la fuente de la culpa sino objeto de amor, ya que el niño siente que la ayuda es su lucha contra los impulsos destructivos.

El dolor del duelo y los impulsos reparatorios son las bases para la creatividad y la sublimación. Estas actividades reparatorias se dirigen tanto al objeto como al yo. El anhelo de recrear sus objetos perdidos impulsa al bebé a juntar lo que ha hecho pedazos, a reconstruir lo destruido, a recrear y a crear. A medida que el yo se organiza más y las proyecciones se debilitan, la represión reemplaza a la escisión. Los mecanismos psicóticos gradualmente ceden su lugar a los neuróticos: inhibición, represión y desplazamiento. En este punto se puede ver la génesis de la formación de símbolos. Para proteger al objeto, el bebé inhibe en parte sus impulsos y en parte los desplaza sobre sustitutos.

Los procesos de sublimación y de formación de símbolos están estrechamente vinculados con conflictos y ansiedades de la posición depresiva y son una consecuencia de éstos. Si la realidad psíquica es vivenciada y diferenciada de la realidad externa, se distingue al símbolo del objeto, se lo siente como creado por el yo y el yo lo puede usar libremente.

A medida que el bebé pasa por repetidas experiencias de duelo y reparación, de pérdida y recuperación, su yo se enriquece con los objetos que ha debido recrear en su interior y que ahora se hacen parte de él. La posición depresiva nunca se elabora completamente. Cualquier pérdida de la vida posterior reaviva la ansiedad de perder el objeto interno bueno y con ella todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva. Cuando no se ha elaborado suficientemente, el yo se siente acosado por la ansiedad constante de perder totalmente las situaciones internas buenas, está empobrecido y debilitado, la relación con la realidad es frágil y hay un perpetuo temor a la regresión a la psicosis.

DEFENSAS MANÍACAS

Las experiencias del bebé de haber arruinado irreparablemente a la madre y su pecho se hacen intolerables y el yo utiliza todas las defensas disponibles

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

para evitarlas. Son de dos categorías: reparación y defensas maníacas. Las defensas maníacas tienen un papel importante y positivo en el desarrollo. Generalmente solo se puede superar el dolor mediante defensas maníacas que lo protegen de la desesperación total. Cuando el dolor y la amenaza disminuyen, las defensas maníacas pueden ceder gradualmente su lugar a la reparación. La organización de las defensas maníacas durante la posición depresiva incluye mecanismos que ya se manifestaron durante la posición esquizoparanoide: escisión, idealización, identificación proyectiva, negación... Su utilización durante la posición depresiva tiene características especiales. Ahora están mucho más organizadas de acuerdo con la mayor integración del yo, y dirigidas específicamente a impedir la vivencia de ansiedad depresiva y de culpa. La culpa tiene que ver con el hecho de que el yo ha adquirido una nueva relación con la realidad. La organización defensiva maníaca tiene como objetivo impedir que se experiencien la pérdida, el duelo, la nostalgia y la culpa. Se dirigen contra los sentimientos de dependencia. La ambivalencia se combate renovando la escisión del objeto y del yo.

Cualquier aspecto de la relación entre el yo y el objeto que amenace contener dependencia, ambivalencia y culpa será atacado. Combaten el propósito del proceso analítico en la medida que éste procura que se experiencia plenamente la realidad psíquica y se adquiera insight de ella. La negación de la realidad psíquica se puede mantener reavivando y fortaleciendo la omnipotencia y especialmente el control omnipotente del objeto. La relación maníaca de los objetos se caracteriza por una tríada de sentimientos: control, triunfo y desprecio.

Así se niegan las experiencias de dependencia, pérdida y culpa.La necesidad constante de renovar el ataque al objeto original de amor y dependencia pone en movimiento el círculo vicioso tan característico de las defensas maníacas.

REPARACIÓN

En fase depresiva, la culpa por haber perdido a la madre despierta el deseo de restaurarla y recrearla para recuperarla externa e internamente. Los impulsos reparatorios hacen progresar la integración. El conflicto entre amor y odio se agudiza, y el amor se ocupa activamente tanto de controlar la destructividad como de reparar el daño realizado. También las actividades creadoras se basan en el deseo del bebé de restaurar y recrear su felicidad perdida, sus objetos internos perdidos y la armonía de su mundo interno.

Repetidas experiencias de pérdida y recuperación del objeto reducen la intensidad de la ansiedad depresiva. Al crecer y restaurar sus objetos se acreciente su confianza en su propio amor, en su propia capacidad de restaurar su objeto interno y conservarlo como objeto bueno mientras los objetos externos le exponen a experiencias de privación. Esto a su vez lo capacita para soportar la privación sin que le abrume el odio, y su propio odio le abruma menos al aumentar su confianza en que su amor pueda restaurar lo que su odio ha destruido. La repetición de estas experiencias hace que gradualmente el objeto bueno se vaya asimilando al yo, pues en la medida en que el yo ha restaurado y recreado internamente al objeto, éste le pertenece cada vez más. De ahí el enriquecimiento del yo a través del duelo.

La reparación maníaca y no maníaca tienen diferencias muy importantes : la reparación no maníaca apenas puede considerarse una defensa, ya que se basa en el reconocimiento de la realidad psíquica, en la vivencia de dolor que esta realidad causa y en la adopción de una acción adecuada para remediarla en la fantasía y en la realidad. Es un mecanismo de gran importancia para el desarrollo del yo y su adaptación a la realidad, justamente lo opuesto a una defensa.

La reparación maníaca es una defensa en la medida en que su fin es reparar al objeto sin que aparezcan sentimientos de culpa o de pérdida. No se dirige nunca a los objetos originales o a los objetos internos sino a objetos más remotos. En segundo lugar es necesario no sentir que uno mismo dañó al objeto destinatario de la reparación. En tercer lugar, se siente al objeto inferior, dependiente y más profundamente despreciable. No puede haber verdadero amor y valorización del objeto que se repara, porque esto amenazaría con el retorno de verdaderos sentimientos depresivos.

La reparación maníaca no puede completarse nunca porque si fuera así el objeto se haría plenamente digno de amor y aprecio y libre del control omnipotente y del desprecio maníaco. Se expondría a ser atacado de inmediato con odio y desprecio. Por todo esto la reparación maníaca no consigue lo que se proponía : aliviar la culpa subyacente, y no proporciona una satisfacción duradera. Inconscientemente y a veces conscientemente se trata a los objetos que se está reparando con odio y desprecio, siempre parecen ingratos y por lo menos inconscientemente se los teme como perseguidores potenciales.

La aceptación de la realidad psíquica trae consigo la renuncia a la omnipotencia y a la magia, la disminución de

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

la escisión y la remoción de la identificación proyectiva. Significa aceptar la idea de que es un individuo separado de los padres y diferente de ellos. Implica también permitir que los propios objetos sean libres y se amen y restauren mutuamente sin depender de uno.

LOS ESTADIOS TEMPRANOS DEL COMPLEJO DE EDIPO

En la definición kleiniana de la posición depresiva está implícito que el complejo de Edipo comienza a desarrollarse en esta fase. Cuando el bebé percibe a la madre como objeto total, reconoce a las personas como seres individuales y separados y con relaciones entre si, advirtiendo el importante vínculo que existe entre su padre y su madre. El bebé percibe las relaciones entre los otros de forma muy distinta al adulto : la proyección desfigura todas sus percepciones y cuando se percata del vínculo libidinal existente entre sus padres proyecta sobre ellos sus propios vínculos libidinales y agresivos.

Cuando le dominan sus propios impulsos poderosos, fantasea que sus padres están en coito casi continuo, intercambiando gratificaciones orales, uretrales, anales o genitales. Esto le origina intensísima frustración, celos y envidia. Reacciona a esta situación con más fantasías y sentimientos agresivos. Ataca a los padres con todos los discursos agresivos de que dispone y los percibe como destruidos. Como la introyección es muy activa en esta etapa, introyecta de inmediato a esos padres atacados y destruidos y siente que forman parte de su mundo interno.

TEORÍA DE GRUPOS SEGÚN BION (Grinberg, Sor y Tabak)

Ningún individuo, aunque esté aislado, puede ser considerado como marginal respecto al grupo. El contacto del individuo con la vida emocional del grupo plantea el dilema de evolucionar y diferenciarse y enfrentar los temores asociados a esta evolución. Las exigencias derivadas de la pertenencia al grupo llevan al individuo a una regresión.

En sus estudios, Bion observó que los grupos reunidos para realizar una tarea específica evidenciaban actitudes y utilizaban métodos que no parecían conducentes al logro del objetivo propuesto : falta de riqueza intelectual en las conversaciones, disminución del juicio crítico y perturbaciones en la conducta racional de los integrantes. Este proceder no concordaba con la inteligencia y habilidad de sus integrantes fuera de la situación grupal. Las situaciones grupales estaban fuertemente cargadas de emoción, ejerciendo influencia sobre sus integrantes y orientando la actividad del grupo sin que sus miembros se apercibieran de ello. En la reunión de varias personas para realizar una tarea pueden discernirse dos tipos de tendencia : una dirigida a la realización de la misma y otra más regresiva y primaria que parece oponerse a ella (**tabla 1**).

MENTALIDAD GRUPAL Y CULTURA DE GRUPO

El grupo funciona en muchas ocasiones como una unidad aunque sus miembros no se lo propongan ni tengan consciencia de ello. La mentalidad grupal es

	SUPUESTO BÁSICO	GRUPO DE TRABAJO
MODO DE TRABAJO	Valencia	Cooperación y esfuerzo
NOCIÓN DE TIEMPO	No	Si
RELACIÓN CON LA FRUSTRACIÓN	Intolerancia	Tolerancia
RELACIÓN CON LA REALIDAD	Negación	Criterio de realidad
MECANISMOS DE DEFENSA	Psicóticos	Más evolucionados
CONTROL EMOCIONAL	No	Si
LIDERAZGO	Permite seguir anclado al fx primitivo	Eficiente y conducente a la evolución
LENGUAJE	Lenguaje psicótico	Intercambio verbal simbólico
EVOLUCIÓN	Regresión	Diferenciación del individuo
RELACIÓN CON LA REALIDAD	Negación	Criterio de realidad
MECANISMOS DE DEFENSA	Psicóticos	Más evolucionados
CONTROL EMOCIONAL	No	Si
LIDERAZGO	Permite seguir anclado al fx primitivo	Eficiente y conducente a la evolución
LENGUAJE	Lenguaje psicótico	Intercambio verbal simbólico
EVOLUCIÓN	Regresión	Diferenciación del individuo

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

la actividad mental colectiva formada por la opinión, voluntad o deseo unánimes del grupo en un momento dado. La contribución a ella es inconsciente y puede estar en conflicto con los deseos, opiniones o pensamientos de los individuos.

La cultura del grupo es la organización surgida del interjuego/conflicto entre mentalidad grupal y deseos y necesidades del individuo.

SUPUESTOS BÁSICOS

Los supuestos básicos son emociones intensas de origen primitivo que subyacen al funcionamiento del grupo determinando la organización que éste adopta y el modo en que encara la tarea.

Expresan fantasías grupales del tipo omnipotente y mágico acerca del modo en que se resolverán sus dificultades, son inconscientes y muchas veces opuestos a las opiniones conscientes de los miembros. Tienden a evitar la frustración inherente al aprendizaje por experiencia, que implica esfuerzo, dolor y contacto con la realidad.

El término grupo bajo determinado supuesto básico se refiere a la estructura adoptada por el grupo en función del supuesto básico en actividad, y es opuesta a la del grupo de trabajo.

- supuesto básico de dependencia: el grupo sustenta la convicción de estar reunido para que alguien provea la satisfacción de sus necesidades y deseos. Un objeto externo proveerá al grupo, y su bondad, potencia y sabiduría no se cuestionan.
- supuesto básico de ataque-fuga: existe un enemigo-objeto malo externo y es necesario atacarlo o huir de él.
- supuesto básico de apareamiento: un hecho futuro o un ser no nacido resolverá las necesidades actuales del grupo. Lo importante en este estado emocional es la idea de futuro y no la resolución en el presente.

GRUPO DE SUPUESTO BÁSICO

Los individuos que participan en una actividad de supuesto básico lo hacen de forma automática e inevitable, sin requerir de cooperación, la cual es básica para participar en el grupo de trabajo. Funciona con valencia, que es la capacidad primaria de trabajar en el quehacer grupal de acuerdo a un supuesto, y el terapeuta grupal también participa de este nivel de funcionamiento.

Los grupos de supuesto básico tienen formas típicas de organizarse:

- grupo de dependencia: busca un líder que provea las necesidades del grupo, rol fácilmente atribuido al terapeuta. El grupo parece convencido de que toda labor debe ser emprendida por éste. El terapeuta percibe la molestia del grupo cuando realiza su labor interpretativa desmintiendo así su rol de proveedor y frustrando las expectativas grupales. Obliga al grupo a funcionar en un nivel más adulto, y éste puede reaccionar buscando otra persona o idea que haga de líder (**Ejemplo 1**).
- grupo de ataque-fuga: tiene su líder en personalidades paranoides, que deben dar sustento a la idea de que existe un enemigo dentro o fuera del grupo del que es necesario defenderse o huir. Éste puede ser un miembro del grupo, el terapeuta, sus palabras, la enfermedad física o mental... (**Ejemplo 2**).
- grupo de apareamiento: tiene el liderazgo puesto en una pareja que promete un hijo o alguna idea relacionada con el futuro, algo o alguien no nacido aún. El resto del grupo tolera y estimula la relación, sin entrar en celos o rivalidad. Hay una esperanza.

mesiánica de que una persona o idea librará al grupo de su dolor, destrucción o desesperación. Frente a la esperanza mesiánica surge la idea nueva, que puede llevar al grupo a escindirse entre la parte que avanza y la que continúa con la esperanza mesiánica. La idea nueva amenaza la estructura del grupo de supuesto básico, trayendo aparejado la posibilidad de la situación de cambio catastrófico (**Ejemplo 3**).

Los supuestos básicos pueden alternar dentro de una misma sesión o mantenerse durante muchos meses, nunca coexisten. La sustitución de un supuesto por otro supone un cambio del clima emocional, liderazgo y roles. El terapeuta está expuesto a funcionar en este nivel, lo cual puede ser visto como la dificultad de mantener un nivel científico de trabajo en un campo tan perturbado como es el grupo de supuesto básico.

El grupo de supuesto básico se opone con hostilidad a cualquier estímulo hacia el crecimiento o desarrollo, que estaría en relación directa con la adquisición de insight. Los métodos bajo los cuales se maneja el grupo en estas condiciones son muy primitivos y alejados de la realidad. En el grupo de supuesto básico, el lenguaje no aparece desarrollado como una forma de pensamiento sino utilizado como una forma de acción. Esto tiene que ver con que el grupo no incluye la noción del tiempo ni tolera la frustración.

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

El lenguaje es despojado de su cualidad comunicativa, que depende en parte de la formación y utilización de símbolos. Es más un lenguaje psicótico, no simbólico, que no es preludio de la acción sino acción en sí.

GRUPO DE TRABAJO

El nivel primitivo de supuesto básico coexiste siempre con otro nivel de funcionamiento que es el del grupo de trabajo. El grupo de trabajo es un tipo determinado de mentalidad grupal y la cultura que de éste se deriva.

No se da por valencia, sino por cooperación y esfuerzo, e implica contacto con la realidad, tolerancia a la frustración y control de emociones. Es análogo en sus características al yo como instancia psíquica.

El grupo de trabajo utiliza métodos racionales y científicos en el abordaje de la tarea. El líder es aquella persona capaz de ser eficiente, posibilitando que dicho abordaje se realice. En el grupo terapéutico el terapeuta es el líder en esta función. El intercambio verbal es una función del grupo de trabajo, que tolera la frustración y permite la evolución de ideas nuevas.

La coexistencia del grupo de supuesto básico y del grupo de trabajo determinan un conflicto permanente planteado y siempre recurrente dentro del grupo. La actividad del grupo de trabajo es perturbada por el grupo de supuesto básico; la tendencia a la diferenciación del individuo se contrapone a su tendencia regresiva a no hacerlo.

El individuo como persona dentro del grupo de trabajo está expuesto al inevitable componente de soledad, aislamiento y dolor asociados al crecimiento y la evolución. Es necesario desarrollar una sensibilidad capaz de detectar cuál es la emoción común al grupo. El análisis grupal dependería entonces de la evaluación de lo esencial en una emoción manifiesta.

CAMBIO CATASTRÓFICO

En los pequeños grupos terapéuticos, la idea nueva expresada en una interpretación o representada por la persona de un nuevo integrante promueve un cambio en la estructura del grupo. Una estructura se transforma en otra a través de momentos de desorganización, dolor y frustración. El crecimiento estará en función de estas vicisitudes.

Los hechos específicos que Bion liga con el término cambio catastrófico son violencia, invariancia y subversión del sistema, elementos que considera inherentes a toda situación de crecimiento. Invariancia se refiere a aquello que permite reconocer en la nueva estructura elementos de la anterior.

Ante la idea nueva, el grupo recurre a tentativas de expulsión, deificación o dogmatización de la idea como reacción defensiva ante el cambio catastrófico.

ILUSTRACIÓN DE FENÓMENOS CLÍNICOS DESCRITOS A TRAVÉS DE LAS EXPERIENCIAS DEL GRUPO TERAPÉUTICO

El grupo está integrado por cinco niños de 7 años de edad que han sido

derivados al programa TMG y cuyos diagnósticos se incluyen dentro de los previamente citados. En su historia clínica destacan características sintomatológicas similares y una situación de desbordamiento del entorno ante las mismas. El grupo terapéutico queda por tanto formado por los 5 niños y los 2 terapeutas, desarrollándose en una sala de juego que consta de un material para dibujar y recortar, piezas para realizar construcciones, una pelota y un pez de peluche.

En nuestra experiencia clínica hemos observado que el proceso grupal permite que fenómenos inconscientes se hagan visibles con mayor facilidad y permiten al terapeuta observar en vivo, las situaciones angustiantes que aquejan al niño, así como sus defensas, resistencias y elementos saludables que se ponen al servicio del tratamiento.

A continuación, hemos intentado ilustrar escenas clínicas aparecidas en esta experiencia grupal terapéutica relacionándolas con aspectos teóricos del material presentado previamente.

POSICIÓN ESQUIZOPARANOIDE

• ***Mecanismos de defensa***

En una escena del grupo, uno de los niños, quiere

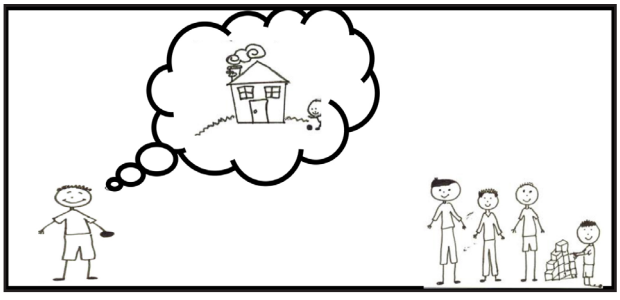


Figura 1.
Posición esquizoparanoide. Mecanismos de defensa

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

llevarse a casa la pelota que está en la sala. Proyecta lo bueno del grupo en el objeto externo y lo introyecta como objeto bueno. Se ponen en marcha por tanto mecanismos de defensa primitivos de escisión, idealización, proyección e introyección (**Figura 1**).

• ***Negación mágica omnipotente***

Un niño intenta la construcción de una torre imposible, en la que se proyectan los ideales (de ser mayor, de tener mucha fuerza...) y al caerse y demostrarse la imposibilidad del proceso, se niega a asumir que la torre está rota y la vuelve a construir mágicamente, sintiendo que la torre le pertenece y que él puede volverla a crear igual, sin pensar que no es posible y sin sentir el duelo y la nostalgia por la torre destruida (figura 2).

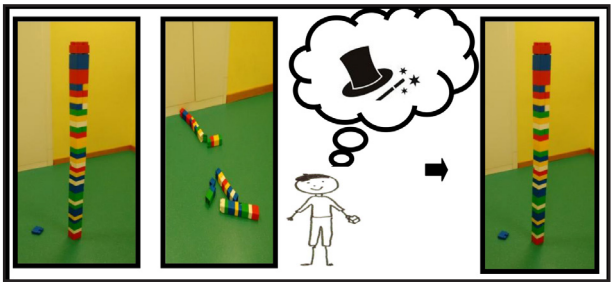


Figura 2.
Posición esquizoparanoide. Negación mágica omnipotente

LENGUAJE PSICÓTICO NO SIMBÓLICO

No hay un registro simbólico y el niño utiliza la palabra como un acting y no commo una forma de interacción e intercambio con el otro (**figura 3**).

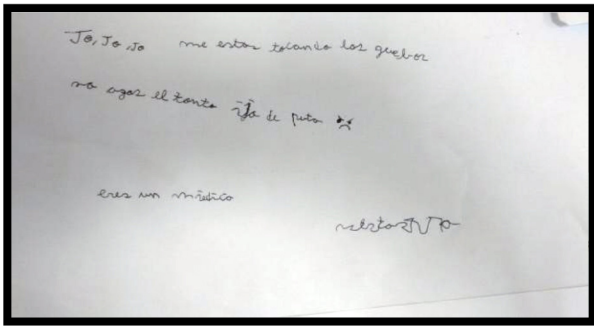


Figura 3.
Lenguaje psicótico no simbólico

ENVIDIA

El niño proyecta aspectos buenos e ideales sobre el objeto, en este caso el pez de peluche. Esto aumenta su deseo de tenerlo y preservarlo, por tanto la envidia. Al conseguirlo desvaloriza el peluche y posteriormente lo desecha ya que los aspectos ideales proyectados sobre él, quedan contrastados con la realidad (**figura 4**).

DEFENSAS MANÍACAS

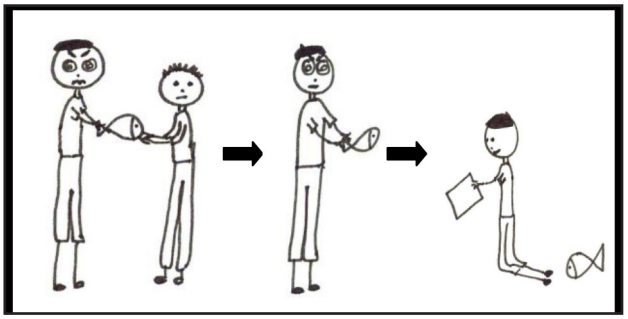


Figura 4.
Envidia

En una situación de rechazo por el grupo, el niño con incapacidad de vivenciar la tristeza, destruye el objeto, para controlarlo, despreciarlo y triunfar sobre él negando la tristeza (**figura 5**).

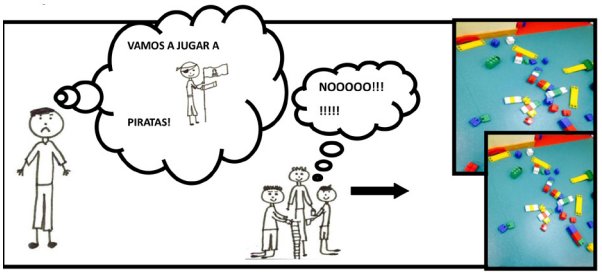


Figura 5.
Defensas maníacas

CULPA Y REPARACIÓN

Escena en la que un niño que tiene el pez de peluche consigo como si le perteneciera, coge y destruye la construcción que había realizado otro, el cual ante esa situación se mete en el armario manifestando tristeza. El niño que ha destruido la construcción se acerca y le da

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

"su" peluche. Consigue conectar con la tristeza, la culpa e intenta reparar dejándole algo que considera suyo. (**Figura 6**).

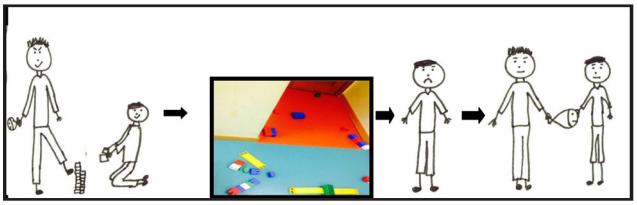


Figura 6.
Culpa y reparación

POSICIÓN DEPRESIVA. La carretera

El acceso al símbolo supone el inicio de la fase depresiva, el camino, la carretera que es una de las construcciones realizadas por el grupo, representa la posibilidad de acceso a un estado mental más sano (**Figura 7**).

GRUPO DE SUPUESTO BÁSICO DE DEPENDENCIA (Ejemplo 1).

En el grupo, los niños intentan construir una torre imposible que no se sostiene y acuden al terapeuta para que pueda sostener la torre. Si la torre cae, ante la imposibilidad de realizar una torre tan grande, el niño manifiesta su tristeza a través de un dibujo acercándose al terapeuta para que ponga palabras a lo que le pasa.

GRUPO DE SUPUESTO BÁSICO DE ATAQUE-FUGA (Ejemplo 2).

En una escena en la que dos niños funcionan en grupo de trabajo de forma activa y otros en forma pasiva permitiendo esa situación, aparece un movimiento regresivo, se destruye la construcción y se pasa a funcionar en supuesto básico de ataque-fuga y se pasa a atacar a un miembro del grupo que se convierte en el objeto malo externo.

GRUPO DE SUPUESTO BÁSICO DE APAREAMIENTO (Ejemplo 3).

El grupo se aparta a elaborar una actividad, permitiendo que la pareja terapéutica hable en voz baja de sus asuntos que no tienen que ver con el grupo. En el supuesto básico de apareamiento la pareja terapéutica esta alumbrando una idea u objeto que salvará al grupo.

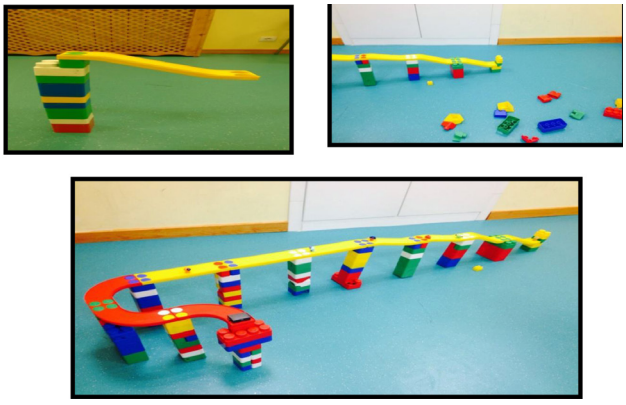


Figura 7.
Posición depresiva. La carretera

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Segal, H. (1981). Introducción a la obra de M. Klein. Barcelona: Paidós.

Grinberg, L., Sor, D., Tabak. (1973). Nueva introducción a las ideas de Bion. Ediciones Nueva Visión.

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

EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE TEA EN UNA TERAPIA GRUPAL*

EVOLUTION OF A PATIENT DIAGNOSED OF ASD IN A THERAPY GROUP

Julia Villar Silva**, Asel Aristegui Urquia***, Ana Ortega Heras ****

RESUMEN

Presentamos la evolución de un niño con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en el marco de una terapia grupal mantenida durante tres años en una institución pública de Salud Mental. La principal herramienta terapéutica era el juego. El grupo, al igual que los niños, pasa por distintas fases. A, a pesar de seguir presentando el núcleo de las dificultades de los niños con TEA, ha podido a través de su camino grupal vivir experiencias nuevas en un ambiente sostenedor. Los juegos de alianzas que los diferentes miembros del grupo le han permitido creemos han sido un elemento clave en su evolución.

Palabras clave: terapia grupal, TEA, habilidades sociales.

ABSTRACT

We report the clinical course of a child diagnosed with ASD as a part of a sustained group therapy during a three year period in a public Mental Health institution. Game was the main therapeutic tool. The group, as children, goes through different phases. In spite of the persistance of the main core of hándicaps in ASD children, he has been able to live new experiences throughout his group pathway in a supportive environment. We believe alliance games given by the different team members have been a key ítem in his clinical course.

Key words: group therapy, ASD, social skills.

INTRODUCCIÓN

Las terapias grupales en niños constituyen una alternativa terapéutica que ofrece un medio idóneo para los pacientes con dificultades en la interacción. En 2012 se inició en el marco del Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente de un Hospital Público un grupo terapéutico para niños de 6-7 años que aún partiendo de distintos trastornos psiquiátricos compartían unas enormes dificultades en su relación con iguales. Esta experiencia se ha mantenido durante tres años. Se trata de

* Comunicación presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León.

** Residente de psiquiatría del Hospital Universitario La Paz. E-mail: lulavillarsilva@yahoo.es

*** Residente de psiquiatría del Hospital Universitario La Paz. E-mail: aselaristegui@gmail.com

**** Psiquiatra del Hospital General de Villalba. E-mail: ajoheras@gmail.com

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

un grupo abierto de frecuencia quincenal, estructurado, cuya principal herramienta terapéutica ha sido el juego. El grupo se inició con 4 niños llegando a un máximo de 6. Todos ellos varones, reflejo de la realidad de una mayor patología en varones en estas edades.

En toda terapia grupal la riqueza que nos ofrecen los movimientos grupales suelen constituirse en el elemento paradigmático a analizar. Sin embargo, en esta ocasión elegimos mirar el desarrollo del grupo a lo largo de estos tres años a través de uno de sus miembros, que llamaremos A.

Sabemos que un grupo terapéutico constituye en sí algo diferente a la suma de sus partes. Sin embargo, existen en realidad unos objetivos individuales cuando como terapeutas reunimos a nuestros pacientes entorno a una tarea grupal. Como Glasserman y Sirlin (1979) describen de forma sencilla el objetivo terapéutico es "la adquisición de un yo maduro". Ello implica: tener un mejor conocimiento de sí mismo, poder aceptarse como uno es, reducir las defensas patológicas y hacer consciente lo inconsciente.

El estímulo a la interrelación que proporciona el grupo permite observar y evaluar con mayor precisión las fallas y progresos del yo de sus integrantes.

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

A tiene ahora 8 años. Es hijo único. Cuando se incorpora a los 3 años al centro escolar los profesores plantean a los padres sus dificultades de interacción: "su hijo presenta algún tipo de déficit". Dicen que "no atiende en las asambleas de clase", "está a su rollo", "está aislado", "hay que tocarle para que haga caso", "no tiene amigos" "parece aburrido la mayor parte del tiempo".

A instancias del centro escolar los padres consultan por él. Éstos describían una adecuada adquisición de los hitos del desarrollo. Contaban que no le gustan los cambios; sus rutinas eran rígidas, y no aceptaba irse con nadie que no fueran sus padres. "A", añaden, que tiene fijación por los números y las letras, y remarcaban un mundo interior muy rico y con gusto por las historias de gran imaginación. Sí reconocían su falta de contacto visual, la inexpresión gestual y la práctica ausencia de interrelación con sus pares.

A la edad de 4 años es diagnosticado de TEA leve.

EVOLUCIÓN

Al iniciar el grupo A era un niño inquieto, le costaba permanecer sentado en la silla, solía dar la espalda a los otros niños con frecuencia y adoptaba posturas extrañas. Igual que habían comentado en el colegio, parecía estar aburrido la mayor parte del tiempo. Siempre buscaba acabar el primero las actividades individuales e incluso se ofrecía para hacer el trabajo por los demás. En los momentos de juego libre jugaba solo o adoptaba una actitud competitiva, abandonando el juego si se frustraba (por no ganar) o intentando cambiar las reglas, imponiendo las suyas propias.

Durante varias sesiones nos habla de su único amigo: "estoy demasiado harto de G, porque me espía y me persigue en el patio", "siempre quiere batallas y yo no". Nos comenta que prefiere estar solo y que está contento porque su amigo le ha dicho que ya no le va a perseguir. Durante un periodo inicial dibuja a las personas de color verde.

Mientras entre algunos de los niños vemos ir creándose una cohesión grupal es evidente que A es de los que presenta mayores dificultades para integrarse en el grupo y sentirse un miembro más.

"Sabemos que en las primeras etapas el grupo es percibido como algo inquietante por la pérdida de la individualidad a la que enfrenta. Además en un grupo de estas características los terapeutas, adultos inhabitualmente no directivos, les desconciertan, suscitan mucha inquietud en relación con los límites y los riesgos de desbordamientos. Si pueden decir todo lo que se les pase por la cabeza aparece el temor a volverse loco y romperlo todo, que les lleva a verificar la solidez del marco físico. Esto despierta el miedo a lo desconocido y por proyección, a lo desconocido de cada uno" (Vidal, Vera y Escudero, 2013). La omnipotencia incluso con tintes maniacos puede aparecer como defensa.

En un ejercicio de relajación con imaginación guiada, A se imagina en Canarias con tres cocodrilos a los que mata con un ataque ninja y nos cuenta que una vez soñó que era presidente y mandaba a todos.

En sesiones posteriores se observa mayor consolidación del grupo, con un clima de aceptación mutuo que se traduce en avances en el juego libre y aceptación de las normas externas. En la última sesión del primer año nos cuenta que ahora tiene dos amigos más.

Durante ese primer año A acude en general contento a las sesiones y participa activamente, aunque se mantiene la escasa empatía hacia el resto.

En la reincorporación en el segundo año se pone de manifiesto la capacidad mnésica y atencional de A. Nos sorprende cómo es capaz de relatar múltiples detalles de las actividades realizadas el período anterior y describir las características de los miembros del grupo.

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

Tras el regreso del período vacacional predomina una primera etapa de estabilidad grupal, con un buen vínculo entre ellos, mostrando todos una actitud colaboradora y de respeto. En lo individual A sigue manifestando signos de rigidez: reclama el papel de coordinador, rechazando aquellas actividades que no se le dan bien.

Frente a tareas que le cuestan, como hacer juntos un puzzle, A se excluye diciendo que no se le da bien. No solo rechaza participar, sino que boicotea la actividad. El grupo le ofrece hacer de coordinador; consigue dejar atrás su enfado y anima al resto que acepta su nuevo papel.

Ya no se aísla en el grupo y reclama una mayor atención por parte de los demás: "si no me escucha nadie, me pondré fatal", pudiendo anticipar ese malestar. Este tipo de intervenciones le permiten regularse mejor emocionalmente.

El grupo inicia una nueva etapa marcada por la incorporación sucesiva de dos nuevos miembros. El primero de ellos es H. Se trata de un niño que desde el principio se relaciona desde la agresión, de forma invasiva, desestabilizando la dinámica grupal creada hasta el momento.

En el dibujo de presentación de la incorporación de H, en el que cada uno se dibuja con su peluche, A dibuja al suyo dominando el mundo. "El peluche de A domina el mundo". Luego le llama por un teléfono imaginario: "Hola, Pato". Ello despierta la reacción del grupo: uno de ellos exclama "estás muy loco" y todos se ríen, incluido A.

A A no parece gustarle H, pero se alía con él cuando éste se muestra hostil con el resto: apoya sus ataques, nervioso y libera así su agresividad. Un episodio que ilustra esta alianza pero a la vez su temor a ser agredido: H se burla de uno de los miembros y A añade como acompañamiento: "eres un panoli". A no demuestra empatía, pero sí teme la reacción del compañero agredido, pues añade: "¿me vas a machacar?". Aunque le cuesta pedir perdón parece estar entristecido por el resultado de su actitud.

Cuando H se ausenta de alguna sesión, la dinámica previa del grupo de bienestar y colaboración se recompone. Esta situación continúa hasta la segunda incorporación de un nuevo niño. N es un chico tímido, callado y afable, que es aceptado por todos y contrarresta la agresividad de H, al que poco a poco el grupo va aislando. Se crean alianzas que frenan las agresiones de éste. A parece realizar un acercamiento diferente al grupo. H se burla de un compañero pero esta vez A y otro de los miembros lo defienden.

En una de las últimas sesiones antes de las vacaciones entre todos crean murales para que cada uno de los miembros recuerde al grupo en casa. Además de dibujos y dedicatorias hablan de características de cada uno. A se niega a participar en el mural de H y a su vez se siente ofendido con el dibujo de H en su mural, que ridiculiza a su mascota e invade gran parte del mural.

A tiene una gran imaginación. Entre todos deciden crear un cuento juntos con sus ilustraciones. Lo hacen demostrando total colaboración y se divierten. El cuento comienza con una idea de los terapeutas: Luis es un astronauta que esta en su casa viendo la tele y ve en las noticias que se esta preparando un viaje al planeta Marte. Por idea del grupo se añade como personaje principal a Superperro. En el juego se continúa la historia, el jefe de Luis le pide que tripule la nave junto con Superperro. Durante el viaje se quedan sin gasolina. Luis y Superperro tienen que ir a otra nave a pedir más. Una vez resuelta la incidencia, el cuento continúa y aterrizan en Marte. Inmediatamente son atacados por un grupo de marcianos y toman prisionero a Luis. Superperro explora el planeta y acaba atacando a los marcianos, salvando a Luis. La historia termina volviendo juntos a la Tierra. Es A el que más participa en crear la historia y demuestra tener muchas ideas que apenas puede contener. La actividad se finaliza con una gran satisfacción de todos por el cuento que han sido capaces de hacer juntos.

En la actualidad estamos llevando a cabo el tercer año de la terapia, que aún no ha concluido. Al principio se establece una buena dinámica, con continuidad de la cohesión creada en el año anterior.

Hacemos la construcción de una torre, en la que uno de ellos coordinará la actividad por votación. A reclama el liderazgo y rechaza la actividad al no ser elegido. Muestra una actitud oposicionista, y amenaza con no participar en los rituales del grupo como la despedida. Finalmente esta actitud se reconduce fácilmente cuando los demás lo incluyen en la tarea. De hecho, será incluso capaz de aceptar las críticas de otro compañero.

Cada vez juegan más de forma conjunta cuando eligen la actividad, con buena resolución de los conflictos que surgen.

Tras la Navidad han surgido nuevos problemas. A acude a algunas sesiones a disgusto, manifestando a sus padres en varias ocasiones que no quiere venir. Entra en el grupo enfadado, con llanto contenido en alguna ocasión. La conducta en el colegio y en casa también ha empeorado.

Hay un episodio bastante llamativo en el que entra

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

enfadado y no quiere hablar de las razones para ello. El resto de compañeros intentan animarlo, consiguiéndolo parcialmente. Más adelante refiere que su enfado había sido fingido, "era una broma que he estado planeando", expresando una risa defensiva. Al confrontarle esto, aumentan las defensas, mostrándose incapaz de empatizar con la confusión que ha creado en el resto. Vemos el reflejo de la negación de sus emociones y la incapacidad de hablar de ellas. En la siguiente sesión saca el tema en la asamblea y manifiesta con un ánimo incongruente que quizá los demás quieran vengarse de él por la broma gastada.

Le cuesta mucho expresar sus emociones verbalmente. Cuando se le hacen preguntas para ayudarle, sus respuestas son defensivas, sin embargo puede expresar sus emociones reales a través de las dinámicas de juego y dibujo.

CONCLUSIÓN

En este último período grupal seguimos viendo la fragilidad de A pero también pasos de su evolución. Hemos observado que, un sistema protegido como el que le ofrecemos en la terapia grupal, le permite ir modificando las defensas mas primitivas y mejorar en su capacidad de interacción. Va siendo capaz de flexibilizar algunas de sus rígidas conductas para poder participar y disfrutar de actividades compartidas. Frente a la actitud controladora y referencial general del comienzo vemos realizar cambios. Ahora es capaz de tolerar las críticas del grupo a excepción de las de H. Aunque H ha cambiado su actitud agresiva en el grupo, siendo aceptado por todos, A sigue focalizando en él sus reacciones negativas.

A, a pesar de seguir presentando el núcleo de las dificultades de los niños con TEA, ha podido a través de su camino grupal vivir experiencias nuevas en un ambiente sostenedor. Empieza a ser más capaz de comprender y compartir con los demás, de dar y recibir y de tener un inicio de tolerancia a la frustración. Los juegos de alianzas que los diferentes miembros del grupo le han permitido creemos que han sido un elemento clave en su evolución.

El grupo, al igual que los niños, pasa por distintas fases. "Cuando la identidad está lograda o en vías de lograrse, todos los miembros del grupo pueden participar de un sentimiento global con respecto él. Es posible considerarlo como un todo homogéneo y esto, lejos de ir en desmedro de la propia identidad, contribuye a afianzarla". (Glasserman y Sirlin, 1979)

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Margarita Alcamí, por toda su ayuda y empuje, sin ella, este grupo y este trabajo nunca hubieran salido adelante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Espina, A. Ortego, A., Villanueva, E., Calzado, Ma J., y Perea J. M. (2006) Psicoterapia grupal en niños con trastornos de conducta. *Revista de la facultad de psicología de la Universitat Ramon llull*, 18, 105-116.

Glasserman, M.R. y Sirlin, M.E. (1979). *Psicoterapia grupo en niños*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Rutter, M., Bishop, D. y Pine, D. (2010). *Rutter´s Child and Adolescent Psychiatry*. Nueva York: Wiley-Blackwell.

Vidal, I., Vera, I. y Escudero, C. (2013). Experiencia de terapia de grupo con niños en edad de latencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 343-352.

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

UN GRUPO TERAPÉUTICO CON ADOLESCENTES EN INSTITUCIÓN DE REFORMA*

A THERAPEUTIC GROUP WOTH ADOLESCENTS IN A REFORM CENTER

Agustín Béjar Trancón**, Aurora Pimienta Serrano***

RESUMEN

Se presenta una experiencia de grupo con adolescentes y jóvenes con medidas de privación de libertad después de que en el procedimiento judicial se detectó patología mental que motivó que la medida fuera de internamiento. Se trataba de jóvenes con gran tendencia a la actuación, impulsividad, organizaciones predominantemente limítrofes y con importantes aspectos psicopáticos en algunos casos. Esta experiencia ofrecía un ámbito más neutral dentro de la institución, lo que permitía mayor expresión y pensamiento sobre la experiencia que estaban viviendo, ayudar a tramitar las ansiedades de forma que contribuía a crear diferenciaciones en el espacio terapéutico global del módulo. La sesión de grupo se mostró como uno de los instrumentos más útiles en fomentar la apropiación por los pacientes de una cultura de cuidados frente a la de sanción, conseguir la alianza terapéutica, así como propiciar la toma de conciencia de sus dificultades y problemas emocionales de fondo.

Palabras clave: Psicopatología de la adolescencia, patología del actuar, delincuencia, psicoterapia de grupo, justicia de menores, Justicia y Salud Mental, alianza terapéutica y privación de libertad.

ABSTRACT

We present a group experience with juvenile offenders in restricted freedom, after that mental pathologies were detected meanwhile the judicial procedure, which favoured the confinement in therapeutic milieu.

We are talking about impulsive youngs, with borderline personality, and remarkable psicopathic aspects in some cases. This experience offered a more neutral space within the institution, which allowed them more freedom of speech and though about the vital experiences they had lived, and helping them manage their anxiety and stablishing differentations in the therapeutic space of the unit. The group showed itself to be one of the most useful tools in order to foment the recivement of a caring culture rather tan a sanctioning one by the patients. Achieving a therapeutic alliance, as well as making them take account of their difficulties and emotional problems.

* Comunicación presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León.

** Psiquiatra-psicoterapeuta. E-mail: agustin.bejar.t@gmail.com

*** Psicóloga clínica. Centro de Menores con Medidas Judiciales Marcelo Nessi. Badajoz.

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

Key words: Adolescence psychopathology, forensic group psychotherapy, juvenil offenders, juvenile judicial system and mental health, therapeutic alliance in prison.

MARCO GENERAL Y CONSTRUCCIÓN DEL ENCUADRE DE GRUPO

La institución es un centro de reforma, para internos con delitos cometidos en la minoría de edad, con medidas de privación de libertad. El módulo está destinado específicamente para medida de internamiento terapéutico, con un espacio con salas comunes y habitaciones para 9 internos máximo. Este módulo por un lado comparte estructuras del resto de la institución, y por otro es una unidad que debe funcionar de forma independiente (si bien la dirección de la institución es única, así como personal administrativo y auxiliar y de mantenimiento). El personal exclusivamente para el módulo, que comparte funciones clínicas específicas y educativas, engloba a educadoras sociales (4), 8 cuidadores - auxiliares técnicos de educación (ATE) que deben repartirse en turnos las 24 horas- una enfermera a tiempo parcial, una psicóloga clínica y un psiquiatra en funciones clínicas y como responsable de la organización terapéutica. A esta plantilla se añadían los vigilantes de seguridad, dos por turno, que están presentes en prácticamente todas las actividades.

Los co-terapeutas (psiquiatra y psicóloga), éramos a la vez los clínicos encargados también de la atención individual de los pacientes, así como de las actividades de organización clínica del módulo y coordinación con el resto de profesionales. El grupo se planteó un día en semana con una hora de duración, libre (podían, al contrario de lo que pasa con el resto de actividades educativas a lo largo del día, elegir asistir o no), y con una consigna muy general: "grupo donde poder hablar de todo lo que quisieran, como forma de que el equipo clínico-educador pudiera tomar contacto asiduo con ellos y pensar todos sobre su malestar y experiencia en la institución, guardando sólo las restricciones obvias de respeto al otro y no agresión". Hay que añadir que esta consigna está en el marco de la acogida que se hace del adolescente cuando llega al módulo: en resumen, que está en un "módulo terapéutico" quiere decir que desde el sistema judicial se ha detectado que aparte de la sanción que se le pone por el delito que ha cometido, se entiende que tiene unas dificultades emocionales de importancia relevante que exigen no desatender el cuidado en ese sentido, mientras dure su medida, y que, dentro de lo traumático que es estar privado de libertad –por más justificado que esté-, para aliviarle en lo que podamos y en estrecho contacto con el equipo educativo, estamos el equipo clínico. Se entenderá que esa consigna era el principio de una organización en donde el paciente pudiera llegar a entender que "aliviarle" no era favorecerle en sus cuitas con la Justicia, como tampoco implicaba ahorrarle el sufrimiento de enfrentar algo que temían más si cabe: pensar sobre ellos, su vida y sus dificultades. Para nuestra sorpresa, y aunque evitamos a propósito denominarlo grupo de terapia, los propios internos lo denominaban así desde el inicio. La idea global era fomentar en lo que pudiéramos que la experiencia de internamiento pudiera relanzar una transformación, un cambio psíquico, contribuir a su subjetivación.

Los condicionantes de la institución y su funcionamiento nos llevaron a plantear el grupo de una forma flexible y abierta. La condición de que fuera abierto venía dada por la variabilidad de las estancias- condenas de los pacientes (desde tres meses a varios años, estando la mayoría del grupo entre los 6 meses y los 2 años).

Sobre este marco general, las condiciones de la variación en el número de internos, ya de por sí pequeño –máximo 9 internos-, y las particularidades de ciertos casos nos llevaron a alguna modificación fundamental del encuadre, como fue introducir en el grupo a personal cuidador y una educadora, pensando en el modelo del grupo de psicóticos y pacientes graves en unidad de agudos, así como por otro lado el modelo de grupo grande de hospital de día, manteniendo la perspectiva de grupo psicodinámico (es decir, uso de la atención flotante y asociación libre, no intención educadora explícita ni objetivos conductuales, sino puestos en la escucha de lo que plantearan y la labor de comprensión grupal e interpretativa dirigida al grupo y muy centrada en el aquí y ahora, con el objetivo fundamental de la contención de ansiedades).

Otra modificación atañía a la libertad de asistencia: la mantuvimos pero, por razones del funcionamiento institucional y en relación a ciertos casos tuvimos que particularizar más el encuadre, por ejemplo, ante jóvenes en los que pensamos que era prioritario que tuvieran la experiencia grupal, que la necesitaban y teníamos muchos indicios de que la pedían en el fondo, pero que precisamente la organización de talleres externos, coincidentes con el horario de grupo, se convertía en un aliado de su dificultad de pensar y de la escisión predominante, tuvimos que introducir una nueva norma: durante la sesión de grupo el interno podía decidir si estaba en grupo o no, pero no podía abandonar el

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

módulo para ir a un taller externo. Esto por ejemplo fue una decisión de encuadre claramente arriesgada, pero que realmente no nos fue mal en cuanto al proceso que observamos en algunos casos (P. Jeammet ha teorizado sobre la conveniencia en determinadas ocasiones, con adolescentes, de "obligarles" a aquello que están necesitando para aligerar el peso sobre su funcionamiento psíquico y que no obstante su conflicto de dependencia les impulsa a negar- Jeammet, 1995,1990).

En definitiva teníamos claro también la importancia de organizar un espacio grupal donde facilitar otro tipo de escucha del malestar profundo de estos adolescentes. El trabajo con co-terapeuta permitía mantener más la neutralidad y la atención flotante, lo que facilitaba precisamente una escucha paralela más separada del aquí-ahora, al que estos pacientes continuamente tienden a llevarnos, facilitando los señalamientos e interpretaciones dirigidas al grupo, así como comentarios integradores y dirigidos a fomentar la continuidad-enlace entre sesiones y entre los distintos "grupos" que en la historia del procedimiento se han ido formando. Como base teórica, el trabajo de supuestos básicos de Bion y la consideración también muy limitada de objetivos, considerando lo enormemente dañados de la mayoría de estos adolescentes y las condiciones en que los vemos.

Mostraremos dos viñetas del funcionamiento grupal separadas por unos meses. En la primera son 5 los internos, en la siguiente el grupo ha cambiado, se mantienen 4 de los iniciales y hay dos nuevos. En cuanto a la patología predominan las estructuras límite, con expresión esquizoide en algún caso, o con narcisismo maligno desde la perspectiva psicodinámica más claro en otro. En otros de los casos la evolución a la psicopatía predominante estaba más establecida , deficiencia intelectual añadida en otro de los casos, también alguno con una estructura con sectores más neuróticos. Todos con historia de desestructuración familiar o pérdidas tempranas importantes, alguno muy metido en vida marginal, la historia de consumo de sustancias también era generalizada. Las actuaciones por las que habían sido internados iban desde la violencia doméstica, los robos múltiples o delito sexual a los intentos de homicidio. Varios provenían de estancias previas en esta u otras instituciones de reforma.

EL TRABAJO DE GRUPO: ALGUNAS SECUENCIAS[2]

El grupo está primero en silencio, con dificultad para empezar a hablar.

Juan, (19 años) habla de un pájaro que habían cogido internos de otro módulo.

Hay risas y bromas maliciosas sobre lo que iban a hacer luego con él (que en principio habían cogido y estaban cuidando-engordando, dejaban ambiguo si para comérselo)

Antonio (17 años), hasta entonces con actitud de dormitar, comenta entonces:

- A mí me gustaría que me dejaran tener mascota aquí – [¿Cuál?] – Una pecera.

Tras esto hay varios comentarios, risas.

Pepe (18 años) comenta sobre mascotas que él ha tenido, y en concreto alude a un mono y cómo cuando este murió, porque le mató un coche, lo enterraron.

uana (17 años) se burla de tal gesto y se asombra:

- ¡Dónde se ha visto, enterrar a un mono!

Antonio comenta entonces: - Juana no se pararía (conmovería) ni aunque fuera su abuela.

osé (18 años), también habla de perros que tuvo y perdió.

Luego vuelve alguien al tema de los peces y él (José) sugiere, con expresión de asco y bromista: - "Sí, nos los comeríamos, pero no crudos." Lo que suscita cierta algarabía en el grupo.

Pepe comenta que él tras ir de caza o pesca, se comía lo que cogía, a lo que José vuelve a decirle: -"pero no crudos."

[Co-terapeuta : comenta sobre culturas en que no es tan raro el consumo de pescado sin cocinar y se los comen así.]

Tras un rato hay otro momento más de silencio.

Juana expresa: – Sólo faltan las pelusas que ruedan.

A las preguntas de aclaración explica que se refiere a los "escobones" que se pueden ver en muchos westerns, sugiriendo la imagen de un pueblo desértico, calles sin nadie donde esos escobones de paja los desplaza el viento (imagen típica antes del consabido duelo entre pistoleros).

Luego el grupo volvió al tema "mascotas", las pérdidas de las mismas y el sentimiento de soledad/compañía.

[2] Se usan nombres ficticios. Entre corchetes las intervenciones de los terapeutas.

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

[Cerramos los terapeutas la sesión con un comentario sobre cómo el grupo hablaba de distintas formas de enfrentarse a experiencias duras, así como la importancia de la forma adecuada para cada cual de digerir ciertas cosas (aludiendo a los "peces crudos")] En este material llama la atención el modelo de "lo crudo", como una figuración de la sesión poblada de elementos beta en bruto, que estaban por "cocinar". Otras cosas que dijeron apuntaban a coger también la imagen de la pecera como metáfora de ellos mismos entre rejas, por tanto como expresión también persecutoria y la alternancia con una dinámica más depresiva con el tema de las "pérdidas". Es sugerente pensar también en cómo son los pacientes más "psicopatológicos", distinguiéndolos de los más "sociopáticos", en función de una clasificación por el mayor o menor predominio del rasgo psicopático, los que traen la vivencia de las pérdidas (perros y mono muertos) y la necesidad del vínculo y el "holding" (necesidad de mascota), mientras que aquellos más psicopáticos (en el sentido de menor empatía y ocultamiento-negación de aspectos vulnerables) ponen el contrapunto, en esta sesión, de la suspicacia y la agresión (coger pájaros). El ambiente persecutorio estaba presente en la imagen que trae Juana, no soportando por otro lado el silencio del grupo, que es reinterpretado en términos de expectativa agresiva. Toda la discusión sobre el tema "peces crudos" parecía una buena expresión de la tarea del grupo: ¿cómo servir y/o cocinar – condimentar tantas experiencias inquietantes, desbordantes emocionalmente? Está además el tema "pecera", como condensación de la propia experiencia de encarcelamiento y las ansiedades persecutorias que el propio grupo y los terapeutas despertamos como "observadores" de esa "pecera" especial que es el centro. La presencia de lo "inquietante" fue un rasgo de esta sesión predominante (aún con la cierta elación que domina en algunos momentos).

El entrecruzamiento de espacios- pecera-sala-centro-exterior (incluso abierto-desértico) puede quizás verse como la temática de los límites y la dinámica externo-interno, la necesidad de elaborar distinciones polares básicas, crucial sin duda en estos adolescentes.

2ª viñeta (Otra sesión, meses después con 6 pacientes -el grupo había variado en Algunos de sus miembros, se mantienen 4 del anterior, hay una interna nueva ese día).

Están de buen humor, haciendo chistes sobre que hemos ido a buscar sillas, que el psiquiatra ha cogido una muy cómoda, etc., mientras esperamos que llegue un cuidador que ha ido a por otra.

Raúl (18 años, llevaba desde que entró y excepto la primera semana sin acudir al grupo), está muy hablador y solicitando que hablen los otros, o dice que esto es un aburrimiento cuando hay un silencio por corto que sea.

[Breve intervención de encuadre, comentando como funcionaremos en verano, que es para que ellos puedan expresar lo que quieran y con todo el personal con el que conviven aquí y hacemos alusión a una nueva interna recién llegada días atrás, Sonia (15 años), así como a la próxima partida de uno de ellos (José)]

Sonia se mostró callada todo el grupo.

Pepe comenzó hablando de lo mal que le tratan aquí, de cómo a los demás mejor (venían de tener una situación conflictiva con el cuidador, por los juegos entre Raúl y él, que podían convertirse en enfado-agresión consiguiente).

Raúl le dice que se "emparanoia" (por decir que el cuidador se metía con él expresamente), incluso se pone de ejemplo:

-"A mí me ha llamado la atención antes y él (el cuidador) está haciendo su trabajo".

El cuidador se dirige a Pepe y habla durante bastante rato preguntándole si cree que él le quiere hacer mal y explicándole las razones para intervenir; cómo algunos juegos terminan en lágrimas, etc., esto le tranquilizó y contuvo bastante.

José dice que será su última sesión (se va el jueves que viene).

Siguen comentarios de humor sobre esto: no se sabe a qué hora se irá, y por tanto si estará o no en grupo (José se dirige a uno de los terapeutas para preguntar si le va a ver en entrevista- se le redirige a la misma).

[Comentamos sobre lo que José señala introduciéndolo en condiciones de encuadre del grupo, como que hoy esté Sonia, y efectivamente su despedida].

José (17 años, sale en libertad tras 6 meses), comenta sobre cómo se ha sentido bien tratado aquí.

A esto Pepe vuelve con su retahíla sobre que a él no, etc., mezclando tiempos y sus filias y fobias: que muy mal, pero luego está hablando del módulo X (el de los "peligrosos", donde el pasó un tiempo), que Esmeralda (una educadora que estuvo un tiempo aquí) sí que le quería.

Raúl comenta a todo eso que él sí que ha sufrido, que le han dado muchos palos, y también le dice a Pepe que deje de ser tan crío, que habla como si confundiera esto con su familia, como si esperara que le trataran aquí mejor que su madre y eso no puede ser. Comenta también que él va a empezar un curso en diseño gráfico (está muy contento) y lo refiere agradeciéndolo a la intervención de las educadoras.

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

Esto despierta nuevamente la reacción airada y victimista de Pepe, que piensa que a él no lo llevan a ningún curso. La educadora le explica.

[Comentamos sobre cómo cuando se sufre es más fácil ver todo lo que sucede efectivamente como contra uno, "emparanoiarse" como decía Raúl, y con más dificultad para unirlo con lo que también el grupo está expresando de reconocer cómo le ayudan, o como Pepe mismo ha reconocido en otras sesiones, hablando de lo bien que está con tal o tal otra educadora. Lo expresado por Pepe es algo que los demás pueden entender pues todos comparten una situación muy dura en ese sentido].

El cuidador interviene preguntando a Antonio, a Jesús y a Sonia, interpelándolos para que hablen. Antonio se niega. El cuidador vuelve luego a expresar su visión de lo que tendrían que hacer con sus problemas (la idea de que nos hagan caso a los profesionales).

Raúl dice estar de acuerdo, pero comenta que él estaba muy mal en el módulo anterior y ahora mucho mejor pero porque él ha aprendido de los palos que se ha llevado (y planteando ante el grupo que, entre líneas, eso lo ha aprendido él- no por intervención de nadie-).

[Comentamos sobre la importancia de sus propias lecciones: aprender de la experiencia, y la cuestión sobre si el objetivo del grupo no será que ellos puedan no sólo escuchar lecciones, sino construir las suyas].

José habla de las drogas, de cómo hace sufrir a la familia, amigos.

Raúl dice que es que no se puede vivir tan deprisa.

[Comentario sobre qué le llevará a uno a ese vivir deprisa, que parece tan nefasto para uno mismo]

Silencio.

Raúl añade: "la libertad lo es todo".

José comenta sobre eso también, como aprecia él eso, el tema dónde o qué hace que uno se quede sin libertad, y José sobre que él no se vuelve a meter en líos (que le quiten la libertad).

Pepe vuelve a sus comentarios, contrarrestado por el grupo (y por Raúl de forma preponderante).

[Comentamos sobre la dificultad a veces, y que el grupo ha estado hablando de eso, para unir o conectar lo bueno y lo malo, en frases de ellos en esta sesión: "aquí se está bien", "odio esto", y cómo puede que con eso el grupo está diciendo que quizás no hay negro y blanco...]

"Sino grises" añade Raúl.

COMENTARIO

En esta sesión pensamos que el grupo se muestra mucho más elaborador. Posiblemente la llegada de una interna (la menor del grupo) y la partida de otro que había estado 6 meses, están de fondo marcándolo mucho. El supuesto básico de dependencia predomina alternando con momentos fuga-ataque y también alternando con momentos donde podemos observar más conatos de grupo centrado en la tarea. Los comentarios de Pepe, más confuso temporalmente por su larga experiencia en el centro y su funcionamiento de base, pueden mostrar una expresión de las ansiedades primitivas en acción en el grupo (voracidad, celos, escisión), como forma de enfrentamiento al tono depresivo reinante. Raúl en cambio aporta un elemento nuevo: le precede una fama de "actuador y belicoso", ha estado sin querer ir al grupo hasta que se decide ese día y mostrándose paternalista con los demás en el grupo. Los temas de la separación y partida para enfrentarse a la realidad de "fuera", así como los sentimientos encontrados de la experiencia de internamiento, siempre presentes, afloraron especialmente, haciendo antes el tono general más depresivo.

Pensamos que estas dos secuencias reflejan lo señalado sobre el espacio neutral que puede representar el grupo para la expresión y pensamiento sobre la experiencia que tienen allí, abriéndoles a un tipo de cuestionamiento y reflexión interno cuyo alcance en el funcionamiento cotidiano de la institución era determinante para ellos y para todo el equipo clínico-cuidador.

CONCLUSIÓN. LA IMPORTANCIA DE LOS ESPACIOS TERAPÉUTICOS GRUPALES

Dentro de este esquema general, la experiencia mientras pudimos mantener el dispositivo fue en global muy positiva. No sólo por la dinámica que se ponía en juego y la observación y comprensión que nos permitía este espacio en el contexto de la institucionalización, llevándonos múltiples sorpresas (como la capacidad de conexión emocional y los comentarios de enorme sensatez de un paciente con discapacidad intelectual marcada, la posibilidad de funcionar en grupo de algunos pacientes con estructura psicopática, etc.). El efecto de contención y de posibilidad de un hablar más auténtico y sincero- con menos negación del dolor- se mostró en múltiples casos, permitiendo una mejor adecuación del equipo a las necesidades emocionales y las posibilidades de evolución de los pacientes. Ello nos lleva a pensar que un efecto importante es que contribuyó a fomentar una identidad de grupo "terapéutico", dentro de una

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

institución donde los aspectos persecutorios predominan de entrada (por el funcionamiento de los internos y de la propia institución) y donde gran parte del funcionamiento grupal previo es el de la propensión a la organización de grupo de pares psicopático en oposición al grupo cuidador-institución.

La manifestación del funcionamiento de estos ejemplos puede no ser sorprendente desde el ámbito de Salud Mental informado por el psicoanálisis. Sin embargo, si puede chocar más en instituciones donde por desgracia se tiende a pensar que dar cabida a esa expresión de la fantasía y del malestar de los sujetos es muy difícil o imposible, o inútil, si se llega a pensar en ello. La cuestión clave es cómo una institución donde se pueda dar también este ámbito y forma de trabajo puede facilitar precisamente lo que antes hemos denominado como "ajuste más preciso" a las necesidades emocionales de las personas en tales situaciones, que permita en muchas ocasiones toda la transformación que sea posible.

En ese contexto, con jóvenes tan dañados en algunos casos como éstos, el que pudieran sentarse a hablar así, era ya una expresión de sus intentos por encontrar una forma de "juego libre" que las dinámicas de la institución no facilitaban. el relanzamiento de esta capacidad de expresión y de indagación es la que la tarea, tremendamente sensible y comprometida del equipo educador, hacía posible, constituyendo un enlace mucho más auténtico con los movimientos internos de estos jóvenes. Eso convertía a la tarea educativa que también tenía la institución en más significativa y reparadora, aunándose con la función terapéutica (y podemos comentar, al margen, que no es un indicio menor de esto el hecho de que las dosis de psicofármacos utilizados en este dispositivo estaban por debajo del 50 % de las utilizadas en los otros módulos, que en principio se destinaban a los internos "sin" psicopatología). Dentro del dispositivo, el grupo fue un elemento clave en esta organización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aichhorn, A. (2006). *Juventud desamparada*. Barcelona : Gedisa.

Bion, W. R. (1980). *Experiencias en grupos*. Barcelona : Paidós.

Botbol, M. y Choquet, L.-H. (2009). Éduquer et transmettre. Changement et continuité de la transmission dans le contexte de la justice des mineurs, *Adolescence*, 2(27), 355-374.

Jeammet, P. (1995). La identidad y sus trastornos en la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil.* 19/20, 161-178.

Jeammet, P. (1990). Les destins de la depéndanse a l´adolescence. *Neuropsychiatrie de l´Enfance*, 38(4-5), 190-199.

Winnicott, D. W (191). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

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

PARENTALIDAD POSITIVA. GRUPO PSICOEDUCATIVO DE MADRES Y PADRES DE BEBÉS DE 0 A 12 MESES*

POSITIVE PARENTING. PSYCHOEDUCATIONAL GROUP OF PARENTS OF INFANTS FROM 0 TO 12 MONTHS

Aurelio J. Álvarez Fernández** y Paloma Esparza del Valle***

RESUMEN

Presentamos la experiencia de un grupo piscoeducativo de madres y padres de bebés de 0 a 12 meses realizado en coordinación entre atención primaria y especializada (salud mental). Hemos puesta en marcha este proyectos guiados por dos ideas. La primera es que el primer año de la vida de los niños es fundamental para su posterior desarrollo. Y la segunda, el papel que juegan los padres es muy importante: su estilo de crianza puede marcar el crecimiento de sus hijos. La parentalidad positiva es un concepto que define una forma saludable de criar. Otros constructos relacionados son madre suficientemente buena y ambiente facilitador (Winnicott), apego seguro (Bowlby) o capacidad de mentalizar (Peter Fonagy).

Palabras clave: Parentalidad positiva, grupo piscoeducativo, bebés, crianza, salud.

ABSTRACT

We present our experience conducting a psychoeducational group of parents of 0 to 12 month babies carried out in coordination between Primary Healthcare Centre and Mental Health Services. The project is based on two main ideas. First, that the year of life is essential for further development of a child. Second, the role that the parents play is vital; their parental style may mark the growth of their children. The term "positive parenting" is a concept that defines a healthy rising style. Other related constructs are good enough mother and enabling environment (Winnicott), secure attachment (Bowlby) or metalizing skills (Peter Fonagy)

Key words: Positive parenting, psychoeducational group, babies, parenting, health.

La idea de este grupo psicoeducativo surgió del trabajo final del Master de Grupoanálisis de la Fundación OMIE y la Universidad de Deusto[9]. Durante su elaboración me puse en contacto con Paloma, matrona de un centro de salud, para que me informara de cómo era la preparación al parto que realizaba. Enseguida se interesó por la idea, me pidió leer el trabajo, me pregunto cuando se iba a poner en marcha y me animo para iniciarlo. Le propuse que comenzáramos juntos este Proyecto.

* Comunicación presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León.

** Psiquiatra del CSM de N y A de Avilés. ÁREA SANITARIA III. SESPA. E-mail: aurelio.alvarez@sespa.es

*** Matrona del CS "Llanoponte" de Avilés. ÁREA SANITARIA III. SESPA

[9] El marco teórico de este Trabajo está resumido en el siguiente artículo: Álvarez Fernández, A. J. y Mateos Agut, M. Familia, crianza y salud. Teoría y práctica grupoanalítica 2014 4(2): 233 – 44.

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

Empezaremos describiendo de forma somera las ideas que tomamos como fundamentación de esta experiencia

1. El primer año de vida como un momento donde se ponen las bases de la identidad sujeto por lo que una intervención en este momento pude tener un alto valor preventivo. La importancia de las relaciones tempranas:

a. El desarrollo primitivo, el ambiente facilitador,… (Winnicott).

b. La teoría del apego (Bowlby)

2. La idea de que la construcción de la identidad del sujeto se fundamenta sobre dos pilares: el cuerpo, lo que trae a este mundo, y el lugar a donde llega, la familia. La conjunción de estos dos elementos da como resultado un ser humano.

a. Psicoanálisis (Freud):

i. Los pilares del yo:

1. El cuerpo (El yo y el ello, 1923)

2. El grupo (Psicología de las masas y análisis del yo, 1921)

ii. La ecuación etiológica (23º Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Los caminos de la formación del síntoma, 1916/17)

b. Neurociencias:

i. Neuroplasticidad (Kandel, 1998).

ii. Epigenética (Waddington, 1956).

3. La parentalidad positiva es un concepto que se encuentra de moda en la actualidad. Se define como el comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación e incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño. Estaría en relación con conceptos clásicos de Winnicott (*madre suficientemente buena o ambiente facilitador*) y de Bowlby (*apego seguro*).

4. La compresión por parte de los padres de cómo funcionan sus hijos es uno los factores que marcan el pronóstico del crecimiento de cualquier niño/a. Ya que de este modo pondrán dar respuestas adecuadas a sus necesidades. Peter Fonagy se refiere a esta capacidad como la *función reflexiva o capacidad de mentalizar*.

5. La sociedad de nuestros días marcada por "el todo vale" deja a los padres sin unos modelos claros de referencia a imitar o rechazar para la crianza de sus hijos. Esta situación puede hacer que la crisis vital que supone el nacimiento de un hijo, con los consiguientes reajustes a nivel de la identidad de los progenitores y de la estructura familiar, sea más complicada de superar de forma saludable.

6. El trabajo de diversos autores de orientación psicoanalítica, como Anna Freud, Winnicott o Dolto, en el campo de la prevención con los padres.

Este grupo psicoeducativo es una actividad de prevención primaria, más concretamente de educación para la salud. Va dirigida a padres y madres de bebés de 0 a 12 meses del Área Sanitaria III del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Es un grupo cerrado, de objetivos y tiempo limitado. Se realiza en coordinación entre Atención Primaria y Especializada (Salud Mental).

Los objetivos que fijamos para esta actividad fueron los siguientes:

1. Objetivo general:

a. Favorecer que los futuros padres puedan criar de una forma saludable a sus hijos.

2. Objetivos específicos:

a. Elaborar las ansiedades relacionadas con su nuevo rol como madres y padres.

b. Revisar las expectativas depositados en sus futuros hijos.

c. Informar sobre temas relacionados con la crianza.

d. Desarrollar la capacidad de los padres y las madres de entender a sus hijas/os a través de la observación.

El grado de consecución y la profundidad de trabajo de estos objetivos estaban limitados por su breve duración. Pudiendo ser necesario en algún caso, aconsejar a alguna de las parejas de padres seguir algún otro tipo de intervención[3].

Su frecuencia fue semanal. Su duración fue de siete sesiones de una hora y media que se hacían por la tarde para facilitar la asistencia de ambos progenitores: los miércoles de 16:30 a 18:00 horas.

[3] Se indicó a una de las madres que pidiera consulta en Salud Mental. Vivió el parto de forma traumática. Su hija nació con una cardiopatía congénita que no fue detectada durante el embarazo. Se la llevaron nada más nacer sin enseñársela al hospital de referencia que estaba localizado en otra autonomía. No la pudo verla hasta pasadas dos semanas.

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

El equipo terapéutico estuvo formado por dos conductores que trabajaron en co-conducción: una matrona y un psiquiatra.

Los temas de las sesiones fueron:

Sesión 1: ser madre/padre (I). Los miedos ante el nuevo hijo

Sesión 2: ser madre/padre (II). Las emociones que nos despiertan esta nueva situación.

Sesión 3: efectos del ecosistema familiar y social. 1 - Los cambios de la familia y la sociedad en la actualidad y su repercusión en la relación padres – hijo. 2 – La familia como trasmisora de modelos de crianza.

Sesión 4: relacionarse con el bebé (I). Taller de masaje para el bebé.

Sesión 5: relacionarse con el bebé (II). Taller de masaje para el bebé.

Sesión 6: poner límites para favorecer el crecimiento emocional.

Sesión 7: final. Resumen y conclusiones.

El esquema de las sesiones fue: un momento inicial de introducción del tema por parte de los conductores, la realización de una actividad que actuara como disparador y la posterior discusión libre por parte del grupo de lo sucedido en la actividad.

El papel de los conductores fue:

- Introducir el tema de la sesión a través de un breve discurso y proponer una actividad que funcionara como disparador.
- Favorecer la participación activa de los participantes a través de sus reflexiones, y preguntas y aportaciones de su experiencia.
- Facilitar que la comunicación entre los padres y madres del grupo para que compartan sus experiencias, dudas y preocupaciones.
- Subrayar las intervenciones de los padres y madres que van en consonancia con la tarea del grupo
- Dirigir el discurso del grupo.
- Aclarar dudas sobre temas relacionados con la crianza en determinada situaciones.

La Dirección de Enfermería del Área Sanitaria organizó una sesión clínica[4] en el Hospital a la que se invitó profesionales del Área Sanitaria que atendían a bebés (pediatras y enfermeras pediátricas de atención primaria y especializada, matronas,…) así como al Equipo de Salud Mental de Niños y Adolescentes del Área, para informar y divulgar la puesta en marcha del grupo.

Hubo 15 derivaciones. Se eligieron ocho. Se tomó como criterio la existencia de algún factor que pusiera en riesgo el desarrollo del bebé: enfermedad médica del bebé, padres inmigrantes, padres inseguros y dependientes, madre soltera, bebe en acogimiento familiar,… La derivación se realizó a través de un pequeño formulario y un contacto telefónico donde se explicaba brevemente la situación de los padres y el bebé. Nos llamó la atención que todos los casos procedían del centro de salud donde trabajaba la matrona.

Una de las seleccionadas aviso el día de la primera sesión que no iba acudir ya que habían admitido a la bebé en piscina para estimular su desarrollo psicomotor y coincidían los horarios.

Otra de las madres dejo de asistir después de la primera sesión por que comenzó a trabajar. Y otra dejo de acudir tras la primera sesión sin avisar.

Acudieron de forma regular los padres y madres de cuatro bebés y una madre cuyo esposo solo pudo acudir a dos sesiones por su trabajo (Anexo I).

Las madres y padres que asistieron a la última sesión cubrieron una encuesta de satisfacción (Anexo II)

Vamos a comentar brevemente la última sesión donde se intentó realizar una recapitulación de lo hablado en las anteriores. Para este fin se utilizó como disparador la construcción entre todos los integrantes del grupo, incluidos los conductores, de un collage (Anexo III).

Las madres y padres con sus bebés van llegando a goteo en el transcurso de unos veinte minutos, como es lo habitual. Nos colocamos sentados alrededor de una mesa.

Los padres y padres se colocan por parejas y dejan los cochecitos apartados en una esquina de la habitación. Ambos padres se turnan para tener en las rodillas a su hijo. Algunos padres juegan a hacer interaccionar a sus bebés con otros. Una de las madres mientras comentamos el collage da el pecho a su hijo.

Aurelio ayuda a la madre que viene sola, recortando y pegando lo que ella elije, para que pueda tener a su hijo en brazos.

Paloma pide que los padres y madres vayan explicando lo que han puesto en el collage. Al final Paloma y

[4] Se realizó otra sesión clínica al finalizar la actividad para informar sobre su desarrollo.

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

Aurelio hablamos de lo que hemos aportado al collage. Resumimos a continuación los comentarios.

- J. L. y E. se centran en la relación con su hijo y el afecto que les despierta. Recuerdan la sesión dedicada al masaje. Hablan del contacto piel a piel.
- B. y J. hablan que han puesto fotos para simbolizar a un padre/madre que dan un masaje a su bebé, parece que el bebé no está atento pero misteriosamente se tranquiliza.
- E. y J. comentan fotos en relación a la cesárea. E. revive este momento con angustia aunque menos que en la primera sesión. Las otras madres comentan su experiencia. Tres tuvieron cesárea. Los padres también participan. Les gustaría haber estado en la cesárea. Dicen que podría ser posible pero entienden las razones por que no se lo permitieron.
- I. y C. hablan de que al principio no se sentían unidos a su hija, no estaban preparados, y cómo fueron encontrando su lugar. Comentan las diferencias de rol entre las madres y los padres. Piden a Paloma si hay algún libro o página web sobre el tema del masaje. Paloma les dice que les dejara información en el mostrador de la entrada.
- S. estuvo hasta un poco antes de hablar dando el pecho a su hijo. Sus aportaciones se centran sobre la lactancia y los sentimientos que les despierta. Las mamas intervienen para hablar de la suya o de que les gustaría poder haberlo hecho. E. vive esto como una perdida, dice que ha tenido que renunciar a muchas cosas ya que pensaba que las cosas iban ser de una forma y fueron muy diferentes. O. llora y esta acalorado. Su madre lo saca fuera. Más tarde explica que fue para cambiarle el pañal.
- Paloma lee en voz alta las frases que pego: "educación: amor más límites", "fomenta su armonía e inteligencia emocional",…
- Aurelio agradece a los padres y madres su asistencia y lo que le han enseñado. Dice que al escucharlos se da cuenta de que la foto que eligió es un poco el resumen de lo que comentan: la relación tan fuerte entre ellos y su bebé y el lugar tan importante que ocupa en sus

ANEXO I: INTEGRANTES DEL GRUPO

1. PADRES-MADRES

	MADRES	PADRES
NÚMERO	5	4
EDAD (AÑOS)	*30 - 33 – 38 - 39 - 47*	*37 - 39 - 41 - 45*

2. BEBÉS

	NIÑAS	NIÑOS
NÚMERO	3	2
EDAD (MESES)	*4 ½ - 5 - 6*	*4 - 4*

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

ANEXO II: ENCUESTA SATISFACIÓN

	11	2	3	4	5	6	7	8	9	1 1 0
Facilidad para conseguir entrar en el grupo									2	7
Ubicación, comodidad, estado y limpieza de la zona de grupo								1	3	5
Tiempo de espera para comenzar cada sesión del grupo							1		4	4
Trato del personal no sanitario (celadores, administrativos, etc.)			1				1		1	6
Eficacia y competencia de los conductores								1	1	7
Trato de los conductores									1	8
Tiempo dedicado por los conductores									1	8
Grado de satisfacción con los temas tratados en las diferentes sesiones						1		1	2	5
Respeto de los conductores hacia su intimidad									3	6
Satisfacción global en su experiencia grupal								1	1	7

SUGERENCIAS:
ANEXO III: COLLAGE

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez Fernández, A. J. y Mateos Agut, M. (2014). *Familia, crianza y salud. Teoría y práctica grupoanalítica*, 4(2), 233 – 244.

Assen, E., y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based Therapeutic Interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 347 – 370.

Dolto, F. (2005). La dificultad de vivir 1. *Familia y sentimientos* (1981). 4º reimpresión. Barcelona: Editorial Gedisa;

Dolto, F. (2005). La dificultad de vivir 2. *Psicoanálisis y sociedad* (1981). 4º reimpresión. Barcelona: Editorial Gedisa.

Freud, A. (1997). *Normalidad y patología en la niñez* (1965). 9ª reimpresión. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. y Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental state: The reflective self in parent and child and its signifigance for security attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 20 – 217.

Kandel, E. R. (2007). *Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente*. Barcelona : Ars Medica.

Marrone, M. (2002). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimatica.

Mateos Agut, M. (2012). *Estructura de las Familias de Pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria y su Relación con la Clínica* [tesis doctoral]. Burgos: Universidad de Burgos.

Winnicott, D. W. (1999). *Desarrollo emocional temprano. En D. W. Winnicott, Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 199-214). Barcelona: Paidos.

Winnicott, D. W. (1999). *Preocupación maternal primaria. En D. W. Winnicott, Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 397-404).Barcelona: Paidos.

Winnicott D. W. (1967a). El concepto de individuo sano. En D.W. Winnicott. (1993). *El hogar nuestro punto de partida Ensayo de un psicoanalista* (pp. 27-47). Barcelona: Paidos.

Winnicott, D. W. (1967b). Salud ambiental en la infancia. En D.W. Winnicott. (1990). *Los bebés y sus madres* (pp. 83-94). Barcelona: Paidos.

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

DESARROLLO EMOCIONAL Y SOCIAL EN UN GRUPO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL*

EMOTIONAL AND SOCIAL DEVELOPMENT IN A GROUP OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Lorena Martín de la Fuente**, Mª Nieves Barahona Esteban*** y Mª Teresa García Pinto****

RESUMEN

Esta comunicación plantea una intervención que pretende el desarrollo emocional y social en personas con discapacidad intelectual en la etapa de la vida adulta. Con ella se trabaja la adquisición y potenciación de estrategias de afrontamiento emocional y social para controlar y gestionar mejor sus emociones en su desenvolvimiento emocional y relacional, en busca de un adecuado desarrollo personal que fomente su adaptación al grupo y al entorno. La intervención propuesta consta de tres sesiones semanales durante 9 semanas en las que se trabajan cinco bloques: conocimiento y cuidado personal, relación con otros, habilidades comunicativas, expresión de emociones y regulación personal. Después de la intervención los participantes han obtenido resultados positivos observándose que los indicadores utilizados para la evaluación de los bloques trabajados estaban conseguidos o estaban en proceso de lograrse.

Palabras clave: Desarrollo emocional, desarrollo social, afrontamiento, adaptación, discapacidad intelectual.

ABSTRACT

This communication presents an intervention that aims to emotional and social development in people with intellectual disabilities in the stage of adulthood. In it, was worked the acquisition and empowerment of emotional and social coping strategies to better control and manage their emotions on their emotional and relational enfoldment, looking for a suitable personal development to promote their adaptation to the group and the environment. The proposed intervention consists of three sessions per week for nine weeks in five blocks work: knowledge and personal care, relationships with others, communication skills, emotional expression and personal regulation. After the intervention participants have shown positive results and were observed that the indicators used for the evaluation of the worked blocks were obtained or were being achieved.

Key words: Emotional development, social development, coping, adaptation, intellectual disabilities.

* Comunicación presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León.

**Asociación Síndrome de Down – Burgos. E-mail: lorena7743@hotmail.com

*** Escuela Universitaria de Magisterio Fray Luis de León – Valladolid. E-mail: nieves.barahona@eumfrayluis.com

**** Escuela Universitaria de Magisterio Fray Luis de León – Valladolid. E-mail: teresa.garcia@eumfrayluis.com

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

INTRODUCCIÓN

Desde que comenzamos a tener uso de razón, en el ámbito familiar y escolar "nos enseñan a pensar", pero no así, o por lo menos en menor medida, a algo tan importante como a "aprender a sentir". Esta educación emocional se deja de lado, dando por hecho que es algo que cada uno va a ir adquiriendo por sí mismo a lo largo de la vida. Pero todos necesitamos que nos enseñen, guíen y ayuden a sentir de forma adecuada, y a controlar y manejar esos sentimientos y emociones (Fernández-Berrocal, Berrios, Extremera y Augusto, 2012). Con más razón las personas con discapacidad intelectual tienen necesidad de este aprendizaje por su falta de habilidades para regular las emociones, que les puede ocasionar graves trastornos personales, interpersonales y/o académicos (Matito, 2004).

Como señala Quiroga (2009) la educación emocional se puede concretar a través del desarrollo de las competencias emocionales y sociales para un buen afrontamiento de situaciones y una adecuada adaptación al grupo y al entorno. La competencia emocional supone el reconocimiento y manejo de los sentimientos y las emociones, tanto propias como ajenas, para lograr relaciones mutuamente satisfactorias en el medio familiar, escolar, laboral y social. Para Bisquerra (2012) es "el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regula de forma apropiada los fenómenos emocionales" (p. 68). Y está compuesta de cinco elementos: conciencia emocional, regulación emocional, autogestión, inteligencia interpersonal, habilidades de vida y bienestar. Y la competencia social hace referencia a mantener buenas relaciones con otras personas (Bisquerra, 2012). Esto implica disponer de habilidades sociales básicas, una comunicación receptiva y expresiva, una actitud de respeto a los diferentes puntos de vista que puedan surgir en una discusión, la adopción de actitudes pro-sociales y de cooperación y asertividad.

Como es el caso de este trabajo, al ocuparnos de personas con discapacidad tenemos que referirnos a integración tanto en el desarrollo personal como social de estas personas. En los centros educativos se trabajan estos dos aspectos, además del aprendizaje de conocimientos, y es un espacio privilegiado, por tanto, para desarrollar la competencia emocional como social de los alumnos (Pereda, de Prada y Actis, 2012). Por eso, nuestra intervención se desarrolla en un Centro de Formación Permanente e Integración Laboral para adultos con discapacidad intelectual, en el cual se desarrollan varias actividades formativas para fomentar la autonomía personal y la resolución de situaciones en su vida diaria.

En la actualidad, se puede decir que existe cierto acuerdo dentro del ámbito educativo en cuanto a la necesidad del desarrollo emocional para favorecer el pleno crecimiento de la persona (Bisquerra, 2011; Agulló, Filella, García, López y Bisquerra, 2010). Se da importancia tanto al desarrollo cognitivo como al desarrollo emocional, ya que los dos están interrelacionados entre sí y no se puede entender el uno sin el otro (García, 2011). Si esto se considera importante para las personas sin discapacidad, para las personas con discapacidad o con necesidades educativas especiales se debe convertir en imprescindible.

En la etapa de Educación Infantil, se tiene más en cuenta la educación emocional, dándose verdadera importancia al bienestar emocional del niño (Pasi, 2001). Y esto refuerza la integración e interacción en el grupo y en el medio de las personas con discapacidad, siendo beneficioso para ellos. Pero cuando llegamos a Educación Primaria se empieza a minusvalorar este aspecto, dando más relevancia a la consecución de los objetivos marcados en el currículo escolar, objetivos casi todos relacionados con la parte de la inteligencia cognitiva y dejando un poco de lado el ámbito emocional (Merrell y Gueldner, 2010). Esto mismo podemos decir que sucede en la Educación Secundaria

En los niños sin discapacidad intelectual puede interferir menos en su desarrollo personal el hecho de dejar en segundo plano las competencias emocionales y sociales para afianzar otros conocimientos, ya que ellos de forma espontánea pueden adquirir estos aspectos relacionados con el reconocimiento y expresión de las emociones y afrontamiento de las relaciones grupales. Pero las personas con discapacidad intelectual necesitan mayor trabajo y práctica en estos aspectos emocionales y sociales para poder desarrollarse al máximo. Este trabajo se centra en este colectivo porque presenta carencias en aspectos relacionados con la competencia emocional (Martín, 2014). Son personas muy válidas para afrontar un empleo ordinario, siendo capaces de realizar adecuadamente sus tareas en su puesto de trabajo (Flores, Jenaro, Tomşa, López, y Beltrán, 2014). Sin embargo, encuentran complicaciones en aspectos relacionados con los componentes principales de la educación emocional: autocontrol, autoestima, habilidades sociales, entrenamiento asertivo y habilidades para la vida. Todos ellos necesarios, no solo para una adecuada integración laboral, si no para el desarrollo integral de la persona (Bermejo y Ribot, 2007).

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

MÉTODO

Objetivos

El objetivo general de la investigación fue el desarrollo emocional y social de un grupo de personas con discapacidad intelectual a través de un plan de intervención. Y los objetivos específicos de este plan, y a los cuales se refieren los cinco bloques (conocimiento y cuidado personal, relación con otros, habilidades comunicativas, expresión de emociones y regulación personal) que se trabajan con las de actividades que se propusieron, fueron los siguientes:

- Conocer y controlar las propias emociones
- Generar emociones positivas
- Identificar las emociones de los demás
- Desarrollar habilidades de relación con otros
- Dotar de estrategias adecuadas de comunicación
- Orientar en la toma de decisiones en el ámbito personal y social
- Fomentar su autodeterminación

Diseño y variables

Se trata de un diseño cuasi-experimental pre-post de un grupo al que se realiza la intervención. La variable independiente (VI) fue el plan de intervención con las actividades utilizadas para la misma (tabla 1).

Las variables dependientes (VD) fueron:

- la competencia emocional: conocimiento personal y expresión de emociones
- y las habilidades sociales: relación con otros, habilidades comunicativas, regulación personal

Participantes/Muestra

La intervención se plantea centrada en personas con discapacidad intelectual que ya no están en la etapa educativa, es decir, que actualmente están trabajando en centros ordinarios bajo la metodología del Empleo con Apoyo o bien están formándose para trabajar en un entorno integrado. Concretamente se ha llevado a cabo con cuatro jóvenes (dos hombres y dos mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 34 años) con discapacidad intelectual que están desarrollando un empleo ordinario basado en la metodología del Empleo con Apoyo en horario de mañana. Por la tarde asisten al centro de Formación Permanente e Integración Laboral para adultos con discapacidad intelectual para continuar su formación continua con actividades formativas que fomenten su autonomía personal y la resolución de situaciones en su vida diaria.

Los cuatro participantes han estado escolarizados hasta la etapa de primaria en centros ordinarios y luego han pasado por programas de Educación Básica Obligatoria (EBO) y Transición a la Vida Adulta (TVA) en un centro de Educación Especial.

Procedimiento

El desarrollo del programa de intervención se llevó a cabo del 13 de enero de 2014 al 14 abril 2014. Las sesiones se realizaron en horario de tarde de 16:30 h a 19:30 h tres días a la semana, durante 9 semanas con un total de 120 horas.

Aunque las sesiones son en grupo de cuatro, a la hora de llevar a cabo la actuación y la evaluación se tuvieron en cuenta la individualidad y la capacidad de cada uno.

BLOQUES	ACTIVIDADES			
CONOCIMIENTO Y CUIDADO PERSONAL	Nos conocemos mejor	Reconocer nuestro propios errores	Mis cualidades	
NOS RELACIONAMOS	Asertividad y resolución de problemas 1	Asertividad y resolución de problemas 2	Asertividad y resolución de problemas 3	Me relaciono
DEBATE	Nuestro debate		El debate	
TALLER DE EXPRESIÓN DE EMOCIONES	Expresión corporal Expresión dramática	El palo de la escoba La Foto	El bolo El ciego y su Lazarillo	Jugamos a improvisar Protagonistas y Antagonistas
¿TU QUE HARÍAS?	*Una imagen Mejor que mil palabras.*			
YO DECIDO MI OCIO	¿Qué hacemos este fin de semana?:			

Tabla1: Bloques y actividades del plan de intervención

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

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
16:30 18:00	CONOCIMIENTO PERSONAL		NOS RELACIONAMOS		DEBATE
18:00 19:30	TALLER DE EXPRESIÓN DE EMOCIONES		¿TÚ QUE HARÍAS?		YO DECIDO MI OCIO

Tabla 2: Temporalización de las sesiones del programa de intervención

Las sesiones prácticas se llevaron a cabo en un contexto real o simulado para llegar a alcanzar los objetivos; para ello se tuvieron en cuenta los recursos comunitarios como herramienta de trabajo.

Para llevar a cabo la intervención se partió de un Plan Individual (en adelante P. I.) (Anexo I) que se basó en la Evaluación Inicial previa (Anexo II) realizada por uno de los investigadores. En él se plasmaron los objetivos marcados.

Este P. I. fue establecido por el profesional tutor (uno de los investigadores), con la participación de la propia persona con discapacidad intelectual y su familia. Con esta participación se pretende que la persona tome decisiones sobre temas relacionados con ella y las familias se comprometan activamente a cumplir las pautas marcadas en el P. I. Además se realizó un seguimiento continuado del P. I. para recoger información y hacer posibles reajustes.

El investigador que llevó cabo la intervención hizo las funciones de tutor y realizó el seguimiento, la valoración de los resultados y la propuesta de cambios y revisiones.

Los contenidos trabajados en la intervención fueron los siguientes:

- Conocimiento personal: autoestima, autoimagen, intereses, motivaciones, capacidades-dificultades
- Valoración positiva de las habilidades personales
- Control emocional, expresión de sentimientos y emociones
- Autocontrol en las situaciones y manejo de la conducta en función del contexto
- Afectividad - sexualidad
- Habilidades de autodeterminación y elecciones personales
- Estrategias de autodirección
- Conocimiento de deberes
- Asertividad, defensa de derechos personales en el grupo social

Recursos

Los recursos que se utilizaron fueron de dos tipos: personales y materiales.

- Personales: un profesional de la educación con Grado en Primaria y con formación complementaria en Educación Especial y experiencia como Preparador Laboral. Y un psicólogo para realizar las evaluaciones individuales y la recogida de información y dar apoyo psicológico en momentos puntuales su fuese necesario.
- Materiales: se utilizaron los recursos materiales con los que cuenta el centro: instalaciones, ordenadores y tablets, aulas polivalentes…

Actividades

En cuanto a las actividades (por razones de espacio no podemos adjuntarlas en esta comunicación), unas fueron de elaboración propia para esta intervención y otras fueron tomadas de material ya existente para trabajar el desarrollo emocional y social. Hay que señalar que el material creado para la ocasión fue adaptado a las necesidades de los participantes y que en cada actividad se utiliza una ficha de apoyo.

En cuanto al ya existente, se trabajó con material tomado del *Programa de Inteligencia Emocional para la convivencia escolar*. PIECE I y II (Vallés, 2007a y 2007b). Y para el desarrollo de las sesiones "¿Tú qué harías?" se utilizó una herramienta multimedia *Una imagen mejor que mil palabras* creada para la preparación laboral de personas con discapacidad intelectual desarrollado por investigadores de la Universidad de Valencia y del Instituto de Robótica y taller de Audiovisuales. Fundación Proyecto Aura.

Evaluación

Para llevar a cabo la evaluación de la intervención se realizó de dos formas. La primera fue mediante una hoja de indicadores (Anexo III) basada en los objetivos planteados, que fue aplicada a los sujetos en tres momentos: al inicio (13 de enero), a la mitad (26 de febrero) y al final de la intervención (14 de abril). Y la segunda manera de evaluación fue a través de una encuesta personal a los participantes (Anexo IV).

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

RESULTADOS

Los resultados obtenidos del análisis de la evaluación de los indicadores han sido los siguientes, mostrando primero un análisis sujeto por sujeto, y después, comparativo entre los mismos.

Sujeto 1

Al inicio de la intervención el sujeto 1 tenía dos de los indicadores no conseguidos (40%) y tres en proceso (60 %). Como se puede observar en el gráfico 1 hay un aumento progresivo de los indicadores conseguidos y una disminución de los que no están conseguidos. Y al final de la intervención obtuvo 2 en proceso (40%) y tres conseguidos (60%).

Sujeto 2

Según se observa en el gráfico 2, el sujeto 2 al inicio de la intervención partía con un indicador ya conseguido (Identifica las emociones de los demás.); es decir con un 20% ya adquirido. Tenía un 40% en proceso y otro 40% sin conseguir. Al final de la intervención obtuvo 3 indicadores adquiridos (60%) y dos en proceso (40%). Por lo tanto, también se observa un aumento de los indicadores logrados.

Sujeto 3

En el gráfico 3 se puede apreciar que el sujeto 3 al inicio de la intervención partía con un indicador conseguido (Identifica las emociones de los demás), un 20%, con otro no conseguido (20%) y con tres en proceso (60%). Al finalizar la intervención este sujeto obtuvo un 80% conseguido y un 20% en proceso. A sí mismo, también se observa un aumento.

Sujeto 4

El sujeto 4 (gráfico 4) partía con tres indicadores no conseguidos (60%) y dos en proceso (40%); y al finalizar la intervención tenía una dos conseguidos (40%) y tres en proceso (60%). El tanto por ciento conseguido con respecto a los otros sujetos es inferior, pero este sujeto partía con un 60% no conseguido, porcentaje mucho mayor que los demás al inicio de la intervención. Se puede observar también, por lo tanto, un aumento en el porcentaje de los indicadores conseguidos.

En el gráfico general de los cuatro sujetos (gráfico 5) se aprecia un aumento considerable al final de la intervención en los indicadores en proceso y de los indicadores conseguidos. Tanto el sujeto 1 como el sujeto

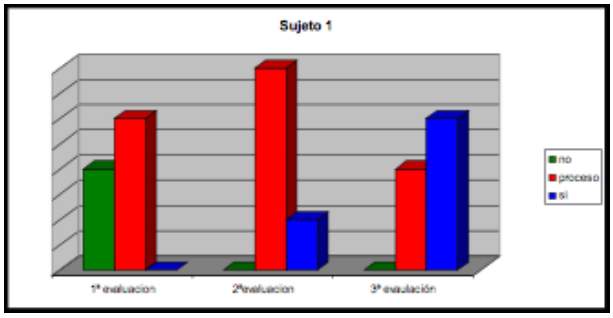


Gráfico 1: gráfico de barras de la evaluación del sujeto 1

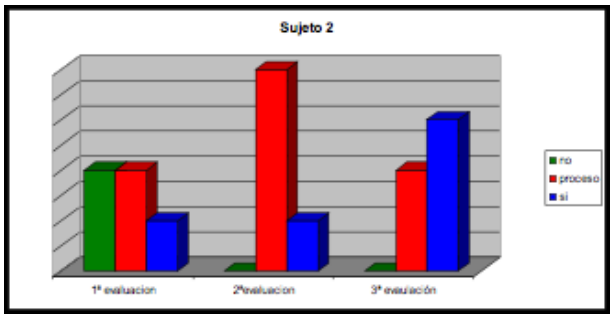


Gráfico 2: gráfico de barras de la Evaluación del sujeto 2

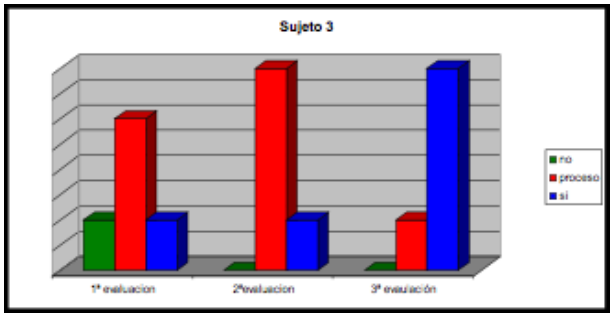


Gráfico 3: gráfico de barras de la Evaluación del sujeto 3

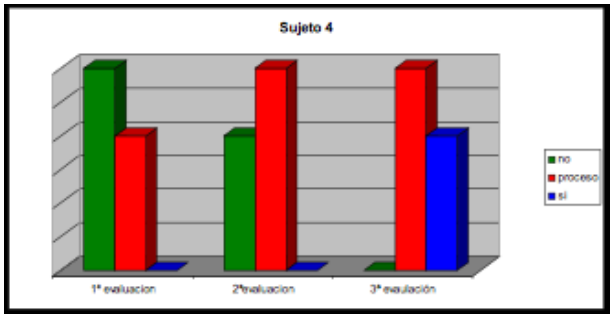


Gráfico 4: gráfico de barras de la Evaluación del sujeto 4

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

2 han conseguido un 60% de los indicadores marcados (es decir, tenían conseguidos 3 de los 5 indicadores marcados, más de la mitad, y los otros 2 en proceso), el sujeto 3 ha conseguido un 80% (de los 5 indicadores ha conseguido 4 y el otro en proceso) y el sujeto 4 un 40% (de los cinco **indicadores** ha conseguido 2 y los otros 3 en proceso). Se puede observar una mejoría notable en todos los sujetos.

A continuación se ofrecen los resultados fijándonos en los indicadores de la última evaluación:

1) Identifica las emociones de los demás. El **75%** de los sujetos lo tiene **conseguido**.

De los 4 sujetos tres lo tienen conseguido y uno está en proceso.

2) Controla las propias emociones. El **25%** de los sujetos lo tiene **conseguido**.

De los 4 sólo 1 lo ha conseguido, los demás están en proceso.

3) Elabora emociones positivas. Un **50%** de los sujetos si lo tiene **conseguido**.

De los 4 sujetos 2 lo han conseguido y 2 los tienen en proceso.

4) Está acostumbrado a tomar decisiones. El **50%** de los sujetos lo tiene **conseguido**.

De los 4 sujetos 2 lo han conseguido y 2 los tienen en proceso.

5) Defiende sus intereses en el grupo. El **100%** de los sujetos lo tiene **conseguido**.

De los 4 sujetos todos lo han conseguido.

En general se observa que todos los indicadores o están conseguidos o están en proceso después de haber sido trabajados.

Por último, se muestran los resultados obtenidos en la encuesta personal.

La media global de la evaluación de los participantes fue de 3.31 sobre 4.

El 100% de los participantes valoraron al máximo los ítems "¿Te gusta participar en este proyecto de las emociones?" y "¿Te gustan las actividades realizadas en este proyecto?". Y el 75% de los participantes cree que "Ha mejorado mucho su relación con los demás compañeros" y "Cree que sabe solucionar mejor sus problemas."

Por lo tanto, aunque no existen datos anteriores con los que poder comparar, se puede decir que el resultado logrado es positivo.

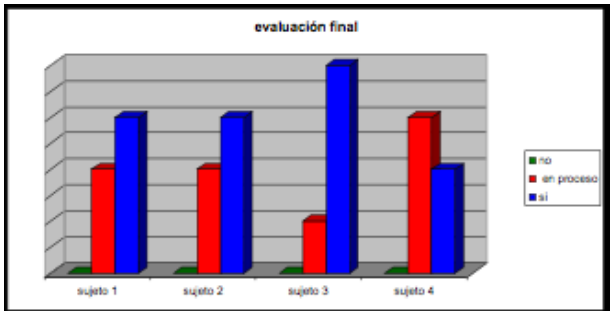


Gráfico 5: gráfico de barras de la evaluación general de los cuatro sujetos

CONCLUSIONES

Después de la realización de la intervención propuesta podemos concluir que en las personas con discapacidad que han participado en ella, el trabajo grupal en el aspecto emocional y social es conveniente para mejorar su aspecto relacional y para acrecentar la confianza y seguridad en ellos mismos.

De los resultados obtenidos se puede deducir que, si en un periodo de tiempo tan reducido (3 meses) dedicado a desarrollar los aspectos emocionales y sociales se observa un aumento significativo en los indicadores de evaluación, si se siguiera trabajando con estas personas los resultados serían mucho más beneficiosos para ellos.

Además al trabajar también su adaptación al entorno laboral, se actúa en otro aspecto importante en su vida que ayuda a una adecuada inserción en la sociedad. Como señalan Verdugo, Benito, Orgaz, Jordán de Urríes, Martín, y Santamaría (2012), aunque sigue siendo una realidad que las personas con discapacidad no tienen fácil su inserción laboral, se puede decir que actualmente las personas con discapacidad pueden ejercer su derecho al trabajo como cualquiera.

Estos resultados nos animan a seguir trabajando en esta dirección dado que, como señalan algunos estudios (Inge, 2008; Karr, 2009 en Verdugo y col., 2012; Zins, 2004), existe la necesidad de trabajar la pertenencia social e integración de las personas con discapacidad a través de la mejora de habilidades sociales y de la toma de decisiones, así como de promover las estrategias de afrontamiento necesarias para enfrentarse a entornos donde no se sienten protegidos.

En definitiva, la mejora en el desenvolvimiento emocional y relacional de las personas adultas con discapacidad intelectual ha de tener en cuenta a la persona humana en su totalidad y complejidad.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agulló, M. J., Filella, G., García, E., López, E., Bisquerra, R. (Coord.). (2010). *La educación emocional en la práctica*. Barcelona: Horsori-ICE.

Bermejo, J. C. y Ribot, P (2007). *La relación de ayuda en el ámbito educativo. Material de trabajo*. Madrid: Ed. Sal Terrae.

Bisquerra, R. (Coord.). (2011). *Educación emocional. Propuestas para educadores y familias*. Bilbao: Desclée de Brower.

Bisquerra, R. (2012). *Orientación, tutoría y educación emocional*. Madrid: Síntesis.

Fernández-Berrocal, P., Berrios, P., Extremera, N., y Augusto, J.M. (2012). Inteligencia emocional, 22 años de avances empíricos. Psicología conductual. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 20, 1, 5-14. ISSN 1132-9483.

Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N. (2004.) *Desarrolla tu inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos.

Flores, N., Jenaro, C., Tomşa, R., López, J y Beltrán, M. (2014). Actitudes, barreras y oportunidades para el empleo de personas con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1, 4, 613-619. ISSN: 0214-9877.

García, M. (2011). *Habilidades sociales en niños y niñas con discapacidad intelectual*. Sevilla: Eduinnova. ISBN: 978-84-614-7610-7.

Martín, L. (2014). *Inteligencia emocional en personas adultas con discapacidad intelectual*. Trabajo no publicado. Universidad de Valladolid.

Matito, R. (2004). *Discapacidad intelectual y desarrollo socioeducativo*. Chiclana: Fundación Vipren.

Merrell, K. W. y Gueldner, B. A. (2010). *Social and Emotional Learning in the Classroom: Promoting Mental Health and Academic Success*. London: Guilford Presss.

Pasi, R. J. (2001). *Higher expectations: promoting social emotional learning and academic achievement in your school*. New York: Teachers College Press.

Pereda, C., de Prada, M.A. y Actis, W. (2012). *Discapacidades e inclusión social*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Quiroga, M.P. (2009). *Psicología infantil aplicada I. Temperamento, dibujo infantil, inteligencias múltiples, sueño y emociones*. Salamanca: Kadmos.

Vallés, M. A. (2007a). PIECE I. *Programa de inteligencia emocional para la convivencia escolar*. Madrid: Ed. EOS

Vallés, M. A. (2007b). PIECE II. *Programa de inteligencia emocional para la convivencia escolar*. Madrid: Ed. EOS.

Verdugo, M.A., Benito, M. C., Orgaz B., Jordán de Urríes, F.B., Martín, R. y Santamaría, M. (2012). La Influencia de un Programa de Empleo con Apoyo en la calidad de vida percibida de sus usuarios. Siglo cero, *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 43 (3), 243, 69-83. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART19585/siglo_cero_eca.pdf

Verdugo, M. A. y Rodríguez, A. (2012). La inclusión educativa en España desde la perspectiva de alumnos con discapacidad intelectual, de familias y profesionales. *Revista de Educación*, 358, 450-470. Recuperado de http://www.revistaeducacion.educacion.es/re358/re358_21.pdf

Zins, J. E. (2004). *Building Academic Success on Social and Emotional Learning: What Does the Research Say?* New York: Teachers College Press.

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

INVESTIGAR LA COMUNICACIÓN EN EL GRUPO: EL DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO OBSERVACIONAL PARA UN GRUPO DE HERMANOS DE NIÑOS CON TEA*

RESEARCHING COMMUNICATION WITHIN THE GROUP: DEVELOPMENT OF AN OBSERVATIONAL TOOL FOR A GROUP OF SIBLINGS OF CHILDREN WITH ASD

Mariella Venturella**; Eulalia Arias***; Víctor Cabré****; Elena Fieschi *****y Nuria Farrés******

RESUMEN

Partiendo del estudio de un grupo de hermanos de niños con TEA, este artículo tiene como principal objetivo, resaltar la importancia del acercamiento entre la práctica clínica y la investigación. Se registraron siete sesiones en video para hacer un estudio con metodología observacional. El proceso de elaboración del instrumento observacional ad hoc fue estructurado tras la revisión de tesis doctorales basadas en experiencias de grupos desde la perspectiva psicoanalítica (Arias, 2004; Roustan, 2010; Vaimberg, 2010).

Palabras clave: clínica, investigación, grupos.

ABSTRACT

Based on the study of a group of siblings of autistic children, this article has a main objective: to highlight the importance of rapprochement between clinical practice and research. Seven sessions were recorded in video to study with observational methodology. The process of developing ad hoc observational instrument was structured following the revision of doctoral thesis based on experiences of groups from a psychoanalytic perspective.

Keywords: clinical, research, groups.

Las intervenciones psicoanalíticas requieren de estudios sistemáticos que muestren su efectividad y añadan claridad al rol del terapeuta. Diversos autores grupoanalíticos destacan la importancia de implicar al clínico en la investigación y al investigador en la clínica (Lorentzen, 2011). Con el propósito de disminuir la brecha que separa la práctica clínica de la investigación,

* Comunicación presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León.

** Facultat de Psicología Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España. Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet S.C.C.L., Barcelona, España.E-mail: mariellav@blanquerna.url.edu

*** Facultat de Psicología Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España. Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet S.C.C.L., Barcelona, España

**** Facultat de Psicología Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.

***** Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet S.C.C.L., Barcelona, España

****** Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet S.C.C.L., Barcelona, España

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

en este artículo colaboramos clínicos de orientación psicodinámica y especialistas en investigación.

A pesar de que el fenómeno grupal es de gran complejidad, desde nuestra perspectiva centramos el objeto de estudio en la comunicación, focalizada en la interacción que se da entre los miembros del grupo y las terapeutas.

La interacción es un fenómeno poliédrico, y nos preguntamos si es posible abordarlo científicamente haciéndolo accesible, sin dañar su desarrollo auténtico, natural y verídico. Esta cuestión encuentra una respuesta en la afirmación siguiente:

"No hay duda de que el estudio sistemático, objetivo y riguroso de la conducta humana es altamente complejo si partimos de las premisas relativas a la garantía de la espontaneidad de este comportamiento y de la naturalidad de la situación. El reto que implica abordar esta complejidad es la principal razón de ser de la metodología observacional en la investigación psicológica." Anguera (1991, p. 28).

Siguiendo a Anguera (1991, 1993, 2010b), entendemos que en la metodología observacional, se parte de la observación espontánea y natural y se hace camino hacia la observación científica. Es una metodología altamente flexible y adaptable a los comportamientos y a sus contextos. Se sigue un procedimiento científico, disciplinado y riguroso, que pone de manifiesto la ocurrencia de comportamientos perceptibles, para proceder a un registro organizado. Es la metodología que mejor se adapta a la complementariedad entre lo cuantitativo y lo cualitativo, ya que siempre que se haga un estudio se elaborará un instrumento *ad hoc*, que deberá someterse a un control de calidad antes de codificar el material. Posteriormente, se podrá pasar a operar cuantitativamente analizando los datos a partir de los códigos de las categorías y los parámetros de frecuencia, orden y duración con el uso de distintas técnicas analíticas.

LA CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN AD HOC

El método observacional es apropiado para aprender, comprender y describir como las personas interacción en un grupo. Es necesario que los datos registrados sean interpretados adecuadamente proporcionando sentido a la información percibida. Los principales instrumentos de observación son el sistema de categorías y el formato de campo. El sistema de categoría supone un mayor soporte teórico, mientras que el formato de campo es más flexible en situaciones de elevada complejidad. Ambos son elaborados *ad hoc* y pueden a su vez complementarse.

En la literatura hay múltiples trabajos que avalan el valor de la metodología observacional para el estudio de la interacción (Arias, 2004; Arias y Anguera, 2004, 2005; Roustan, 2010, 2011; Vaimberg, 2010). Dado la complejidad que supone la investigación de la conducta humana y sus interacciones, traemos tres ejemplos para ilustrar el beneficio de la complementariedad metodológica en los estudios de la comunicación de grupos.

El primer trabajo se trata de un tratamiento grupal de adolescentes a fin de trabajar la comunicación con jóvenes que presentaban dificultad de la relación y bajo rendimiento académico (Arias, 2004). La construcción del instrumento implicó transcribir inicialmente la totalidad de las emisiones verbales/vocales de los participantes a partir del turno de intervención. Dando inicio al proceso de categorización en dos dimensiones (verbal y no verbal) se construyó un instrumento de 30 categorías en el que se articularon dos subsistemas el verbal (20) y el no verbal (10). Las categorías fueron definidas distinguiendo el núcleo categorial y el nivel de apertura o plasticidad, y para cada una de ellas se extrajeron ejemplos y contraejemplos de las grabaciones efectuadas. Una vez elaborado el instrumento de observación se sometió a un proceso de cambio, reagrupando las categorías afines en las seis modalidades comunicativas siguientes: dinamizadora, interpretativa, intervenciones de contenido expresivo, defensivo, expresión no verbal de la emoción y el silencio.

El segundo estudio es una investigación aplicada a la comunicación en un grupo psicoterapéutico con mujeres que han superado un cáncer de mama (Roustan, 2010). En su investigación, Roustan (2010), partió de la observación pasiva de los vídeos grabados considerando como unidad de registro el turno de palabra. El instrumento de observación construido contempla cuatro dimensiones. Para cada dimensión definió un sistema de categorías. Además, doto un instrumento de código valorativo, llamado código de deseabilidad. El resultado fue un instrumento de observación GAFA, contando con un esquema multidimensional (y sus categorías básicas) de los patrones de ayuda interactiva. Estas categorías lo considero una codificación de primer nivel. Para los fines de análisis de datos realizo un reagrupamiento de las puntuaciones de las categorías básicas (primer nivel) en macro categorías (nivel secundario de codificación). Finalizando con un esquema de codificación para el análisis de datos.

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

El tercer trabajo estudia lo que ocurre en el desarrollo de una psicoterapia grupal mediada tecnológicamente (Vaimberg, 2010). Vaimberg (2010) creo un instrumento denominado PSICAT.G – Guía para estudios psicológico grupales. Este instrumento se caracteriza por la complementariedad entre formato de campo y sistema de categorías. Desde la perspectiva del formato de campo propuso seis dimensiones. A partir de cada dimensión construyo un sistema de categorías. Estructurando el instrumento en forma de rating scale, proponiendo un intervalo de 1 a 9 para cada extremo de las dimensiones. En las posiciones centrales de cada dimensión definió categorías que describen estados mentales de equilibrio, mientras que progresivamente se avanza, en las posiciones externas, a estados mentales que representan excesos o defectos en relación a los fenómenos que cada dimensión intenta explicar.

GRUPO DE HERMANOS DE NIÑOS CON TEA

En el *Centro Educativo y Terapéutico Carrilet*, escuela específica para niños con TEA fundada en 1974, la atención va dirigida a todo el entorno familiar. La idea del grupo para hermanos de niños con autismo nace tras la observación de que, a menudo, no aparentan ninguna dificultad de adaptarse, siendo comprensibles y responsables, como si no hubiera espacio en la familia para otra problemática. As veces, se llega hablar de los hermanos en las entrevistas familiares, pero lo que parece suceder es que los profesionales a menudo también les olvidan y relegan a estos niños un rincón. Cuando el hermano con autismo está integrado en su mismo colegio, suelen sentirse extraños e incapaces de explicar que le pasa a su hermano. Ante situaciones que no saben qué hacer, entre proteger al hermano de las bromas y burlas de los demás, o hacer como si nada pasará, pueden llegar a sentir vergüenza, inseguridad, miedo, ambivalencia (Morral, Alcàcer, Sánchez, Mestres, Farrés, Monreal, et al., 2012).

El grupo tiene dos vertientes: por una parte la educativa y, por otra, la terapéutica. Lo que hace que el grupo no sea solo un espacio donde el niño pueda preguntar y hablar sobre temas que a lo mejor son demasiado penosos para sus padres, sino que, sobre todo, el grupo pone palabras a lo que les pasa por dentro, ayuda a unir, a vincular y a contener sus emociones. En síntesis, sus principales objetivos son (Fieschi, Farrés y Valls, 2011):

- Encontrarse con otros niños que viven la misma situación.
- Encontrarse con adultos que no son la familia, con los que poder hablar de un tema que a veces es tabú, otras es tratado de manera sesgada.
- Poner sentimientos en común: el miedo, los celos, la ignorancia, la rabia, la culpa.
- Poder hacer preguntas generales sobre el autismo.
- Poder preguntar sobre el autismo de 'mi hermano'.
- Hacer un recorrido dirigido a la comprensión, la integración y el duelo.
- Poderse expresar a través del juego, la plástica, el dibujo y la relación.
- Sentir que los sentimientos son respetados y recogidos.

El *setting* es una reunión mensual. Parece poco, pero esta frecuencia facilita que los padres les puedan acompañar y que los niños no vayan demasiado cargados de actividades. Hemos visto que los miembros del grupo pueden mantener la conexión con las sesiones, los compañeros y el material de trabajo a pesar de la larga pausa entre sesiones.

Antes de cada sesión se envía a los niños una carta que les recuerde del próximo encuentro. Como material, el grupo cuenta con dos cajas colectivas. Una con plastilina de colores y la otra con dos familias de madera plegable (padre, madre, niño y niña), lápiz y ceras de colores, hojas, tijeras y goma, y una carpeta para los dibujos.

La actividad del grupo se desarrolla, especialmente, con el trabajo de la plastilina y los muñecos de las familias. Las figuras de plastilina que hacen los niños se conservan a lo largo del tiempo, lo que hace que algunas acaben siendo personajes del grupo.

A nivel familiar, se realizan tres reuniones con los padres: dos colectivas, una antes de empezar y otra al finalizar el grupo, y las entrevistas individuales.

Participantes

La formación del grupo se produjo durante el curso 2012-13, a partir de las peticiones formuladas por las familias o indicaciones hechas por las terapeutas del Centro Educativo y Terapéutico Carrilet. Resulta relevante destacar que la existencia del grupo es algo natural y forma parte del trabajo habitual con las familias de los alumnos. Por una parte, se entiende que la investigación colabora, mediante sus resultados, en el trabajo que se hace con el grupo, pero por otra, es evidente que hay un grupo que se convierte en muestra, y que condiciona los parámetros de la investigación. Por lo tanto, la selección fue realizada por los especialistas del

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

propio centro conforme a criterios ya utilizados en grupos anteriores (Venturella, Cabré y Arias, 2014) y acordados con la investigadora. Considerando:

Criterios de inclusión:

a) Tener entre 6 y 9 años.
b) Estar escolarizado en un centro ordinario.
c) Tener un hermano autista.
d) No estar diagnosticado con ningún Trastorno General del Desarrollo.
e) No participar en otro tipo de psicoterapia.

Criterios de exclusión:

a) Tener edad fuera de la franja de 6 a 9 años.
b) No estar escolarizado en un centro ordinario.
c) No tener un hermano autista.
d) Estar diagnosticado con algún tipo de Trastorno General del Desarrollo.
e) Participar en algún otro tipo de psicoterapia.

El grupo fue dirigido por dos psicoterapeutas del centro y quedo configurado por tres niñas y un niño que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. El grupo cuenta con una observadora que se presentó a los niños en el primer día. También se les comunicó la presencia de la cámara y su función – ayudar a recoger y a pensar lo que se hace en el grupo – dejando claro las condiciones de privacidad y confidencialidad del contenido de las sesiones.

Desarrollo del Instrumento Observacional

En el curso 2013-2014 fueran realizadas siete sesiones de una hora cada una. Para el análisis, las sesiones están grabadas en vídeo y transcritas en base al turno de palabra. Una vez estructuradas las transcripciones, pasamos a la elaboración del formato de campo, consideramos que el grupo cuenta con cuatro dimensiones principales y cada dimensión cuenta con su sistema de categorías.

La dimensión 1 es el TURNO, para considerar el turno del habla. Diferenciando en dos macrocategorías: terapeutas y participantes. La dimensión 2 es el GRUPO, para considerar las interacciones participativas de cada turno. Diferenciando en siete macrocategorías: corporales, sonidos, breve, preguntas, respuestas, frases e intervenciones. La dimensión 3 es la del HERMANO AUTISTA, elemento común entre sus participantes que lleva a considerar al grupo como unidad. Diferenciado en dos macrocategorías: descriptiva y emocional. La dimensión 4 es el JUEGO, elementos que favorecen la interacción y las expresiones del grupo. Diferenciado en dos macrocategorías: material y características de la conducta.

Hemos seleccionado tres partes de una misma sesión para mejor ejemplificar el material con que se trabaja. La sesión presentada fue realizada semanas después de las fiestas de navidades y de regreso a las actividades escolares. En esta sesión estuvieran presentes tres de los cuatros participantes. Los códigos presentados (TN, TE, PAi, PJo y PMi) se refieren a la dimensión del turno de habla. TN y TE son las terapeutas y PAi, PJo y PMi los participantes.

La primera parte seleccionada es el inicio de la sesión, con un recorte de los dos primeros minutos. Este fragmento representada la dimensión 2 con las interacciones comunicativas del grupo.

TN: Hola, ¿Qué tal? Falta la PMe, ai, si, la PMe. Bueno, empezamos igualmente.
Entran y se sientan.
TN: Hola chicos.
Todos contestan: Hola.
TN: Feliz año.
TE: Feliz año nuevo.
TN: Te echamos de menos el ultimo día, PAi, que no ha podido venir. ¿Te acuerdas?
PAi: Si.
TN: Aham. ¿Qué tal la PMi? La otra PMe no ha dicho nada, puede ser que llegue un poco más tarde. ¿Cómo han ido las vacaciones?
PAi: Bien.
TN: ¿Si, tenéis ganas de explicar algo?
PAi: Si.
TE: Entonces, adelante, hacemos una ronda.
TN: ¿Quién quiere empezar?
En este momento hay 5s sin habla.
TE: Tenéis ganas, pero cuesta empezar. Después de todos estos días que no nos hemos visto. Y así, cuesta un poco.
En este momento hay 5s sin habla.
TE: ¿Cómo lo haremos?
En este momento hay 5s sin habla.
TE: ¿Habéis estado en Barcelona o habéis marchado fuera?
PJo: En Barcelona.
TE: ¿Si?
PJo hace señal positiva con la cabeza.
TE: ¿Y qué habéis hecho, son muchos días en casa, son dos semanas? Sí que hay las fiestas y hay los reyes. ¿Pero, como habéis pasado las fiestas?
PAi: Bien.
PJo hace señal positiva con la cabeza.
TE: ¿Pero que habéis hecho, como habéis ocupado

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

estos días?
PAi: Yo estaba haciendo los deberes del Cole.
TN: ¿Cómo del Cole, tenéis cosas del Cole a casa?
PAi: Sí.
TN: ¿Qué quiere decir, deberes?
PAi: Sí.
TN: ¿Los diez días habéis hecho deberes?
PAi: Sí, y he acabado todo.
TE: Vale.
TN: ¿Y vosotros, habéis hecho deberes todos los días?
PJo: Yo no.
PMi señala con la cabeza en negativo.
TN: Que bien poder descansar un poco.
PJo hace señal positiva con la cabeza.

En este ejemplo, vemos como las terapeutas estimulan con preguntas la conversación. Los participantes se muestran algo inhibidos y empiezan hablando de los deberes que han hecho durante las vacaciones. Este inicio de la sesión es un buen ejemplo del niño que a menudo se presenta hiperresponsable y exigente. Al final del fragmento, gracias al grupo, aparece otra posibilidad: el permitirse descansar. Los deberes se presentan como una función de contención de las ansiedades que aparecerán a continuación.

En la segunda parte saltamos al minuto siete de la sesión. Este fragmento representa la dimensión 3. Donde las terapeutas rescatan la figura del hermano diagnosticado con TEA.

TN: ¿Y con vuestros hermanos, que tal en casa, ha estado bien, ha sido un poco difícil?
PJo: Conmigo mal.
TN: ¿Así, y que ha pasado PJo, nos quiere explicar?
TE arrastra las cajas de materiales más para una de las puntas de la mesa, donde no hay nadie sentado.
PJo: En el día de noche buena, me parece que era…
TN: ¿Si?
PJo: Hemos estado a las oscuras.
TN: ¿As oscura, por qué, qué paso?
PJo: Porque mi hermano quería apagar la luz.
TN: ¡No me digas!
TE: Y que…
PAi: Yo…
TE: Espera que es importante. ¿Y qué pasa, si quiere estar a oscuras, todos han de estar a oscuras?
PJo hace señal positiva con la cabeza.
TE: ¿Y no habéis podido cenar o mirar los regalos?
PJo: Mirar los regalos sí.
TE: Si, pero as oscuras.
PJo: Con una vela.
TE: Con una vela.
TN: Con una vela.
TE: ¿Y por qué no quería tu hermano la luz?
PJo levanta los hombros y la mano como señal de duda.
TE: ¿Y qué pasaba se encendía la luz?
TN mira en dirección la camera y aparta las cajas de material acercando más a su lado.
PJo: Pues que pedía que lo apagaras.
TN: ¿Y si abrías, que pasaba, entonces, se podría enfadar mucho, o qué?
PJo hace señal positiva con la cabeza.
TN: Jolín!
TE: Toda una familia espantada y así a las oscuras, es muy complicado.
TN: Hombre, supongo…
TE: Es muy difícil.
TN: Supongo que deben tener un poco de rabia y dices: 'Jolines, ahora porque tu hermano no quiere aquí todos a la oscuras'.
PJo hace señal positiva con la cabeza.
TN: ¿Y vosotros que pensáis, os pasa que alguna vez vuestros hermanos se enfaden tanto, como el de PJo, también?
PMi hace señal positiva con la cabeza.
PAi: No.
TN: Mira, la PMi dice que sí.
PAi: Pues a mi hermana, cuando paga la luz, significa que quiere hacer una fiesta. Y teníamos una cosa que hacia música y se llama twister.
TE: Aham.
TN: Aham.
PAi: Es una cosa que hace música, entonces baila y apaga la luz.
PMi hace señal positiva con la cabeza.
TN: PMi lo conoce que hace sí.
TN la imita PMi haciendo la señal positiva con la cabeza.
TN: Ya sé lo que es.
PAi: Sí.
TN: ¿Pero parece que esto hace con que tu hermana se ponga contenta, no?
PAi: Sí, hace luz.
TN: Ya, pero lo que dice PJo, es que cuando su hermano quiere apaga las luces es que está enfadado y hace con que toda la familia…
TE: Y que no quiere ver a nadie.
TN: Exacto.
TE: No quiere ver a nadie, ni nada.
TN: ¿Y la PMi, ha dicho que tu hermano también se

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

enfadaba alguna vez, no?

PMi: Sí.

TN: ¿Qué pasa, nos explica, como el PJo?

TE: ¿Con que cosas se enfada, PMi?

PMi: Cuando está en mi cuarto…

TN: Sí…

PMi: …quiere apagar la luz.

TE: Ah!

TN: ¿Y tú estás dentro de tu habitación, y él quiere apagar la luz?

PMi hace señal positiva con la cabeza.

TH: Esto parece un poco a lo del hermano de PJo, está cosa. Que hay momentos que no quiere ver las cosas.

TN: Y claro, supongo que vosotros dos siempre tenéis que acabar aguantando.

PJo hacen señal positiva con la cabeza.

PMi hacen señal positiva con la cabeza.

TN: Es que cansa esto todo. Esto es peor que los deberes, que decíamos.

TE: Esto de los deberes es común, pero supongo, que hay deberes que tienen las familias que es adaptarse a vuestros hermanos, y encontrar una manera de poder hacer las cosas igualmente. Encontrar una manera de ascender una vela. A ver si el hermano de PJo con una vela y puede aguantar o no. Habéis encontrado una forma que no enfadará él, pero que tampoco fuera tan mal para vosotros.

PJo levanta sutilmente las cejas.

TN: Quizás esto es una cosa que tienen en común vuestros hermanos. Que as veces las cosas tienen que ser exactamente como ellos quieren, porque si no, se enfadan, no.

En este fragmento el niño que habla es el que, normalmente, se expresa poco. Explica como toda la familia puede llegar a someterse a la tiranía y a las ansiedades del niño autista, quedando a oscuras sin poder pensar en otras opciones. La terapeuta pone palabras los 'deberes', miedos, situaciones familiares, que pueden llegar a producir cansancio y enfado a toda la familia.

La tercera y última parte, es un recorte que va del minuto veintitrés al minuto veintiséis. Este fragmento representa la dimensión 4. Representando la expresión que los participantes hacen a través del juego.

TN: ¿Jolín, estos papas no confían en esta niña?

PAi: No.

TN: Pues esta niña, quizás, siente que no la comprenden.

PAi: Y entonces, un día si va de esta familia, para siempre.

TE: ¿Y dónde se fue?

PAi: A China.

TN: ¿Con el Caracol?

TE: La tortuga.

TN: Ai, con la tortuga.

TE: El caracol está aquí.

TN: Dice: 'Mira, me voy, que esta carga, de esta familia que no me cree, me está pesando mucho'.

PAi: Pero, entonces, le habían atrapado antes de irse. Ahora está atrapada, no puede salir.

TE: Le han atrapado.

PAi: Si.

TN: Hombre, quizás es porque los papas, en el fondo, no quieren que se vaya.

PAi: Porque no quieren. Están muy enfadado y quieren que diga la verdad.

TE: Y la quieren atada hasta que diga la verdad.

PAi: Si.

TN: Caramba.

PAi quita el muñeco de la silla y las plastilinas.

PAi: Esto ya sé que podría ser.

TE: ¿Qué podría ser?

PAi: Podría ser un túnel.

TE: Un túnel. Nos os pasa a veces, de pensar: 'yo, se pudiera irme a la China, me iría'. Como una forma de decir: 'me voy muy lejos y las preocupaciones de los papas, de los demás que no se entienden, me voy a la China'. Como la tortuga y a la niña, de estos cuentos.

PAi: Mira el túnel, está listo.

PAi coge otro trozo de plastilina.

PAi: Y esto podría ser un tobogán.

TE: Las plastilinas pueden ser lo que tú quieras.

PAi: Pues sí, mira cómo se parece un tobogán.

TN: Hombre, yo sí que creo, que a lo mejor nos pasa, que por ejemplo, cuando el hermano de PJo apago las luces en día de noche buena, o cuando el hermano de PMi cierra las luces en tu habitación, a lo mejor a uno le viene ganas de decir: 'pues ahí te quedas, me voy de aquí, que ya estoy un poco harto de aguantar tanta oscuridad'.

En esta tercera parte todos los sentimientos comentados se expresan a través del juego. Esto es posible por el espacio grupal generado en la primera parte. Los niños se expresan jugando y las terapeutas a través de la palabra interpretan y ayudan en la elaboración.

En específico, este ejemplo, demuestra como las terapeutas recogen el sentimiento de incomprensión por parte de la familia. Es cuando aparece el juego simbólico de los participantes. El juego consiste en que una niña se va a la China con un caracol y una tortuga. Mostrando

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

el deseo de alejarse, pero también la ambivalencia y las dificultades que los niños encuentran en el camino.

CONCLUSIÓN

A través de la metodología observacional podremos describir la manera de interaccionar y comunicarse del grupo. La complementariedad metodológica proporciona una mayor variedad de perspectiva del comportamiento a estudiar. Como complejidad y comprensión, en un carácter cualitativo. Y como magnitud y generalización, en un carácter más cuantitativo.

El grupo de hermanos de niños con TEA se muestra como un buen recurso para compartir sentimientos de rabia y tristeza que fácilmente quedarían silenciados en el seno familiar. A partir de la conversación y el juego los niños encuentran vías de expresión que les ayudan a desarrollar una identidad propia.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos al Centro Educativo y Terapéutico Carrilet y sus profesionales por su disponibilidad, asesoramiento y colaboración. Así como a todos los participantes y sus familias que hacen posible este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anguera, M. T. (Ed.) (1991). *Metodología observacional en la investigación psicológica* (Vol. I). Barcelona: P.P.U.

Anguera, M. T. (Ed.) (1993). *Metodología observacional en la investigación psicológica* (Vol. II). Barcelona: P.P.U.

Anguera, M. T. (2010a). Metodología cualitativa y cuantitativa. En C. Izquierdo y A. Perinat (Coods.), Investigar en psicología de la comunicación. *Nuevas perspectivas conceptuales y metodológicas*, (pp.209-229). Barcelona: Amentia.

Anguera, M. T. (2010b). Posibilidades y relevancia de la observación sistemática por el profesional de la psicología. *Papeles del psicólogo*, 31 (1), 122-130.

Arias, E. (2004). *Estudi observacional de la interacció en un grup de psicoteràpia d'orientació psicoanalítica, a partir de l'analisi de la conversa*. Tesis Doctoral no publicada. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Arias, E. y Anguera, M. T. (2004). Detección de patrones de conducta comunicativa en un grupo terapéutico de adolescentes. *Acción psicológica*, 3, 3, 199-206.

Arias i Pujol, E. y Anguera Argilaga, M. T. (2005). Análisis de la comunicación en un grupo terapéutico de adolescentes: estudio diacrónico. *Revista de Psicopatologia y Salud Mental*, M1, 25-36.

Fieschi, E.; Farrés, N. y Valls, C. (2011, Noviembre). Pors i ansietats en un grup de germans de nens autistes. *Comunicación presentada en las XXVI Jornadas de la Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Barcelona: Casa del Mar.

Lorentzen, S. (2011) ¿Quo vadis, investigación en grupoanálisis? Una aportación personal. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 1(2), 419-34.

Morral, A., Alcàcer, B., Sánchez, E., Mestres, M. Farrés, N., Monreal, N., et al. (2012). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona: Horsori.

Roustan, M. (2010). *Estudio observacional de ayuda interactiva en el postratamiento de cáncer de mama: reuniones Gafa*. Tesis Doctoral no publicada. Barcelona: Universitat Autónoma de Barcelona.

Roustan, M. (2011). El Método GAFA: Construir la resiliencia, la perspectiva de futuro y la consciencia interpersonal en una terapia grupal con mujeres con cáncer de mama. *Teoría y práctica grupoanalítica*. 1(2): 463-76.

Vaimberg, R. (2010). *Psicoterapias tecnológicamente mediadas (PTM). Estudio de procesos y microprocesos a partir de participación online*. Tesis Doctoral no publicada. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Venturella, M., Cabré, V. y Arias, E. (2014) Estudio exploratorio sobre la percepción familiar de hermanos de niños autistas: participar o no participar de un grupo de apoyo. *Teoría y Práctica Grupoanalitica*, 4(2) 291-304.

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

PROPUESTA DIDÁCTICA DE ESTIMULACIÓN DE LA COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y DEL LENGUAJE INFANTIL: ESTUDIO DE VALIDEZ*

TEACHING PROPOSAL OF STIMULATION OF THE LINGUISTIC'S COMPETENCE AND THE INFANT'S SPEECH: VALIDITY STUDY

Elsa Redondo Díez** y Almudena Álvarez Fernández***

RESUMEN

En base a la teoría sólida y consolidada de la inclusión, la cual está adquiriendo cada vez mayor fuerza en el ámbito educativo, la presente Propuesta Didáctica pretende ofrecer una respuesta válida para los profesionales que consideren mejorar los niveles de competencia lingüística de sus alumnos de Educación Infantil así como participar de manera activa en la prevención e intervención temprana de los aspectos lingüísticos y su problemática en dicha etapa, metodología que emana de esta nueva manera de entender la práctica educativa. Todo ello, en un marco de actuación cooperativo entre maestros y especialistas, para prevenir los factores de exclusión académica, social y emocional que pudieran derivar no sólo de una problemática focalizada, sino también de las diferencias del nivel madurativo y lingüístico encontradas cuando los niños acceden a estas aulas.

Palabras clave: Inclusión, Competencia lingüística, Educación Infantil, Aprendizaje Cooperativo.

ABSTRACT

Taking into account the solid and consolidated theory of inclusion, which is playing a relevant role in the educational field, the present didactic proposal aims at offering a valid response to those professionals aiming at improving their students´ linguistic competence in nursery levels, as well as taking part in an active way in the prevention and early intervention of the linguistic aspects and its negative consequences at this stage. This is a methodology that originates from this new way of understanding the teaching process. All this happens in a cooperative context among tutor and teachers of specific areas, in order to prevent factors of academic, social and emotional exclusion that could derive not only from a

* Comunicación presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León.

** Profesora, Psicopedagoga y Logopeda. Escuela Universitaria de Magisterio Fray Luis de León (Univ. Valladolid). E-mail: elsa.redondo@eum-frayluis.com

*** Maestra y logopeda. E-mail: logomaestra@hotmail.com

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

focalized issue, but also from the differences in the child´s psychological and linguistic development found when the children begin this early educational stage.

Key words: Inclusion, Linguistic competence, Nursery, Cooperative Learning.

ANTECEDENTES

La intención de esta propuesta supone ir más allá de los trabajos teóricos encontrados y de los programas centrados en la estimulación del lenguaje oral infantil que desarrollan una serie de actividades aisladas y descontextualizadas, sin embargo, sirven como base para la elaboración de esta Propuesta Didáctica. Así mismo, se resalta el cambio en la práctica educativa, tanto en los apoyos, como en las adaptaciones que se realicen a los alumnos, tal y como defiende la legislación educativa (LOE, 2006, art.1) en la que se afianza la pretensión de cambio y renovación en la política educativa respecto del concepto de atención a la diversidad. La atención a la diversidad sigue siendo una materia inacabada en la actualidad. Hemos avanzando en recursos, medios técnicos y didácticos... pero parece ser que no lo suficiente, pues aún existen carencias a la hora de ofrecer una educación de calidad e inclusiva real para el alumnado (González y Martínez, 2011, p.290). En este proceso de recuperación de información e investigaciones previas, se considera importante señalar que los maestros, en conjunto, están a favor de la inclusión (Lindsay, 2003), de igual modo, todos los integrantes del equipo docente que han colaborado en la realización de esta Propuesta Didáctica se muestran de acuerdo con la práctica inclusiva así como de la concepción teórica que la respalda. También se han tenido en consideración las futuras líneas de investigación de algunos trabajos encontrados, intentando constituir un ejemplo práctico que suponga un primer paso real del cambio de visión y metodología en el ámbito educativo en un centro educativo concreto, pues, siguiendo a autores como Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2013), "esta perspectiva empieza en el aula" (p.32). También han sido muchos los esfuerzos de autores como Castejón y España (2004) o Acosta (2005) de mostrar la importancia y los buenos resultados del trabajo inclusivo en las escuelas.

OBJETIVOS

Se pretende diseñar una Propuesta Didáctica válida para la mejora del nivel de competencia lingüística y de ciertas dificultades del lenguaje oral en la etapa de Educación Infantil.

Posteriormente se tratará de comprobar la validez de la Propuesta Didáctica diseñada, verificando la mejora, en su caso, del nivel de competencia lingüística del alumnado.

De todo ello se deduce la siguiente hipótesis: *la puesta en práctica de una Propuesta Didáctica que tiene en cuenta las peculiaridades lingüísticas del alumnado y que se lleva a la práctica bajo las premisas de la metodología inclusiva, supone la mejoría del nivel de competencia lingüística del grupo-aula y disminuye las dificultades del lenguaje en ciertos alumnos*.

PARTICIPANTES

La presente Propuesta Didáctica trata de construir una respuesta práctica ante la situación concreta de un centro educativo público de Educación Básica situado en una zona rural de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

La validez empírica de la propuesta se efectúa con el contexto para el que se trata de dar respuesta. Se aplica en un grupo de alumnos de aula mixta que engloba el primer y segundo nivel del segundo ciclo de Educación Infantil, con un total de 13 alumnos (siete niñas y seis niños) entre los tres y cinco años.

Dentro de esta muestra se establecen dos grupos de datos atendiendo a las características psicoevolutivas producto de las observaciones previas a la puesta en práctica de la propuesta didáctica. Por un lado se agrupan los datos de todos aquellos que muestran un desarrollo normalizado, siguiendo el desarrollo psicoevolutivo comúnmente aceptado, grupo 1 (diez niños). Por otro lado, se realiza un estudio de tres casos; tres alumnos con peculiaridades que denotan dificultades del lenguaje. Tales peculiaridades se recogen en la tabla que aparece a continuación:

Esta Propuesta Didáctica se realiza en estrecha colaboración con los distintos profesionales más afines a su aplicación: maestro-tutor, especialista de Audición y Lenguaje y Equipo de Orientación del centro.

MÉTODO

Se presenta la propuesta didáctica con la finalidad de comprobar si tras su implementación se han modificado los resultados del nivel de competencia lingüística, así como los afines a las dificultades del lenguaje encontradas. Los objetivos específicos de la propuesta didáctica son:

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

Tabla 1. Características de los sujetos del grupo-aula con dificultades en el lenguaje

	CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO	ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD
Caso I	**Plano lingüístico-cognitivo**: Buen conocimiento y uso del lenguaje. Retraso del habla: problemas de articulación del discurso (varias dislalias, destaca el rotacismo). **Plano psicomotor**: normal. **Desarrollo socio–afectivo**: Autoestima normal-baja. En ocasiones se dan estadios de mutismo selectivo, consecuencia de la autopercepción de sus dificultades y miedo al fracaso y ridículo. **Otros datos**: Familia muy preocupada por la dificultad de su hijo, gran presión "en hablar bien".	Disminuir la tensión que supone el acto comunicativo, motivando y reforzando los esfuerzos comunicativos en la asamblea. Teatro para la eliminación del miedo a hablar. Praxias para paliar los efectos negativos de esas dislalias: 'si sabe que lo puede hacer bien (seguridad en sí mismo) lo va a decir mejor'. Reforzamiento de autoestima. Ser paciente y dejarle tiempo suficiente para hablar. Evitar corregir en aquellos discursos espontáneos con carga emocional
Caso II	**Plano lingüístico-cognitivo**: Retraso Simple del Lenguaje. Oraciones simplificadas a tres elementos, alteración lógica de los elementos de la oración, ciertos problemas de articulación, incapacidad de corregir sus producciones ante el modelo. **Plano psicomotor**: normal. **Desarrollo socio–afectivo**: Autoestima normal-baja por motivos familiares (reciente separación de padres). Buena relación con compañeros, respetando las normas de juego. En ocasiones se muestra reacio a participar en actividades grupales. **Otros datos**: Diagnosticado con Retraso Simple del Lenguaje (acude dos horas semanales al aula de audición y lenguaje). Familia poco participativa y últimamente sin gran interés. Ausencia de expectativas en el progreso del niño.	Reforzar sus actos comunicativos con la expresión corporal. Fomentar la autonomía lingüística y alentar sus esfuerzos comunicativos. Atender a las indicaciones del EOEP y del especialista (audición y lenguaje) en cuanto al trabajo de contenidos y actividades más específicas. Fomentar la expresión de emociones, impresiones y necesidades respecto a sus apoyos educativos. Normalización de sus peculiaridades lingüísticas frente al resto de sus compañeros. Reforzar sus avances y esfuerzos lingüísticos.
Caso III	**Plano lingüístico-cognitivo**: Conocimiento parcial del castellano, con mejores niveles en la comprensión que la expresión. Presencia de algunas dislalias, normales en el proceso de adquisición del lenguaje. **Plano psicomotor**: normal. **Desarrollo socio–afectivo**: En ocasiones manifiesta una conducta agresiva al darse cuenta de que no es entendido por sus compañeros. **Otros datos**: Español hijo de inmigrantes árabes y criado por abuelos con pocos o nulos conocimientos del castellano. Poca participación familiar por motivos de trabajo de los padres y de idioma de los abuelos.	Atención a reacciones agresivas y fomentar la expresión de emociones. Realizar actividades encaminadas a favorecer su socialización y a la adquisición de mecanismos básicos para poder relacionarse con el castellano. Para ello se fomentan situaciones comunicativas y juegos (juego simbólico) en los que la participación grupal son los ejes fundamentales. También estableciendo distintos tipos de agrupamientos. Refuerzo del habla (praxias y otros ejercicios pre-lingüísticos).

Nota: Información y datos obtenidos tras la observación directa en el aula y consulta de expedientes personales.

- Mejorar el nivel de competencia lingüística del alumnado.
- Reducir las dificultades del lenguaje detectadas.
- Eliminar las barreras para el aprendizaje y participación del alumnado como grupo.

Dadas las peculiaridades de la muestra, se anticipa una gran discrepancia entre los resultados de aquellos sujetos con un desarrollo normalizado (grupo 1), frente a los resultados de los alumnos con ciertas dificultades lingüísticas detectadas[6] Ccasos I, II y III). Es por ello que se han estudiado los datos de manera separada.

[6] Caso I: dificultad del habla; Caso II: dificultad del lenguaje; Caso III: conocimiento parcial del castelano.

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

Tabla 2. Propuesta Didáctica. Elementos principales

"RATONES REPRESUMIDOS"		
Justificación	Estimulación del lenguaje oral. Mejora de la competencia lingüística. Eliminación de barreras y dificultades para el aprendizaje.	
OBJETIVOS de aprendizaje	1. Tomar conciencia de su esquema corporal. 2. Reconocer sus propios sentimientos. 3. Mejorar en la producción de praxias.	
	4. Discriminar cualidades de animales domésticos. 5. Afianzar el conocimiento de las formas y colores.	
	6. Aprender vocabulario. 7. Utilizar el lenguaje oral de manera adecuada según contexto. 8. Verbalizar sentimientos y experiencias. 9. Ordenar elementos para crear mensajes correctamente.	
CONTENIDOS	Adaptación progresiva del movimiento y la postura. Aceptación de la propia identidad y de sus posibles limitaciones.	
	Descubrimiento e investigación sobre los animales del cuento. Reconocimiento y diferenciación de cualidades físicas. Afianzamiento de la técnica del conteo.	
	Uso progresivo del vocabulario. Comunicación de sentimientos y experiencias. Disfrute en la participación de los intercambios lingüísticos, diálogos colectivos y el respeto de sus normas. Comprensión, reproducción e interés por cuentos, canciones, adivinanzas. Profundización de contenidos lingüísticos: de áreas posibilitadoras y fonética, conciencia fonológica, narraciones, léxico y vocabulario y pragmática.	
	EDUCACION EN VALORES	Respeto de las diferencias.
ACTIVIDADES	(Apéndice A)	
EVALUACIÓN	Indicadores (Apéndices B y C)	Del proceso de APRENDIZAJE del alumno.
		Del proceso de ENSEÑANZA del profesorado.
COOPERACIÓN CON LA FAMILIA	Explicación de líneas generales de la propuesta. Taller de 'Los ratones'. Dramatización final (día de las familias).	

RESULTADOS

Para poder aproximarnos al perfil lingüístico-comunicativo del alumnado, se han valorado los resultados obtenidos en la Prueba de Lenguaje Oral de Navarra-Revisada, de todos los sujetos, utilizando los parámetros adecuados para cada edad. Comparando la diferencia en ambos resultados, aplicados en dos momentos fundamentales del desarrollo de la Propuesta Didáctica (inicial y final), así, es el contraste pretest-postest el pilar fundamental de este análisis de datos.

Figura 1. Resultado total en el Pretest

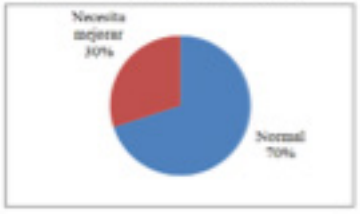


Figura 2. Resultado total en el Postest

Como se puede observar en las figuras 1 y 2, el avance

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

es notorio respecto de los resultados finales de la prueba. La Propuesta Didáctica trabajada con la muestra ha permitido que casi la totalidad de los alumnos (grupo 1) mejoren su competencia lingüística, siendo un caso el único que se ha quedado en el nivel de 'necesita mejorar'.

Tras analizar los datos obtenidos en las diferentes partes que componen la Prueba de Lenguaje Oral de Navarra-Revisada se comprueban qué componentes del lenguaje han obtenido mejores resultados, es decir, distinguiendo la forma (fonología y morfosintaxis), el contenido (semántica) y el uso (pragmática), se obtienen los siguientes resultados:

Se observa un avance en los resultados de las partes referidas a la forma y al uso, siendo en esta última parte donde la mejoría ha sido más notoria. Tan sólo uno de los sujetos evaluados ha obtenido el mismo resultado en el pretest que en el postest en la parte referida al uso. Ello nos lleva a interpretar que los esfuerzos y la motivación en las actividades de dramatización, uso espontáneo del lenguaje, las narraciones libres de los niños, así como aquellas en las que los niños ponen en práctica las funciones pragmáticas del lenguaje, entre las que destacamos, dadas las observaciones llevadas a cabo por el equipo docente participante, la actividad de "La ratita mandona" , son las más influenciables en dichos resultados, y por tanto, en la mejoría de los resultados totales de la prueba, dada la comparación de las figuras 7 y 8. En cambio, no parece existir un avance en el componente semántico y morfosintáctico (parte dos de la prueba: forma) pues los resultados no han experimentado cambios: el 80% de los sujetos con parámetros normales y 20% de los sujetos con categoría 'necesita mejorar'.

La Propuesta Didáctica trabajada no ha cumplido las expectativas de mejora respecto del componente contenido del lenguaje puesto que los resultados del pretest-postest no han variado, tal y como puede observarse en el Apéndice D. Todos estos resultados han sido considerados tomando como muestra al grupo I, en el cual ninguno de los sujetos obtuvo las puntuaciones tan bajas como para ser designado con la característica de 'retraso' (tal y como viene reflejado en el PLON-R) en ninguna de las partes de la misma. Los resultados de aquellos que sí los obtuvieron, tres sujetos, han sido analizados como estudio de casos independientes. La interpretación de la validez de la Propuesta Didáctica así como de su avance individual (Apéndice D) se expone a continuación.

Figura 3. Resultado total en el Pretest. FORMA

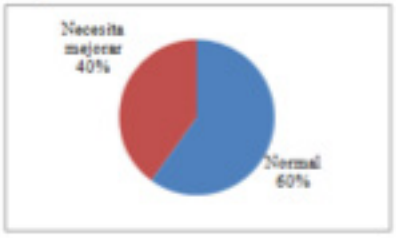


Figura 4. Resultado total en el Postest. FORMA

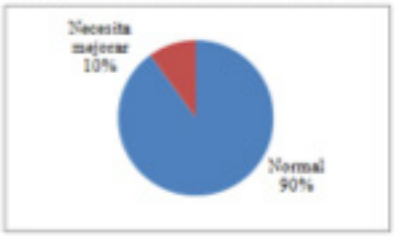


Figura 5. Resultado total en el Pretest. CONTENIDO

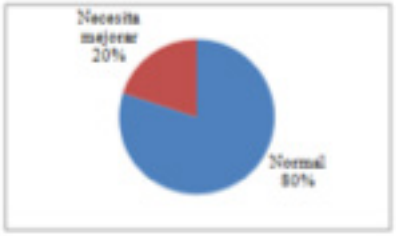


Figura 6. Resultado total en el Postest. CONTENIDO

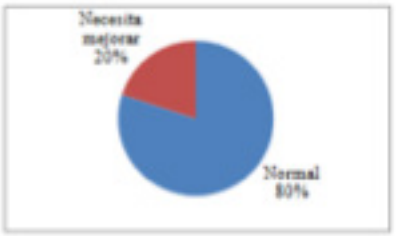


Figura 7. Resultado total en el Pretest. USO

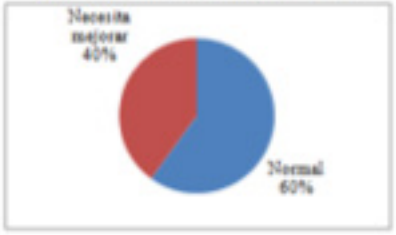


Figura 8. Resultado total en el Postest. USO

El alumno identificado como Caso I tiene un buen conocimiento-uso del lenguaje y las puntaciones de 'retraso' en el apartado de la forma son producto de sus problemas de articulación del discurso (varias dislalias, destaca el rotacismo).

En la comparativa de resultados pretest-postest apreciamos una mejoría en dicho apartado, evolucionando de un estado de 'retraso' a uno de 'normalidad'. Aunque pudiera llamar la atención su estancamiento en el resto de

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

CASO I

	Pretest	Retraso (2)	Normal (6)	Normal (3)	Necesita mejorar (11)
CASO I	Postest	Normal (4)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (12)

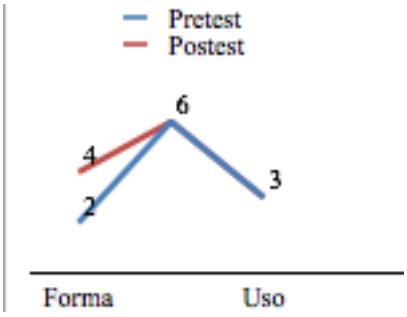


Figura 9. Resultado en el pretest y postest Caso I

componentes del lenguaje, recordamos su exclusiva dificultad en el habla, y por tanto, las puntuaciones no varían pues alcanzan su nivel máximo en el pretest.

CASO II

	Pretest	Retraso (2)	Necesita mejorar (4)	Necesita mejorar (2)	Retraso (8)
CASO II	Postest	Necesita mejorar (3)	Necesita mejorar (5)	Normal (3)	Necesita mejorar (11)

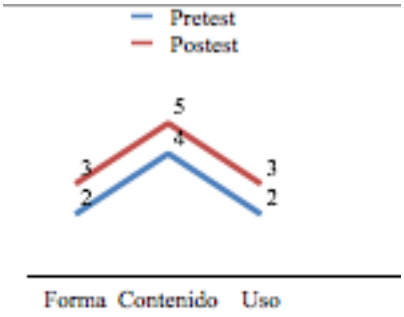


Figura 10. Resultado en el pretest y postest Caso II

El Caso II, hace referencia a un alumno, diagnosticado con Retraso Simple del Lenguaje con las características anteriormente citadas, así como con la presencia de ciertas dificultades de articulación, una autoestima normal-baja y por parte de la familia una ausencia de expectativas en el progreso del niño. Dadas las observaciones de los profesionales, el alumno ha respondido correctamente al trabajo de los contenidos, siendo excelente su motivación. En cuanto al análisis de los resultados, podemos decir que el trabajo de la propuesta expuesta ha supuesto en este alumno un avance en todos los componentes del lenguaje. Este avance, por las características del niño, tanto intrínsecas como del contexto, han resultado mínimas, pues solo han aumentado en un punto. Es por ello, y dado el avance con otros niños (grupo 1), donde los resultados han sido más notorios, que interpretamos que la falta de autoestima y la falta de cooperación familiar han sido causas negativamente influyentes.

CASO III

	Pretest	Retraso (2)	Retraso (2)	Retraso (1)	Retraso (5)
CASO III	Postest	Normal (4)	Necesita mejorar (5)	Normal (3)	Normal (12)

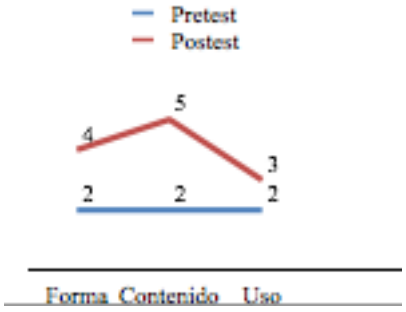


Figura 11. Resultado en el pretest y postest Caso III

El avance del Caso III ha sido el más relevante. Este alumno con conocimiento parcial del castellano y con algunas dislalias evolutivas, normales en el proceso de adquisición del lenguaje, ha sido uno de los grandes beneficiados del trabajo de esta propuesta. Sorprende el gran avance en el contenido, que contrasta con los resultados de los anteriores casos, así como del resto de compañeros (grupo 1).

En cuanto a los resultados del contenido (avanzando desde el 'retraso' hasta el 'necesita mejorar') pueden estar influenciados por esa adquisición del idioma, por el acceso al castellano, el cual le permite comunicarse con sus compañeros, jugar y obtener satisfacciones en las actividades escolares. Las observaciones de los profesionales corroboran la interpretación anterior, a la que suman la mejoría emocional y tipo de relación con los

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

demás, sintiéndose uno más del grupo, pues puede realizar gran parte de las actividades, con iguales dificultades y apoyos que sus compañeros, extinguiéndose casi por completo las situaciones de frustración y agresividad observadas en un principio.

CONCLUSIONES

Para compensar las desigualdades procedentes del nivel sociocultural y lingüístico propio de cada niño; lo cual responde al principio de equidad de la LOE (2006), es importante prever posibles trastornos del lenguaje, detectando y orientando a las familias en el proceso de desarrollo y adquisición del lenguaje, así como cooperar en el proceso de rehabilitación del mismo. Siempre se necesita la colaboración con el especialista; nunca llevar a cabo acciones educativas separadas y diferentes. En esta misma línea, la presente propuesta constituye una respuesta práctica ante una situación concreta de un aula del segundo ciclo de la etapa de Educación Infantil de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, siendo sus alumnos la muestra con la que hemos contado para llevar a cabo la investigación.

Los objetivos específicos de la Propuesta Didáctica; **mejorar el nivel de competencia lingüística del alumnado** y el de **reducir las dificultades del lenguaje detectadas**, han sido cumplidos de manera satisfactoria mediante las ayudas proporcionadas a los niños en el desarrollo de la conciencia fonológica y la mejora en la estructuración morfosintáctica de los enunciados y las oraciones potenciando el buen uso del lenguaje como medio de expresión y comunicación a través de su trabajo globalizado en todas las actividades y contenidos que la integran. Dada la mejora de las puntuaciones totales observada, y los excelentes resultados finales en el apartado del uso del lenguaje, destaca la importancia de que todo programa de estimulación y/o intervención del lenguaje oral en esta etapa educativa debe tener como premisa los usos reales del lenguaje, es decir, la pragmática. De igual modo, hay que considerar el punto de partida de cada alumno. Se debe ayudar al niño en la mejor estructuración fonológica y morfosintáctica de los enunciados, pero todo ello trabajado desde la pragmática, teniendo como premisa la utilidad del lenguaje: comunicar. Para ello ha resultado eficaz la combinación de actividades que potencian los usos comunicativos y espontáneos del lenguaje (especialmente los relacionados con la satisfacción de necesidades). El objetivo de **eliminar las barreras para el aprendizaje y participación del alumnado como grupo**, se ha conseguido utilizando una metodología más acorde a la concepción de la escuela inclusiva, desarrollando en el alumnado diversas actitudes de respeto y colaboración mutuos y centrando la intervención en el aula, eliminando la intervención individualizada y en un contexto diferente al grupo-aula. Ello ha supuesto una innovación en la forma de actuar por parte del maestro especialista de Audición y Lenguaje del centro.

Para que las dificultades del lenguaje no se conviertan en un posible factor de exclusión, es importante la adecuada formación de los maestros y demás profesionales del centro en la concepción y metodología inclusiva y cooperativa de trabajo, de educación. Este cambio de enfoque y manera de trabajar requiere no sólo investigar sobre las nuevas formas de actuar, sino nutrirse de sus principios fundamentales y asimilarlos. Esta Propuesta Didáctica trata un concepto cooperativo en el que se tienen en cuenta todos los aspectos y personas que tienen que ver con el proceso de enseñanza-aprendizaje, siendo el alumno el máximo protagonista.

Los datos obtenidos en el trabajo de investigación realizado, centrado en verificar la validez de la Propuesta Didáctica, han permitido comprobar que realmente ha sido válida para mejorar la competencia lingüística del alumnado de un aula de Educación Infantil en general (diez sujetos) y ha ayudado en el proceso de intervención y corrección de dificultades del lenguaje oral de ciertos niños (casos I, II y III). Es por ello que, el objetivo general del que se nutre esta propuesta de **diseñar y analizar una propuesta didáctica válida para la mejora del nivel de competencia lingüística y de ciertas dificultades del lenguaje oral en la etapa de Educación Infantil**, y en base a los datos obtenidos, y anteriormente expuestos, se verifica la hipótesis planteada a priori: *la puesta en práctica de una propuesta didáctica que tiene en cuenta las peculiaridades lingüísticas del alumnado y que se lleva a la práctica bajo las premisas de la metodología inclusiva, supone la mejoría del nivel de competencia lingüística del grupo-aula y disminuye las dificultades del lenguaje en ciertos alumnos*.

Los resultados indican una mejoría generalizada de la competencia lingüística de grupo, por lo que las presentes conclusiones reafirman la línea investigadora de Moreno, Axpe, y Acosta (2012); los principios de la educación inclusiva resultan eficaces para das respuesta a las necesidades individuales de los alumnos, "un trabajo inclusivo mejora ciertas habilidades de procesamiento fonológico, y produce, asimismo, un aumento significativo en el caudal del léxico y en la complejidad

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

gramatical (…) aspectos que contribuirán al progreso académico y social del alumnado" (p.84).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, V. (2005). Evaluación, intervención e investigación en las dificultades del lenguaje en contextos inclusivos: Revisión, resultados y propuestas. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audición*, 25(4), 148-161.

Aguinaga, G., Armentía, M., Fraile, A., Olangua, P. y Uriz, N. (2005). *Prueba de lenguaje oral Navarra-Revisada: PLON-R*.(2ª ed.). Madrid: TEA.

Castejón. L, y España, Y. (2004). La colaboración logopeda-maestro: Hacia un modelo inclusivo de intervención en las dificultades del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 24(2), 55-66.

González, M. P. y Martínez, E. M. (2011). Adaptación curricular por competencias como medida educativa inclusiva: Exposición de un caso con amplias dificultades de comunicación y lenguaje en educación infantil. *Innovación educativa*, 21, 289-304.

Ley Orgánica de Educación (LOE) 2/2006, de 3 de mayo. BOE de 4 de mayo de 2006.

Lindsay, G. (2003). Intervención en el lenguaje en una escuela inclusiva. En V. Acosta y A. Moreno (Eds.), Dificultades del lenguaje, colaboración e inclusión educativa. *Manual para logopedas: psicopedagogos y profesores*. (pp. 93-104). Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación.

Moreno, A., Axpe, A. y Acosta, V. (2012). Efectos de un programa de intervención en el lenguaje sobre el desarrollo del léxico y del procesamiento fonológico en escolares de Educación Infantil con Trastorno Específico del Lenguaje. *Revista de Investigación Científica*, 30(1), 71-86.

Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2013). Inclusión como clave de una educación para todos: Revisión teórica. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 24(2), 24-36.

APÉNDICES

Apéndice A
Actividades y recursos de la Propuesta Didáctica

ACTIVIDADES DE MOTIVACIÓN:

- Cuento de la ratita y visionados del cuento de 'La Ratita'.
- Adivinanzas, canciones y poesías relacionadas.

Alto, altanero,
Gran caballero;
Gorro de grana,
Capa dorada,
Y espuelas de acero
Canta el primero. (El gallo)

Da pavor al elefante
Este pequeño valiente,
Pero el gato, más astuto,
No le teme
Y le hinca el diente. (El ratón)

De cierto animal dí el nombre;
Es quién vigila la casa,
Quien avisa si alguien pasa,
Y un fiel amigo dl hombre. (El perro)

Junto a la calefacción
Duerme a ratos
Este animal comodón.
Quién es ... (El gato)

Soy gordito y muy cochinito, pero me baño en el barrito (El cerdo)

Cuando canta,
Tanto espanta, sobresalta a la gente,
Con el grito en la garganta,
Y las alas en la frente. (El burro)

Del agua soy, tierra y aire cuando de andar me canso, si se me antoja vuelo si se me antoja nado. (El pato)

EL PATO
Debajo del pico, el pato
- el pico es su gran narizmira,
desde hace un buen rato,
como baila una lombriz.
Le da risa ver la danza
Del gusano juguetón.
Está cerca y no le alcanza.
¡Pato de buen corazón!
(Alfredo Marquerie).

UN BURRO
Un burro muy pequeño
gracioso al caminar,
movía la colita
pues le gustaba andar.
Ia, ia, ia, ia, ia.

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

- Construcción de títeres con los personajes del cuento.
- Elaboración de fichas y demás material (coloreado de los personajes del cuento, recortado…por los alumnos).
- Orejas de ratón (diadema y cartulina) para la actividad "la ratita mandona".
- Preparación y práctica de la dramatización final.

DESARROLLO, REFUERZO Y AMPLIACIÓN

- "El espejo de la ratita": el maestro o incluso los alumnos, en sesiones avanzadas de la propuesta realiza una serie de praxias que el niño imita como si fuera el espejo. Puede hacerlo de manera grupal o individual (refuerzo).
- "Adivina el animal del cuento": asociando fonemas a los diferentes personajes y a sus estados de ánimo. Se trata de que los alumnos realicen el sonido y los demás, lo adivinen. El objetivo no es que lo adivinen sino que el niño realice y reconozca los diferentes sonidos, fonemas, sin necesidad de asociarlo al conocimiento de las letras. Se pueden añadir animales y con ellos nuevos sonidos. Ejemplo: cuando suena /a/ no es lo mismo que cuando suena /o/ ya que la ratita está asustada o está sorprendida.

/a/: ratita asustada. /e/: ratita despistada. /i/: ratita nerviosa. /o/: ratita sorprendida. /u/: ratita enfadada.	/k/ para el gallo. /b/ para el burro. /p/ para el pato. /g/ para el perro. /f/ para el gato enfadado.	/m/ para el gato contento. /r/ para la ratita vecina. /s/ para el árbol. /n/ para el cerdo

- Canciones, poemas relacionados con el eje motivador.
  - "Debajo un botón había un ratón".
  Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=bb68qRas8Zk
  - "El perro Bobby". Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=bpJLocRbyUM
  - "La canción del gallo remix". Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=vz__uxo0W_U
  - "El gato garabato". Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=EBDRz_UuJRU
- "El primo extranjero": Se trata de elegir un personaje, pudiendo dejar al alumno que elija el que más le gusta, y contar su trozo de la historia vocalizando diferente los fonemas en palabras determinadas para que el niño tome conciencia fonológica (ejemplo: casar-catar, lazo rosa-lazo rota).
- "Teléfono estropeado y teléfono arreglado": se trata de que el niño repita adecuadamente las palabras. Ejercicios de repetición. Pueden combinarse con asociaciones a los animales del cuento en el caso de ser necesario (ejemplo: palabas con s asociándolos al sonido del árbol).
- Colorear fichas con dibujos referidos a palabras que se diferencien en un fonema (ejemplo: palo-pato).
- Otros ya utilizados en otros programas (tomando de referencia http://www.pnte.cfnavarra.es/creena):
  - ° Identificar si una palabra empieza por el fonema dado.
  - ° Identificar el fonema por el que acaba una palabra
  - ° Identificar si una palabra contiene el fonema dado.
  - ° Identificar el fonema por el que termina la palabra:
  - ° Identificar el fonema consonántico que contiene la palabra:

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

  - ° Comparar palabras que empiecen por igual fonema
  - ° Comparar palabras que terminen por igual fonema
  - ° Segmentar la palabra en fonemas
- "Trenes de oraciones" y puzzles de palabras: tarjetas con oraciones relacionadas con el cuento, donde pueden observarse los tres elementos principales de una oración asociados a colores. Podemos hacer infinidad de actividades: contar palabras, omisión de palabra inicial, comparación de número de segmentos, dictado de palabras en la tira gráfica, inversión de palabras.
- "Formando oraciones". Cada niño es una palabra y deben formar una fila para que la oración tenga sentido. Nos ayudamos con un código de colores según sujeto, verbo y predicado.
- Otras ya vistas en otros programas:
  - ° Realizar cruces, poner gomets, según número de sílabas que contenga la palabra.
  - ° Unir/asociar imágenes con estructuras silábicas igual.
  - ° Clasificar imágenes según estructura silábica.
  - ° Identificar cuantas sílabas tiene la palabra palmeada.
  - ° Unir imágenes de palabras que contiene la estructura silábica dada.
  - ° Señalar imágenes que no se corresponden con la estructura silábica dada.
  - ° Evocar palabras con una estructura silábica dada o un determinado número de sílabas.
  - ° Dividir una oración simple formada por dos palabras.
  - ° Dividir oraciones con varias palabras contenido y varias palabras
- Loto de verbos, sustantivos y adjetivos asociados a características de los animales del cuento (colores, prendas de vestir, animales, emociones).
- Etiquetas en los materiales y rincones del aula.
- Adivinanzas.
- Fichas de asociación de dibujos según familia semántica (animales, prendas de vestir) y la denominación de cada elemento.
- "Cuéntame el cuento" o "La ratita despistada", se trata de dejar al alumno la oportunidad de narrar el cuento, unas veces tal y como es y otras que sea el niño el que invente disparates sobre el mismo.
- "El ratón presumido"; los alumnos pensarán y retomarán el cuento para trabajar la igualdad, en este caso materializándolo con el cambio de sexo de la protagonista del cuento, también pueden asociarse otras peculiaridades a algún personaje (gato cojo, burro que no sabe hablar…) Se elaborará un cuento.
- Asambleas, comentarios y resolución de conflictos a lo largo de la jornada.
- "La ratita mandona", el alumno que sea ratita ese día tendrá un tiempo en que tendrá que cubrir las necesidades que le diga la maestra o con la ayuda de unas tarjetas, tan sólo utilizando el lenguaje; haciendo preguntas, mandando hacer algo a otro compañero, informando sobre la tarea que se tiene que hacer…
- Rincones. En los diversos rincones los niños llevan a la práctica los usos del lenguaje, especialmente en aquellos donde pueda desarrollarse el juego simbólico (cocinita, tienda, escenario…).
- Juegos con los personajes del cuento. Títeres.

EVALUACIÓN Y SINTESIS

Comentario/dibujo en la asamblea final de lo trabajado durante el día.
Dramatización final de propuesta.
Resultado final en las actividades en las últimas sesiones, variando el material: nuevas tarjetas.
Elaboración del libro del Ratón dejando a cada niño que lo cuente a su manera, pero siguiendo el argumento del mismo.

OTROS RECURSOS

OBRA DE TEATRO UTILIZADA (Nota: adaptada de Una ratita muy presumida, recuperado de http://obrasdeteatroparaescolares.blogspot.com.es/2010/05/una-ratita-muy-presumida.html)

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

Cuento elaborado: "El ratón presumido".

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

Apéndice B
Plantilla de diagnóstico de maduración de la competencia lingüística

NOMBRE: ……
EDAD: …….años y …… meses.

	S	N	A
Reconoce y responde a órdenes sencillas			
Estructura las frases correctamente (sujeto-verbo-predicado)			
Utiliza el pronombre personal "yo"			
Realiza preguntas sencillas			
Responde a preguntas sencillas			
Explica sus experiencias inmediatas			
Se comunica con lenguaje sencillo, pero comprensible			
Personas ajenas a su entorno entienden lo que dice			
Comienza a utilizar algunos pronombres referidos a él: Yo…… Mí…… Mío			
Hace distinción de número (singular y plural)			
Utiliza formas verbales terminadas en -ando y -iendo.			
Comienzan a desaparecer las formas regulares en la utilización de verbos irregulares.			
Utiliza los artículos a la hora de hablar			
Es capaz de mantener un diálogo breve y sencillo.			
Pronuncia correctamente los fonemas: • /a/ • /e/ • /i/ • /o/ • /u/ • /p/ • /b/ • /k/ • /f/ • /r/ • /m/ • /n/ • /g/ • /s/			
Comprende los cuentos y distingue los personajes que aparecen en ellos.			
Responde si/no adecuadamente.			
Realiza dos órdenes que no se relacionan			
Cuenta dos sucesos en el orden que ocurrieron			
CÓDIGO: SÍ (S); NO (N); A VECES (A).			

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

Apéndice C
Plantilla de evaluación del proceso de enseñanza

¿Se han cumplido los objetivos del programa?¿se da respuesta a las necesidades del alumnado?¿se han detectado correctamente las dificultades y barreras?
¿El clima del aula ha sido inclusivo?¿se han eliminado las barreras de aprendizaje y participación?
¿Los objetivos, contenidos, criterios de evaluación… han sido adecuados al nivel, programación y características del alumnado?
¿La organización del proceso ha sido adecuada?¿ha sido utilizado apropiadamente?
¿Les ha gustado a los niños?¿las actividades han resultado eficaces?
¿Ha habido mejoras?¿cuáles?
¿Cómo ha sido la coordinación entre el equipo?¿se han realizado las reuniones previstas?¿cuál fue el clima de trabajo?

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

Apéndice D
Tabla de resultados de PLON-R del alumnado-muestra

Sujeto	Prueba	Forma	Contenido	Uso	TOTAL
Sujeto1	Pretest	Normal (4)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (13)
	Postest	Normal (4)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (13)
Sujeto 2	Pretest	Normal (5)	Normal (5)	Normal (3)	Normal (13)
	Postest	Normal (5)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (14)
Sujeto 3	Pretest	Normal (5)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (14)
	Postest	Normal (5)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (14)
Sujeto 4	Pretest	Necesita mejorar (3)	Necesita mejorar (5)	Necesita mejorar (2)	Necesita mejorar (10)
	Postest	Normal (4)	Necesita mejorar (5)	Normal (3)	Normal (12)
Sujeto 5	Pretest	Normal (5)	Normal (6)	Necesita mejorar (2)	Normal (13)
	Postest	Normal (5)	Normal (5)	Normal (3)	Normal (13)
Sujeto 6	Pretest	Normal (4)	Normal (6)	Necesita mejorar (2)	Normal (12)
	Postest	Normal (4)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (13)
Sujeto 7	Pretest	Normal (5)	Normal (5)	Normal (3)	Normal (13)
	Postest	Normal (5)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (14)
Sujeto 8	Pretest	Necesita mejorar (3)	Normal (5)	Necesita mejorar (2)	Necesita mejorar (10)
	Postest	Necesita mejorar (3)	Normal (5)	Necesita mejorar (2)	Necesita mejorar (10)
Sujeto 9	Pretest	Necesita mejorar (3)	Necesita mejorar (4)	Normal (3)	Necesita mejorar (10)
	Postest	Normal (5)	Necesita mejorar (5)	Normal (3)	Normal (13)
Sujeto 10	Pretest	Necesita mejorar (3)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (12)
	Postest	Normal (4)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (13)
Caso I	Pretest	Retraso (2)	Normal (6)	Normal (3)	Necesita mejorar (11)
	Postest	Normal (4)	Normal (6)	Normal (3)	Normal (12)
Caso II	Pretest	Retraso (2)	Necesita mejorar (4)	Necesita mejorar (2)	Retraso (8)
	Postest	Necesita mejorar (3)	Necesita mejorar (5)	Normal (3)	Necesita mejorar (11)
Caso III	Pretest	Retraso (2)	Retraso (2)	Retraso (1)	Retraso (5)
	Postest	Normal (4)	Necesita mejorar (5)	Normal (3)	Normal (12)

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

PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DEL GRUPO

PREVENTION OF MENTAL ILLNESS IN ADOLESCENTS THROUGH THE GROUP*

Laura Gallardo Borge**, Cristina Domínguez Martín***, Esther Martín Arranz****, Isabel Sevillano Benito*****, Blanca Rodríguez Fernández******

RESUMEN

Se presentan reflexiones y pensamientos entorno a un proyecto piloto que estamos realizando en un Hospital de Día Infanto-Juvenil con adolescentes relacionados sintomatológica o genéticamente con la psicosis. Debido a ser una etapa de la vida en la que se necesita una búsqueda de identidades, entre ellas la grupal y la vulnerabilidad que se produce en estas edades, se decidió realizar este proyecto de terapia grupal en fases iniciales con finalidad preventiva.

Palabras clave: primeros episodios, adolescentes, grupo, pródromos

ABSTRACT

We present thoughts and considerations about a pilot project that we are doing in a Child and Adolescent Psychiatry Day Hospital with adolescents which are related by symptoms or genetic with psychosis. Because of being a period in which it is needed the searching of identities, from them the group one, and the vulnerability that this period produces; we decided to do this group therapy project in the prodromal phase with preventive purpose.

Keywords: first episodes, adolescents, group, prodromal.

INTRODUCCIÓN

A partir del título principal del congreso "Relación y grupo: implicaciones psicoterapéuticas" se nos ha ocurrido que podría ser interesante presentar nuestras reflexiones y pensamientos entorno a un proyecto piloto que estamos realizando en un Hospital de Día Infanto-Juvenil con adolescentes marcados sintomatológica o genéticamente por la psicosis.

* Comunicación presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León.

** MIR- Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. E-mail: lgallardoborge@gmail.com
*** LE- Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid
**** Terapeuta ocupacional. Hospital Clínico Universitario de Valladolid
***** MIR- Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid
****** Psicóloga. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

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

ADOLESCENCIA

La adolescencia es el período de transición entre la edad escolar y la edad adulta, es decir, entre los 12 y los 18 años. Durante este período se desarrolla una madurez cognitiva, emocional, social, biológica y sexual. Este desarrollo no es coetáneo en el tiempo, desarrollándose más tempranamente la maduración biológica y sexual, que la cognitiva, emocional y social. (Soutullo, 2010)

Emocionalmente se caracteriza por una marcada inestabilidad manifestada en los continuos altibajos de ánimo y gran labilidad afectiva. Cognitivamente los adolescentes presentan un pensamiento egocentrista (pensamiento adolescente que lleva a los jóvenes a centrarse en sí mismos y excluir a los demás) y mítico (creencia de estar destinado a una vida única en la que todo es posible) que producen una vivencia en ocasiones distorsionada, egocéntrica y paranoide de la realidad. A lo que hay que añadir que es vivido bajo diferentes percepciones según el lado del que se viva, padre o hijo, separados por una distancia de años luz debido a la percepción de adultez con la que lo viven los hijos y de niñez , con la que lo viven sus padres.

Se trata de una etapa de incertidumbre debido a los numerosos cambios tanto físicos como psíquicos que se producen. Además debemos añadir que se trata de una época de planteamiento y cumplimiento de objetivos a nivel educacional, laboral, social y familiar que hacen que esta etapa sea turbulenta y estresante. (Soutullo, 2010)

La adolescencia es considerada una época de búsqueda de una identidad individual que podríamos definir como las sumas de las identidades parciales física, social, emocional, sexual y laboral.

Se define como un período de incomprensión en el que sin ser considerados ni niños ni adultos sufren situaciones en las que se enfrentan a acontecimientos de ambas épocas, un período no exento de ganas irrefrenables de independencia acompañado de lo que supone perdida de la seguridad adquirida en la infancia. (Soutullo, 2010)

Esta época de cambio, de incertidumbre, búsqueda de identidad y de incomprensión hace que la adolescencia sea un período más vulnerable para sufrir una enfermedad mental, de hecho hasta el 75% de los trastornos mentales graves debutan antes de los 25 años. (McGorry, 2013a, 2013b, 2013c)

Se habla de que uno de cada 4 jóvenes experimenta un trastorno mental al año, considerando en este caso como trastorno mental la sintomatología ansioso-depresiva así como el abuso y dependencia de sustancias adictivas. A esta gran prevalencia debemos sumar que este rango de edad está considerado como el que presenta un peor y más tardío acceso a los servicios de Salud Mental y en consecuencia una tardía detección de la enfermedad y un tratamiento más demorado. (McGorry, 2013a, 2013b, 2013c)

La mayoría de los adolescentes en nuestra sociedad conviven constantemente en ámbitos grupales, ya sea bien en el entorno escolar o laboral, o bien en el entorno familiar. Se trata de una etapa en la que la presencia del grupo se hace muy presente en sus vidas, buscando en muchas ocasiones esa identificación con el grupo de pares para potenciar su individualidad y rechazando por contra la identificación con el grupo primario familiar.

Las intervenciones grupales tempranas están indicadas para el tratamiento de adolescentes y jóvenes en riesgo o con presencia de enfermedad mental. Este tipo de intervención pueden llevar a los jóvenes a beneficiarse de una mejor autoestima tanto individual como de identidad de grupo, disminuir su tendencia al aislamiento y prevenir el deterioro social que en ocasiones puede aparecer en los inicios de estas enfermedades.

PRIMEROS PASOS CON DESTINO HACIA LA RUPTURA

Históricamente numerosos psicopatólogos se han interesado en intentar aclarar el desarrollo de la psicosis desde la prepsicosis (o etapa previa) a la ruptura. Así podemos mencionar a Clérambault quien intentó desengranar la microfenomenología del inicio de la psicosis con lo que denominó el síndrome de Automatismo mental (Heuyer, 1950). El definía este síndrome como la reacción de tipo funcional debida en última instancia a una perturbación basal orgánica causante de la psicosis y tenía que poseer las siguientes características: ser neutra, no sensorial e inicial o mecánico. Este autor mantenía que el delirio era una reacción secundaria sin relación con el automatismo mental, "*cuando el delirio aparece, la psicosis ya es vieja*". (Heuyer, 1950). Diversos psicopatólogos siguieron esta estela de búsqueda del origen, que da lugar a la fragilidad del yo y la posterior ruptura objetivable en la psicosis.

Las neurociencias también se han interesado en encontrar una explicación biológica de esta ruptura. Así a finales de los años 80 comenzaron a abrirse departamentos dedicados a la prevención e intervención en primeros episodios psicóticos, como el departamento pionero de EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Center) situado en la clínica Orygen Youth Health en Melbourne (Australia) que posteriormente se extendió

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

por otros países. Estos departamentos están dedicados al tratamiento en jóvenes de entre 15 y 25 años que sufren un primer episodio con sintomatología psicótica con la intención de estudiar los hallazgos biológicos objetivables de estos fenómenos psicológicos. Se trata de centros en los que se aborda al paciente a través de un tratamiento multidisciplinar con especialistas del campo de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y trabajo social, con el objetivo de implicar al paciente y a su familia en manejo y recuperación de su enfermedad. (McGorry, 2003, 2013a, 2013b, 2013c)

Posteriormente los centros de tratamiento de primeros episodios psicóticos fueron más allá, generando departamentos, como PACE (Personal Assesment and Crisis Evaluation), que se encargan de la evaluación y el tratamiento de pacientes en riesgo de psicosis para así intentar prevenir o retrasar la aparición de la misma.

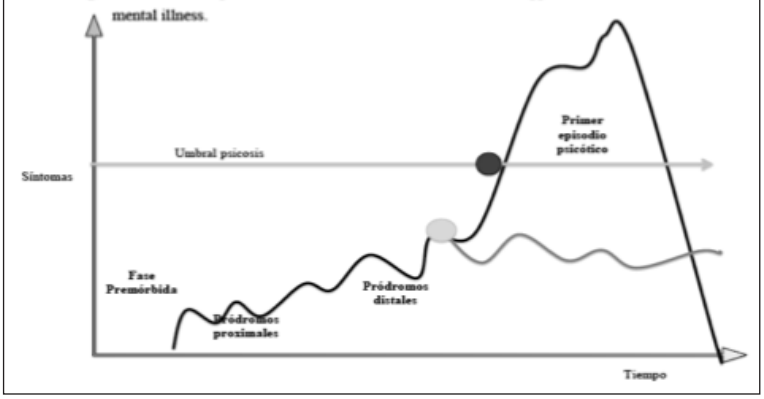
Estudios recientes hablan de que menos de un 40% de los pacientes que se consideran en alto riesgo de psicosis realizan la transición a psicosis en los próximos dos años, considerando como criterio de transición un síntoma positivo que está presente varias veces a la semana durante más de una semana. (Fusar-Poli, 2012)

Las necesidades de los pacientes en estado de riesgo son diferentes a las necesidades de los pacientes en los que la psicosis ya se encuentra establecida. Así los pacientes en estado de riesgo podrían beneficiarse de psicoeducación y tratamiento psicoterapéutico sin necesidad de tratamiento farmacológico o en caso de precisar éste la dosis sería menor.

Aclarando términos: pródromos y estado mental de riesgo:

Los primeros episodios psicóticos están precedidos frecuentemente de una fase caracterizada por experiencias subjetivas que denominamos fase prodrómica (Figura. 1). Definiríamos pródromos como el malestar que precede a la enfermedad, en el caso de las enfermedades mentales a las que nosotros nos referimos, es sabido que meses o incluso años previos al florecimiento de algunas de las enfermedades ya han aparecido en el sujeto síntomas prodrómicos inespecíficos. En el caso de los episodios psicóticos se han descrito numerosos síntomas prodrómicos (Tabla 1). La inespecificidad de estos síntomas hacen que la mayoría de las veces puedan confundirse con sintomatología banal de otros trastornos o malestares de la vida diaria y por ello se reconozcan de una forma retrospectiva cuando ya la enfermedad ha florecido. Incluso numerosos autores

Figura 1. Modelo de aparición de la enfermedad mental / Model of appearance of mental illness.



Síntomas neuróticos: Ansiedad Inquietud Rabia Irritabilidad	**Síntomas afectivos:** Depresión Anhedonia Culpa Ideas de suicidio Fluctuaciones del humor	**Cambios comportamentales:** Deterioro de rol-función Aislamiento social Impulsividad Comportamientos bizarros Agresividad, comportamiento disruptivo
Síntomas psicóticos atenuados: Alteraciones sensoperceptivas Suspicacia Cambio en la percepción del self Cambio en afecots Cambio en motilidad	**Cambios cognitivos:** Alteraciones en atención y concentración Preocupación, ensoñación Bloqueo del pensamiento Disminución de la abstracción	**Otros síntomas:** Fenómenos obsesivo-compulsivos Fenómenos disociativos Aumento de la sensitividad interpersonal
Cambios en voluntad: Apatía Aburrimiento, disminución de interés Fatiga, pérdida de energía	**Síntomas físicos:** Quejas somáticas Disminución de peso, disminución de apetito Alteraciones del sueño	

Tabla 1. Síntomas prodrómicos / Prodromes.

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

relatan que no está lo suficientemente claro si la aparición de esta sintomatología prodrómica pudiera conllevar inevitablemente a la aparición del cuadro psicótico. (Fusar-Poli 2012; McGorry 2003, 2013a, 2013b, 2013c)

Se considera estado de alto riesgo de psicosis a pacientes que tiene uno de estos tres criterios: 1- síntomas positivos atenuados, 2- síntomas psicóticos intermitentes y limitados y 3- riesgo genético para esquizofrenia; acompañado cualquiera de los 3 criterios mencionados de disminución de funcionalidad. Definiremos estos tres criterios según la CAARMS. Así síntomas psicóticos atenuados serían síntomas positivos subumbrales con frecuencia o intensidad subumbral, presentes durante más de una semana en el último año. Los síntomas psicóticos intermitentes y limitados serían síntomas psicóticos transitorios en las subescalas de contenido del pensamiento inusual, alteraciones sensoperceptivas, ideas bizarras y discurso desorganizado con una duración del episodio de menos de una semana en los últimos doce meses y remisión espontánea. Por último se considera riesgo genético para esquizofrenia a cualquier familiar de primer grado con historia de psicosis o al diagnóstico de trastorno esquizotípico de personalidad. (McGorry 2003, 2013a, 2013b, 2013c)

La existencia y el conocimiento de los estados de alto riesgo es lo que ha permitido implantar intervenciones en estos pacientes con el objetivo de prevenir o retrasar la aparición de esta transición y como consecuencia del primer episodio psicótico. La evidencia de múltiples estudios en este campo refiere que una menor duración de una psicosis no tratada se traduce en menor deterioro y una mejor respuesta al tratamiento.

La aparición de esta sintomatología conlleva a menudo a una baja autoestima que se traduce en una inseguridad para con los pares y una reducción de la vida social, sintomatología que puede ser tratada y obtener mejorías significativas en las terapias de grupo.

La detección e intervención temprana de las enfermedades mentales puede conllevar a una disminución de la incapacidad crónica que pueden llegar a sentir este tipo de pacientes y una mejor adaptación y calidad de vida

INICIOS HISTÓRICOS DE LA TERAPIA DE GRUPO EN ADOLESCENTES

El grupo es un fenómeno natural no exclusivo del hombre, sino que también se manifiesta en el reino animal cuando es necesario para tareas de supervivencia y cooperación. El individuo en la especie humana emerge por defecto en un grupo, inicialmente el familiar, y va moviéndose entre diferentes grupos a lo largo de su vida (escuela, amigos, trabajo, familia). Por lo cual no parece extraño que el hombre haya utilizado esta técnica cooperativa para la resolución de problemas de la mente.

Remontándonos a la historia de la terapia de grupo con adolescentes parece que nos tenemos que aproximar a los inicios del siglo XX en Estados Unidos, momento en el que aparecen los pioneros en utilizar esta técnica. Se habla que Slavson trabajó inicialmente con grupo de niños y posteriormente con adolescentes y adultos antes de formar la American Group Psychotherapy Asocciation (AGPA) en 1943. También se describe que Jacob Levy Moreno ya aplicaba en las década de 1910 sus inicios de técnicas psicodramáticas en grupos de niños y adolescentes con los que jugaba e improvisaba teatro (Filgueira, 2009).

El concepto de dinámica de grupos aparece con Kurt Lewin quien sugiere que el grupo es un sistema en el que la colección es más que la suma de cada una de sus partes, concepto que fue adquirido tras el estudio de un grupo de niños en actividades recreativas a principios del siglo XX. Enunció que el grupo es un sistema cerrado constituido por una energía o fuerza y entre sus miembros se establecen corrientes positivas o negativas para que el grupo permanezca en equilibrio. Bion consideró que la terapia individual o grupal eran distintas formas de abordar el mismo fenómeno. Pero fue otro autor antes mencionado, Moreno, quien fue el primero en utilizar el término "psicoterapia de grupo". Para muchos autores, entre ellos Freud, el éxito y funcionamiento de los grupos se debe al fenómeno de la identificación. (Filgueira, 2009)

TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO INFANTO-JUVENIL

El hospital de día psiquiátrico es un dispositivo terapéutico a caballo entre las hospitalización y los centros de salud mental en el cual se realiza un seguimiento y un tratamiento intensivo e integral en régimen ambulatorio con una frecuencia mayor de la que podría realizarse en consultas.

En nuestro caso se trata de un departamento para pacientes menores de 18 años con trastorno mental grave derivados de la unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil o de consultas de psiquiatría infanto-

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

juvenil. La función es un tratamiento más intensivo e integral a través de un equipo multidisciplinar. En dicho departamento se promueve el trabajo en relaciones sociales de los pacientes a través de sesiones grupales de psicoterapia y terapia ocupacional y se intenta involucrar a las familias en la atención y recuperación de los pacientes.

Este curso escolar (2014/2015) se presentó un nuevo proyecto con adolescentes y adultos jóvenes de entre 13 y 20 años que pudieran estar en riesgo de enfermedad mental grave, bien por padecer sintomatología psicótica atenuada o bien por presentar familiares de primer grado con diagnóstico de psicosis franca, y ambas acompañados de una reducción de la funcionalidad en sus vidas diarias. Incluimos a estos pacientes en un grupo de pacientes adolescentes que acudían a este dispositivo con la intención de mejorar sus habilidades sociales y su expresión emocional con la intención de integrarles en un grupo normalizado y potenciar los beneficios que pudiera proporcionales la terapia grupal. El resultado es lo que hemos llamado "el grupo de los viernes".

Además los pacientes en riesgo de psicosis y la paciente que ya presenta una psicosis franca se benefician de una psicoterapia con un seguimiento más continuado, que inicialmente fue semanal y ahora se mantiene con una frecuencia de una vez cada 2 o 3 semanas dependiendo de las necesidades de cada individuo. Periódicamente se incluyen a los padres para un mejor entendimiento y comprensión entre ellos y sus hijos.

Añadiéndose al tratamiento y para involucrar en la recuperación a la familia se ha trabajado con los familiares a través de sesiones de psicoeducación.

"El grupo de los viernes":

Se trata de un grupo heterogéneo de 10 adolescentes entre 13 y 18 años compuesto por 5 mujeres y 5 varones que acuden semanalmente los viernes durante 3 horas al Hospital de Día Psiquiátrico infanto-juvenil. Las características del grupo serían las siguientes: 6 pacientes presentarían un estado de alto riesgo, ya que han presentado en el último año un bajo funcionamiento en su vida diaria y presentan o bien síntomas de psicosis atenuada o familiares de primer grado diagnosticados de psicosis y una paciente ha presentado ya sintomatología psicótica franca. Los otros pacientes son adolescentes con problemas de habilidades sociales que se consideró que podían beneficiarse de las intervenciones grupales.

La sesión semanal de 3 horas se suele dividir de esta forma: en la primera hora trabajan con la psicóloga y las últimas dos horas se realiza una sesión con la terapeuta ocupacional.

Si se pudiera destacar una cualidad caracterizada de todos ellos es su déficit de habilidad social que ha marcado en ocasiones períodos cortos de su vida y otros períodos largos de incluso años de evolución. Se trata de adolescentes con características muy diferentes pero los cuales coinciden en haberse criado en entornos con dificultades.

El objetivo principal es mejorar el funcionamiento social de los componentes del grupo y generar en ellos una identidad grupal. También se fomenta, a través de la psicoeducación, el reconocimiento y expresión emocional así como la adquisición de un conocimiento de sintomatología de la esfera mental para reconocerla, admitirla e intentar mejorar su afrontamiento. Se intenta dar pautas para la resolución de problemas tanto individuales como interpersonales fomentando la participación de los miembros del grupo en las opciones para la resolución.

Previo a la inclusión en el grupo, los pacientes expresaron sus problemas en el ámbito social, manifestando un intenso aislamiento social y una baja capacidad para introducirse y mantenerse en un grupo de pares.

En el comienzo y dada la escasa participación inicial de los componentes del grupo parecía un reto poder enganchar a los adolescentes, pero este problema se fue subsanando gracias a actividades dirigidas y estructuradas que pudieran ser de su interés. En el momento actual algunos de los participantes ha verbalizado que el grupo es uno de las mejores actividades que mantiene durante la semana y muchos coinciden en que les ayuda mucho el poder poner en común sus problemas y sentirse escuchados y apoyados por otros compañeros.

El hecho de realizar esta terapia grupal ha sacado a la luz diferentes factores terapéuticos en su integrantes. Algunos de estos factores podrían ser la aceptación, el altruismo, la cohesión, la validación consensuada, el contagio, la empatía, la imitación, a interacción, el aprendizaje y la universalización; sin olvidarnos de algunos factores más psicodinámicos como la identificación, la introspección y la catarsis. Todos ellos importantes para el crecimiento y recuperación de cada adolescente.

Sesiones con psicología:

Las sesiones de psicoterapia de grupo están orientadas a crear un clima seguro de convivencia terapéutica, permitiendo a los adolescentes sentirse seguros,

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

aceptados y confortables para el relato de sus experiencias personales. Se intenta abordar el afrontamiento y la capacidad de resolución de problemas de los participantes a través de la lluvia de ideas para la búsqueda de soluciones. Además se intenta trabajar sobre todo desde la emoción y el cuerpo intentando fomentar la expresión y la autorregulación emocional dentro del grupo para que luego sean capaces de expresarlo fuera.

Se intenta fomentar la aceptación y el respeto entre los miembros. Somos conscientes de que en todo grupo se generan vínculos que en ocasiones van más allá de lo terapéutico; dado el apego inseguro que les ha sido transmitido a la mayoría de nuestros adolescentes, se intenta fomentar que entre ellos se cree un vínculo seguro.

Se trabaja también en habilidades sociales, fomentando el trabajo de resiliencia y asertividad que vimos desde un principio que no abordaban adecuadamente.

Sesiones con terapeuta ocupacional:

Partiendo de la definición de terapia ocupacional según la OMS "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social". En este grupo los objetivos que se plantean son fortalecer la autoestima y el autoconcepto, favorecer la capacidad de hablar con iguales, exponer ideas, opiniones, tomar decisiones, llegar a acuerdos, aumentar la empatía y la conciencia social. Se trabajan a través de actividades tales como debates, entrevistas, teatro, viedoforum, salidas, voluntariado,.... En las sesiones se pretende crear un clima de grupo, rebajando cualquier tipo de tensión, e intentando generar un ambiente lo más normalizado posible.

"Desde el abandono hasta el delirio de sentirse querida": a propósito de una adolescente.

Presentamos a la última incorporación a nuestro "grupo de los viernes". Se trata de una paciente, mujer de 16 años, residente con sus tutores en ámbito urbano.

Como antecedentes personales destacamos que se trata de una niña gran prematura fruto de un embarazo gemelar de 6 meses de evolución con escaso control médico en el cual su hermano gemelar murió a los pocos días del nacimiento. Su peso al nacimiento fue de 600 g. Precisó de incubadora durante 4 meses en los cuales sufrió una hemorragia ventricular.

Como antecedentes familiares podemos destacar:

- Familia materna: Madre diagnosticada de diabetes mellitus, ceguera como consecuencia del mal control diabético y abuso de sustancias que falleció durante la cesárea del embarazo gemelar. Abuelo paterno sano. Abuela materna se dedica a trabajar en artes esotéricas.
- Familia paterna: Padre con diagnóstico de cardiopatía congénita secundaria a fiebre reumática que falleció hace 9 años como consecuencia de un infarto agudo de miocardio severo. Abuelo paterno fallecido diagnosticado de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y demencia tipo vascular. Abuela y tía materna con probable celotipia.

La paciente ha vivido con su padre sus primeros 9 años de vida hasta su fallecimiento. Posteriormente es acogida por un hermano del padre y su mujer con los que reside actualmente.

Académicamente inicio la escolarización en educación infantil. Ha precisado cambio de colegio en 2 ocasiones, una por cambio de domicilio y la otra por mala adaptación con los pares. Repitió 6º de educación primaria. Actualmente cursa 4º de educación secundaria con un rendimiento y nivel académico bajo.

Se trata de una adolescente tímida, bastante replegada en sí misma que disfruta más de la compañía y conversaciones de adultos que de la de sus pares, aunque le gustaría tener amigos con quien compartir sus experiencias. Se encuentra aislada socialmente hasta el punto de no compartir el recreo con sus compañeros y preferir ir sola a un lugar seguro. Creemos que inconscientemente está marcada por la herida primaria, sintiendo en muchos momentos el abandono en su propia piel, lo que le hace vivir las relaciones sociales en un estado de hiperalerta e inseguridad.

Refiere que hace un año comenzó con lo que ella misma define textualmente "los nervios igual a excitación", refiere que "todo ocurrió un día de octubre muy gris, me note rara y empezó lo de mis nervios". Relata un delirio reactivo al sentimiento profundo de abandono en el cual se siente querida por muchos de los compañeros de su clase. Refiere que nota que los niños de clase le miran y acaban por enamorarse de ella, ella lo nota en sus genitales, siente como una excitación de unos segundos de duración. Esto le hacía esperar todos los viernes en la esquina del colegio al "supuesto enamorado" para que le pidiera salir. La paciente se siente extraña en

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

comparación con el resto de su clase. A menudo le cuesta realizar trabajos grupales en los que no tiene confianza con el resto de compañeros, traduciéndose en ausencias escolares debido a las intensas somatizaciones que manifiesta.

Esta sintomatología intentó en un primer momento abordarse con trabajo psicoterapéutico pero dada la intensidad tuvo que utilizarse terapia combinada de psicoterapia y psicofármacos. Inicialmente, previo a encontrarse incluida en el grupo, "los nervios" habían disminuido pero continuaban presentes. Ha sido después de la inclusión en el "grupo de los viernes" cuando dicha paciente ha comenzado a dejar a un lado la sintomatología y ha comenzado a mejorar sus relaciones grupales, siendo capaz de acudir con sus compañeras en el recreo y de realizar trabajos escolares en grupos reducidos.

Psicoeducación de padres:

La mayoría de los adolescentes residen con sus padres en el domicilio familiar y en muchas ocasiones, dadas las escasa habilidades sociales que poseen estos enfermos son el único grupo en el cual se sienten identificados. Consideramos que involucrar a las familias en el tratamiento y recuperación de estos pacientes es importante, ya que generalmente el hecho del diagnóstico de una enfermedad mental en el seno de una familia pudiera ser causa de un gran estrés. Por ello creamos un programa de sesiones de psicoeducación para familiares cuya función es dar soporte y apoyo a las personas que van a vivir esta enfermedad más de cerca. Además se sabe que el hecho de una buena implicación de la familia en este período conlleva una mejor evolución de la enfermedad.

El programa consta de 6 sesiones de psicoeducación dirigida hacia los padres o familiares cercanos de los adolescentes. Dicho programa hace énfasis en contenidos a cerca de un adolescente normal y de la fase previa a la aparición de la enfermedad. Sesiones:

1. La adolescencia: un período de cambio.
2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental.
3. Uso y abuso de sustancias
4. Sexualidad
5. Cómo detectar la enfermedad mental. Síntomas de alarma.
6. Sesión libre: para tratar un tema elegido por los padres.

En la mayoría de las ocasiones los adolescentes viven en un entorno familiar y son los propios padres los que traen a éstos a consulta. El hecho de darles unas sesiones de apoyo e intervención pudiera sensibilizar a las familias, reforzarlas y resolver sus dudas. Esto podría hacer que se ocultara la enfermedad mental en menor medida y se hablara entre los grupos de amigos de los padres de las enfermedades mentales y así poco a poco irlas integrando en la sociedad y normalizándolas.

REFLEXIONES

A pesar de encontrarnos desarrollando el proyecto, sin llegar a haber completado un año de funcionamiento, expondremos nuestras reflexiones.

Por un lado se está trabajando con los adolescentes de forma individual como grupal para fomentar la expresión y regulación emocional, crear una identidad personal dentro del grupo, desarrollar un vínculo seguro dentro del grupo, así como mejorar su resiliencia y asertividad para poder afrontar los diversos problemas que pueden afrontar a lo largo de su vida.

De forma paralela se trabaja con los padres para entender los procesos de cambios en los diferentes niveles que se viven en la adolescencia, ayudar a reconocer en sus hijos las alteraciones a nivel mental que se pueden producir y los pasos a seguir para poder entender y afrontar mejor estos momentos.

La percepción del equipo multidisciplinar en estos meses de tratamiento es una mejoría franca en la aceptación y adquisición de una identidad grupal. Se ha pasado de la vergüenza y timidez inicial a la hora de intervenir en las actividades a la generación de vínculos entre los integrantes que incluso han quedado juntos tras las sesiones de los viernes.

El trabajo con el grupo en cada sesión es impredecible, pero se ven avances a nivel de afrontamiento y resolución de problemas y de asertividad. En el tema de regulación emocional hay que seguir fomentando el trabajo tanto a nivel grupal como individual.

Consideramos como un tema importante de la sociedad tener en cuenta uno de los principales problemas derivados de la aparición de una enfermedad mental, la exclusión social en una etapa del desarrollo en el que es de crucial importancia para el desarrollo integral de la persona. Su prevención es uno de nuestros principales objetivos a trabajar con estos adolescentes a través de las sesiones grupales. Para ello pensamos que la psicoterapia de grupo podría ser un entorno seguro para poder adquirir

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

las habilidades sociales necesarias que les ayudarían para una posterior integración de los mismos en la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Filgueira Bouza, M. (2009). *Manual de formación de la asociación española de psicodrama*. Madrid: Asociación Española de Psicodrama.

Fusar-Poli, P. et al. (2012) The Psychosis High-Risk State. A Comprehensive State-of-the Art Review. *Arch Gen Psychiatry*, E1-E14.

Heuyer, G., Ajuriaguerra, J. y Pigem, J. (1950). El síndrome de automatismo mental de Clèrambault y su importancia en psiquiatría. *Anales de Medicina y cirugía*. 28(62), 126-147.

McGorry, P. (2013). Prevention, innovation and implementation science in mental health: the next wave reform. *The British Journal of Psychiatry*, 202, s3-s4.

McGorry, P., Bates, T. y Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: examples from *Australia, Ireland and the UK*. *The British Journal of Psychiatry*, 202, s30-s35

McGorry, P. y Mihalopoulos, C. (2013). Unhealthy scepticism: Time for a fair go for best avaible evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(7), 602-604.

McGorry, P., Yung, A. R. y Phillips, J. (2003). The "close-in" or ultra high risk model: A safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophr Bull*, 29, 771-790.

Soutullo Esperón, C. y Mardomingo Sanz, M. J. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Panamericana.

www.ory.org.au

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

IMPLEMENTACIÓN DE UN DISPOSITIVO PSICOANALÍTICO CON NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

IMPLEMENTATION OF A PSYCHOANALYTIC DEVICE WITH INSTITUTIONALIZED CHILDREN

Elizabeth Villaseñor Vivanco* y María del Carmen Rojas Hernández*

RESUMEN

En una Casa Cuna (CC) se brinda ayuda terapéutica, a aquellos niños en situación de abandono o bien, rescatados de un ambiente familiar violento, a partir de ello, en el presente artículo se abordan los elementos teóricos esenciales implicados durante el proceso de intervención clínica, el cual se llevó a cabo aplicando un dispositivo psicoanalítico diseñado para niños institucionalizados. Dichos elementos favorecen la explicación de los procesos implicados en la transferencia, la fantasía, la constitución psíquica y el duelo; nociones mediante las cuales se realiza la construcción de caso donde se exponen los referentes clínicos de un infante rescatado y tratado que culminó en la posibilidad del tránsito de la indefensión pasiva hacia una posición en la que el paciente advierte con claridad que la situación en la que se encontró es consecuencia de un acto transgresor.

Palabras clave: Fantasía, constitución psíquica, Intervención para la Vinculación de Niños Institucionalizados (IVNI).

ABSTRACT

This article addresses the basic elements to be considered in a clinical intervention based in a psychoanalytic device for institutionalized children who are sheltered in an assistance establishment. These elements respond to processes such as transference, fantasy and mourning, notions that enable the analysis of clinical material, together with the consultancy and supervision required for the conceptualization of the clinical case.

Further, we will realize a study of case "A.", taken from clinical material emerged from several clinical sessions with a child who came to the institution with several signs of physical abuse. The study of this case will describe how psychical activity during the clinical sessions provided her space to identify with her body that at the same time allowed her to transit around the fantasy of her origin, having a structuring effect in her.

Key Words: Fantasy, psychical constitution, psychoanalytic device with institutionalized children

PANORAMA GENERAL

Históricamente la infancia tutelada refiere por lo general a la caridad, a la compasión, a las políticas de derechos de la infancia, entre otros. En el caso de México puede pensarse como una de las importaciones socioculturales occidentales que tuvieron lugar en la época colonial. En su origen, la tutela asistencial estuvo relacionada con nociones como la pobreza, la exclusión, la deshonra, la caridad, la beneficencia, la filantropía y la religión. Posteriormente esta infancia tutelada tuvo que ver con el Estado, la política económica y social, los derechos humanos entre otras ramas del desarrollo social y económico (Figa, 1995: 22 citado en Peña, 2011).

* Maestrante y profesora investigadora respectivamente, del programa de Maestría en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí en México.

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

Este proceso de institucionalización compromete la singularidad del infante, al sumergirlo en un discurso ante el cual su bienestar y su existencia son determinados por las politicas y lineamientos de la institución puede diluir la importancia de condición específica. En atención a esa posibilidad desubjetivante se planteó una intervención, mediante un dispositivo con fundamentos psicoanalíticos, partiendo de que este permite que los niños sean atendidos en esa condición singular en la que se produjo el conflicto, aun cuando se encuentren inscritos en un contexto institucional.

En su obra *El malestar en la cultura*, Freud (1930[1929] /2012) señala que desde tres lados existen amenazas de sufrimiento al hombre: (a) Desde el propio cuerpo, destinado a la ruina y la disolución, (b) desde el mundo exterior, el cual podrá abatirnos con su fuerza hiperpotente, despiadada y destructora y (c) desde la perspectiva de la interacción humana, debido a la insuficiencia de las normas que regulan los vínculos recíprocos entre los hombres, la familia, la sociedad y el Estado.

Partiendo entonces de que los niños que alberga la C.C. han padecido simultáneamente los tres ámbitos de sufrimiento planteados en el párrafo anterior y de que por lo general en las instituciones sólo se atiende a lo concreto y visible de las marcas de ese sufrimiento en el cuerpo, podemos afirmar que queda desantendida la percepción del mundo exterior y la problemática propia de la interacción con los otros, por eso se considera ampliamente justificada la implementación del dispositivo mencionado ya que ofrece la posibilidad de reconocer y atender la singularidad de cada uno y la relación con su historia, sus afectos y su devenir, es decir, permite atender esas huellas del sufrimiento, que si bien, a veces, no tienen un registro visible en lo corporal, si lo tienen como registro inconsciente.

La institución, al ser la encargada de limitar la violencia y el abuso, funciona como un separador real del abusador con el niño, sin embargo las huellas permanecen presentes, esto supone distintos escenarios que podrían apuntar a la repetición; el sufrimiento no termina cuando el ejercicio de la violencia cesa, los niños al devenir adultos podrían presentar la impronta de estar condenados a sufrir violencia en la vida, sin que nada ni nadie pueda poner límite a tal sufrimiento (Luongo, 2006). Esto es lo que da lugar para advertir que la intervención permite dar cuenta de los efectos que se producen al articular procesos psíquicos propios del yo y la intervención del terapeuta.

Freud (1937/2012) propone que la etiología de todas las perturbaciones neuróticas es mixta o se trata de pulsiones hiperintensas, esto es, refractarias a su domeñamiento por el yo, o del efecto de traumas tempranos, prematuros de los que un yo inmaduro no pudo enseñorearse. Los discursos, juegos y proyecciones que los niños proporcionan en sesión dan cuenta de los efectos de ambos factores y se toma en cuenta el momento constitutivo en el que se encuentra cada uno.

Freud (1937/2012) plantea tres factores a considerar para el tratamiento: (a) La influencia de los traumas, (b) la intensidad de la pulsión y (c) las alteraciones en el proceso de formación del yo. Estos factores marcan el primer eje para la intervención, a reserva de que las alteraciones del yo en algunos casos se encuentran latentes o incipientes. Al respecto, Freud (1937/2012) argumenta que:

> "Todas las represiones acontecen en la primera infancia; son unas medidas de defensa del yo inmaduro, endeble. En años posteriores no se consumen represiones nuevas, pero son conservadas las antiguas y el yo recurre en vasta medida a sus servicios para gobernar las pulsiones" (p. 230).

CC alberga a niños transitando por esta primera infancia, en sesiones clínicas se indaga en los efectos y se revisan las construcciones de las represiones secundarias, con el fin de estudiar la función que tiene la represión misma como sostén de la estructura, aunque sabemos que no es un mecanismo de defensa presente desde el origen, es necesario haber sentido la sensación de displacer para poder alejar o rechazar algo de la conciencia y mantenerlo alejado de ella.

Freud (1915/2012) en su obra La represión, propone un recorrido de dos fases de la represión, la primera es la represión primordial, esta primera fase consiste en que a la agencia representante psíquica de la pulsión se le deniega la admisión en lo consciente. Así que establece una fijación; a partir de ese momento la pulsión queda ligada a esa agencia representante. La segunda etapa de la represión recae sobre retoños psíquicos de la agencia representante reprimida. Varios niños por efectos de la represión, no pueden dar cuenta del por qué están asilados en una institución, a veces se preocupan por el olvido del nombre de su madre o en casos severos muestran repulsión y niegan todo pasaje antes de su estancia en CC, pero esta represión es momentánea y en las sesiones clínicas, en el juego o el despliegue de las fantasías, cuando la represión

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

falla y el niño advierte el peligro de recordar, la angustia ante la falla de la represión se manifiesta en síntomas que van desde la enuresis y el mutismo hasta los gritos y los golpes. Esto se convierte en la oportunidad del terapeuta de articular esa representación representante de la pulsión al terreno del lenguaje e indagar la función de la fantasía.

Cosentino, J.C. (1992/2000) Ubica la transferencia como el soporte necesario de los enlaces falsos, que permiten el desplazamiento de las representaciones inconscientes sobre el analista facilitando el retorno de lo reprimido.

El recorrido conceptual para aclarar los criterios teóricos desde los que fue planteado el dispositivo de Intervención para la Vinculación de Niños Institucionalizados (IVNI) comienza por el concepto de autoerotismo, pues es el primer momento en el que el ser humano con un yo incipiente, comienza a experimentar satisfacción pulsional; el mundo del bebé es un mundo corpóreo, la satisfacción pulsional alude a la ligadura, al órgano en sí, por tanto se habla de un organismo, en el que las satisfacciones provienen de las pulsiones autoconservativas y que deberá agregarse un nuevo acto psíquico que conduzca al primer momento narcisístico. Al respecto Freud (1914/2012) postula:

> "Es un supuesto necesario que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo; el yo tiene que ser desarrollado. Ahora bien, las pulsiones autoeróticas son inicialmente primordiales; por lo tanto tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica para que el narcisismo se constituya" (p.74). Este acto consiste en que las pulsiones se conjugan en una unidad y el yo es tomado como objeto, es el objeto que ha venido a colocarse en el lugar vacio del objeto de la pulsión a partir de estos conceptos.

Freud, a lo largo de su obra Tres Ensayos de Teoría Sexual (1905/2012), diferenció la "libido del yo" de la "libido objetal" y consideró necesaria una energía externa para el desarrollo del niño; menciona la ternura de los cuidados maternos como un primer modelo de vínculo libidinal: "Por regla general, la madre dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia lo besa y lo mece y claramente lo toma como un objeto sexual de pleno derecho" (Freud, 1905/2012. p.203). El desarrollo del cuerpo erógeno es el resultado de la dialéctica entre el cuerpo biológico del lactante y el deseo materno, la cuestión con los niños institucionalizados es que por lo general son objeto de maltrato, de abuso y de goce del otro y no como objetos de deseo.

Lacan (1962-1963/2006) opone objetividad con otro término que inventa: objetalidad, la cual ubica, para definir estos raros objetos que están perdidos desde el comienzo, y a la objetividad del lado de los objetos exteriores que están en el espacio. Entonces, estos niños son objetos de un agente externo que limita o priva la construcción de un yo, Lacan también propone la cuestión del punto cero, siendo este punto la relación del ser humano con el significante (Ciaccia, 2003).

Partiendo de esta idea, en un primer momento el dispositivo tendrá que pensarse desde dos posibles posiciones que el niño presente, ya sea de objeto de perversiones de otro u objeto de significante. De cualquier manera, es decir desde cualquiera de las dos, se tendría que pensar en inducir al niño al campo del significante, del lenguaje, de la cultura.

El proceso del narcisismo secundario, desde los supuestos teóricos freudianos, supone dos movimientos: (a) El yo concentra sobre un objeto sus pulsiones sexuales parciales de modo autoerótico; la libido inviste el objeto que proporciona placer, (b) más tarde estos investimentos retornan sobre el yo, la libido, entonces, toma al yo como objeto y a partir de lo anterior podríamos suponer lo siguiente como un tercer movimiento en el caso de los niños institucionalizados, (c) el soporte de la pérdida; se pierde la inmediatez del amor y la noción de totalidad de este, el niño comienza de a poco a estar expuesto a las exigencias del mundo que lo rodea, en el caso de la institución el niño es sometido a reglas muy claras y uniformes, ante las cuales podría comportarse de manera mecánica sin que necesariamente se produzca un registro de las normas que denote indicios de adscripción al lenguaje.

Si bien la constitución psíquica no responde a un orden evolutivo, el desarrollo y construcción de ésta comienzan en los primeros meses y años de la vida del ser humano, por lo tanto, al plantear un dispositivo con fundamentos psicoanalíticos en una población como la que alberga CC, resulta fundamental el argumento que planteó Freud (1914/2012): "El individuo lleva realmente una existencia doble, en cuanto es fin para sí mismo y eslabón dentro de una cadena de la cual es tributario contra su voluntad o, al menos sin que medie ésta" (p.76). Al ingresar a una institución asilar, la existencia se ve afectada y podría

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

suponerse una fractura en este proceso, el trauma que no necesariamente se refiere al acontecimiento de ser asilado, sino al peso de la fractura temprana de la cadena de la que habla Freud.

Es necesario considerar la importancia de que, tanto la transmisión que efectuaba la madre -en tanto elemento precursor de la constitución psíquica- así como la falta de representación que funge como un factor de impedimento del nacimiento psíquico y también la serie de procesos primarios tales como la narcisización son interrumpidos al ingresar a una institución asilar.

La actividad fantaseadora en el tratamiento con estos niños ha sido la brújula que apunta hacia su pasado, parafraseando a Freud (1908a/2012) la fantasía ocupa un estatuto privilegiado para mostrar el paso de los diferentes procesos psíquicos: represión o retorno de lo reprimido. Ya que los niños utilizan la fantasía como un velo atenuante para soportar los recuerdos de la crueldad o el abandono al que fueron expuestos, cuando no se transitan, cuando no se inscriben en el terreno de la palabra o la escenificación, cuando no se comparten en forma de ficción o juego, las fantasías que una vez fueron un soporte para la vida mnémica se pueden tornarse peligrosas y dan como resultado conductas patológicas, violentas y angustiantes para ellos y para los demás.

Freud (1908b/2012) señala que las fantasías inconscientes pueden haberlo sido desde siempre, haberse formado en lo inconsciente, o bien –caso más frecuente- fueron una vez fantasías conscientes, sueños diurnos, y luego se les olvidó, relegándose a lo inconsciente en virtud de la represión. El trabajo con las fantasías que producen estos niños, o los sueños diurnos representan la posibilidad de resignificarlas antes de su eminente represión, esta será la opción que se busca en el tratamiento con dichas fantasías, para que el niño tenga la posibilidad de experimentar variaciones en el contenido de sus fantasías que den lugar a retoños menos agresivos, que le puedan clarificar momentáneamente su situación y de esta manera la intervención quedaría articulada a la representación de aquella fantasía.

En algunos casos los niños no tienen noticias externas sobre sus padres, ni si estos los han buscado y en otros los padres pierden o ceden la patria potestad de los niños, quienes no tienen noticia ni logran participar en ningún proceso donde ellos se puedan posicionar ante este suceso, en esta posición los niños pueden ser "vinculados" con otra pareja con el fin de la adopción. La institución parece partir del supuesto que el tiempo cronológico logrará que los niños olviden y que su capacidad de adaptación mejore. El dispositivo parte de que ellos siempre tendrán noticia inconsciente de sus padres mediante la fantasía, si la intervención logra enlazar esta fantasía a un significado podría entonces el niño vincularse de manera diferente.

La noticia inconsciente de la existencia de los padres siempre va a ser secundaria a la curiosidad acerca de su origen, Freud (1908b/2012) expuso:

> "... bajo la incitación de esos sentimientos e inquietudes, el niño pasa a ocuparse del primer, grandioso problema de la vida, y se pregunta *¿de dónde vienen los hijos?*- en consecuencia la pregunta es *¿de dónde vengo yo?...* el niño demandará una respuesta a sus padres o a las personas encargadas de su crianza, que para él, significan su fuente de saber" (pág. 190)

Las personas encargadas de la crianza de niños institucionalizados, se encuentran distantes de encontrar una unidad en sus respuestas, así que ofrecen gran diversidad de ellas, que por lo general se remiten a la construcción de su propia sexualidad. El camino que el niño recorre en busca de una respuesta sobre su origen es complejo, eventualmente en la institución hay diversas fuentes en las que el niño confía, por lo tanto, las diversas respuestas que se le proporcionan, se unen a un creciente y complejo tejido de fantasías, así que cuando acuden a sesiones clínicas es común que expresen diversos conflictos, producidos por lo anterior, en los que la angustia es manifiesta; el niño sigue formulándose preguntas sobre su origen y algunas respuestas ya se han constituido como información que no puede ser tolerada por lo que las construcciones hechas a partir de dichas respuestas que no pueden tener vigencia y devienen sofocadas (inconscientes). Freud (1905/2012) sugiere que de esa manera queda constituido el complejo nuclear de la neurosis. El dispositivo de atención deberá entonces tener como objetivo proporcionar los elementos que le permitan la formación de la neurosis; Gerez Ambertín (1999) sostiene que es preciso dejar al niño "hacer tranquilo su neurosis" y, en la línea de la permutación no sabemos hasta dónde llegará.

La infancia siempre se cursa con síntomas, es decir, con desajustes. Las manifestaciones sintomáticas de la infancia nos dan cuenta de la constitución de la neurosis. Su movilidad entonces, se va a conducir con los desajustes propios de una estructura que requiere de un reanudamiento dinámico en el camino de su constitución; estos desajustes por lo general rebasan las posibilidades defensivas en el caso de los niños institucionalizados,

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

ya que es un cambio abrupto y un corte en sus afectos, ante esta separación y las pérdidas consecuentes es común que el niño manifieste angustia que amenaza con el desborde de su psiquismo, en la intervención no se pretende que el niño no presente manifestaciones de angustia ya que partimos del enunciado freudiano de que la angustia es constitutiva y en algunos casos ofrece un camino de tramitación a su causa. En la intervención lo que se procura es monitorear todas sus manifestaciones y en el caso de exceder a las posibilidades defensivas se intenta contener, con el propósito de que el paciente no se desborde y sus defensas se reorganicen. Las conductas defensivas son los recursos con los que opera el psiquismo para mantener un equilibrio, permiten un ajuste o una adaptación del aparato psíquico -que en el caso de los niños se encuentran en constitución-, se contiene la situación pero eso no exenta al niño de los cuestionamientos, el sufrimiento y el proceso de duelo que conlleva perder a su familia, su contexto y su forma de vida sean cuales fueran sus características.

En este sentido el dispositivo no encuentra pertinente la aplicación de pruebas psicológicas que midan cuantitativamente el estado del niño, pues la propuesta de tratamiento no va dirigido a un resultado fincado en el ideal de una niñez asintomática.

Cuando un menor ingresa a CC y su cuerpo evidencia violencia, de inmediato los otros niños le preguntan qué le pasa y en un intento por acallar su propia angustia, le otorgan una explicación desde la fantasía y desde el narcisismo de cada uno, se observa que lo mismo ocurre incluso en los adultos, es decir, en el personal asistencial que lo mira. En algunos casos algunos de los niños muestran rechazo ya que el ingreso de un nuevo niño a la institución a veces los remite al recuerdo de su propio ingreso.

LA EVOLUCIÓN DE LAS FANTASÍAS REFERENTE AL CASO DE A.

"A." es una niña que tenía 4 años cuando ingresó a CC, mostraba signos relevantes de maltrato físico caracterizado por golpes contusos en diferentes partes del cuerpo y tejido cicatrizado en otras. Presentaba dermatitis micótica en el área genital, aparentemente causada por el uso constante de pañal, la mayoría de sus dientes se encontraban rotos y con pigmentación café, debido a la mala nutrición y a la falta de higiene, su cabello tuvo que ser cortado a su ingreso, debido a la pediculosis cutánea. Su aspecto impactó de manera general en los niños y todos manifestaron en sesiones clínicas distintos tipos de fantasías acerca de A. que no se abordarán en este artículo. Se le atendió mediante el dispositivo IVNI, fundamentado en la teoría psicoanalítica, anteriormente descrito.

A su ingreso presentaba mutismo selectivo, dijo su nombre pero éste fue malentendido y ella respondió alrededor de un mes a un nombre distinto, fue hasta que un documento oficial reveló su verdadero nombre que el personal comenzó a llamarle por su nombre real, la pasividad con la que A. se integró a la institución y con la que respondió ante el constante cuestionamiento que le hacían los demás niños acerca de su aspecto fueron un factor que se consideró importante para la intervención de 4 sesiones por semana.

Al inicio del tratamiento su juego era inhibido y pasaba gran parte del tiempo observando sus juguetes, los clasificaba, los formaba por tamaño y los volvía a guardar ordenadamente, no expresaba ninguna fantasía, hablaba muy poco y en un tono muy bajo. Después de un primer momento, cuando ya parecía haberse establecido la transferencia, A. comenzó a representar escenas simples y jugó a curar a la muñeca marcando este juego como la primera muestra de movimientos psíquicos, ya que pudo escenificar en el juego algo que le era propio. A. jugó a "curar" durante varias sesiones partes del cuerpo de la muñeca que concordaban con las partes de su cuerpo que estaban cicatrizadas o magulladas, repetía los procedimientos que le hacían pero no daba indicios de construir algo más que la realidad inmediata que ella percibía, no podía responder a la pregunta de ¿qué les había pasado a las muñecas?, sólo lograba identificar las partes de su cuerpo que concordaban con las de la muñeca, pero sin poder articular en el lenguaje algo que denotara que se reconocía su propia historia.

Durante las asesorías del caso se tomaron la pasividad e inhibición con las que se había comportado como una negación de A. de su propio ser; el rechazo por proyección de una ocurrencia que acaba de aflorar (Freud S, 1923-1925/2012), fue mediante un juego que invitó a participar a la terapeuta como doctora y le indicó que curara a su muñeca del área genital, al preguntarle qué era lo que le había ocurrido a su muñeca ella tuvo un lapsus y dijo: -"mi mamá creía que yo era una bebé y me ponía pañal, pero aquí soy grande y yo voy al baño solita, pero ella me quería mucho, mi mami no me hizo lo que duele"-, en esta falla de la represión se presentó la negación como mecanismo de defensa ya que ante la posibilidad de ver

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

a su madre como la causante de sus llagas y dolor, A. la defiende y niega que sea la causante. Freud (1923-1925/2012) propuso que un contenido de representación o de pensamiento reprimido puede irrumpir en la conciencia a condición de que se deje negar.

Esta referencia directa al estado de su cuerpo dio lugar a que se continuara hablando, tomando en cuenta la constante defensa de su psiquismo, la terapeuta mantuvo cautela al preguntarle cómo era que su madre pensaba que ella era una bebé, ella respondió -"porque si"- ante lo que se le señaló que era probable que su mamá pensara eso, pero que lo más importante era cómo ella se sentía. A. dejó claro en más de una ocasión que ella no era una bebé, pero sólo en pocas ocasiones aclaraba lo que si era ella. Se le preguntó si le gustaría continuar acudiendo a las sesiones a hablar de ella y a jugar con su caja de juguetes a lo que ella contestó: -"si, pero que no me quites mi chamarra, porque me puede dar frio, del que duele por adentro"- esta frase fue tomada como una demanda inicial –sí atiéndeme-, y el marcador de un ritmo para ese proceso –pero no me quites mi chamarra-, la petición demandaba que la terapeuta fuera despacio y dejaba ver que A. se seguía sintiendo muy amenazada por sus recuerdos y lo expresaba al percatarse del contenido de sus lapsus, el hecho que pudiera enunciar una sensación de "frío por adentro" alude al recuerdo de una sensación corpórea pasada, que amenaza con regresar si se remueve lo que ha adquirido en CC -"la chamarra"-, que podría representar el cobijo y una oportunidad de reacomodo de defensas. Dicho esto las primeras intervenciones fueron realizadas a partir de metáforas o se dirigían a los juguetes.

A. comenzó a hablar de algunos acontecimientos pasados, al tratar de explicar qué le había ocurrido, manifestó sentir vergüenza por una marca de su cuerpo ya que tenía una cicatriz en el abdomen; A. había permanecido pasiva ante las "acusaciones" de otros niños sobre las marcas de su cuerpo, fue durante una sesión que dijo -"mi papá me picó con un palo en la panza, pero yo no ero así (sic), los niños dicen que una bruja me rasguñó, pero eso no es."-, el poder explicar el origen de una cicatriz representó en este caso el indicio de identificación secundaria con su cuerpo y mediante esa explicación pudo articular su historia para que entonces, en el plano del recuerdo, pudiera en el transcurso de las sesiones construir su nueva realidad; en este caso, el recuerdo era el eslabón que permitiría nuevas construcciones y menos repeticiones pero a condición de que se tomara en cuenta como ella se relacionaba con su imagen. Respecto a este caso, conviene citar a Freud (1905/2012) cuando menciona:

> ... en el caso del dolor y la crueldad en cuanto a componentes de la pulsión sexual, es la piel la que adopta idéntico papel: la piel que en determinados lugares del cuerpo se ha diferenciado en los órganos de los sentidos y se ha modificado hasta constituir una mucosa y que es por tanto la zona erógena por excelencia (pag. 154).

Partiendo de este enunciado, se consideró fundamental que ante el dolor y el cuerpo maltratado hubiera una intervención en el orden de la elaboración psíquica y de nuevas construcciones respecto a sus cicatrices y su imagen en general, en tanto referentes inmediatos del maltrato sufrido.

Las construcciones implicarían la aceptación de su historia en cuanto a la violencia de sus padres y el abandono de posición de objeto de maltrato de otras personas, se pretendía propiciar un ambiente seguro donde A. pudiera vincularse con su propio cuerpo y con otros de manera diferente.

Cada vez que A. recordaba o actuaba en el juego acontecimientos de su historia violentos y agresivos, mantenía un monto de angustia considerable, se mordía el labio o se arrancaba las costras de su cabeza, también durante el tiempo de esas sesiones ella se colocaba frente al grupo de niños en una posición vulnerable, frecuentaba a las niñas que la molestaban, jugaba en medio de donde se encontraban los niños más grandes, no denunciaba si le pegaban o le quitaban dulces y se enfermó del estómago en diferentes ocasiones; en el análisis de todos estos acontecimientos y el tiempo en el que se encontraba, en cuanto a su proceso de constitución, se concluyó que A. estaba obedeciendo a instrucciones que denotaban la conformación de un superyó, Freud (1923/2012) propuso que "mientras que el yo es esencialmente representante del mundo exterior, de la realidad, el superyó se le enfrenta como abogado del mundo interior, del ello" (pág.37-38). Es así como interpretamos que cuando ella se colocaba en situaciones de "vulnerabilidad", el superyó estaba dando cuenta una contradicción conflictiva: por un lado, querer a sus padres y por otro denunciarlos, y aunque el yo aparentemente aceptara vivir en un ambiente libre de violencia, el superyó daba cuenta de no poder transitar tranquilamente por este ambiente.

A pesar de la angustia y los pormenores que le

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

ocasionaban recordar, ella continuaba hablando, porque al parecer, el poner sus recuerdos en palabras era menos amenazador, al decirlos pasaba a un cierto orden impuesto por ella misma y de esta manera podía guardar una cierta distancia; era constante la confrontación entre lo real y lo psíquico y esta confrontación provocaba movimientos psíquicos, en algunos de los cuales se identificó culpa por parte de A. ante la denuncia de su maltrato. El hecho de exponerse a ser violentada dentro de la institución daba cuenta del conflicto inconsciente que enfrentaba al tratar de posicionarse frente a los otros de manera diferente a la posición de bebé dependiente que su madre le había asegurado que era.

En sesión, ella preguntó a la terapeuta "¿soy una niña?, ante la pregunta la terapeuta le afirmó, y a su vez le preguntó por qué dudaba de eso y A. dijo con tono molesto -"no tengo pelo, no tengo dientes, ni hoyos para aretes y soy fea como los niños"-. La lógica deductiva que la había conducido a la idea de ser un niño, parecía obedecer también a una fantasía de ser varón, al ser niña había sido víctima de diferentes tipos de violencia y abusos, pero al perder las cualidades que para ella eran ser niña se había sentido un poco mas tranquila, al parecer ella no asociaba el internamiento como el motivo de la suspensión del abuso y la violencia de sus padres. Lo que la biología y los destinos de la especie humana han obrado en el ello y le han dejado como secuela: he ahí lo que el yo toma sobre sí mediante la formación de ideal. Y lo que es revivenciado en él individualmente (Freud, 1908b/2012).

A. parecía mantener una fantasía de que al ser niño no sufriría otra vez las formas de abuso por las que atravesó durante su vida, al ingresar fue despojada de su ropa y de su pelo y fue atendida, por lo que el dolor fisico disminuyó, algunas niñas no la integraban y le recalcaban que tenía la apariencia de un niño, pero para ella ser un niño era mejor y se sentía mejor, en el análisis del caso también se tomó en cuenta que A. había vivido en un medio donde el abuso y la violencia eran probablemente dirigidos tambien hacia su madre, por lo que pertenecer al género femenino también representaba la amenaza de ser vulnerable siempre.

Para llevar a cabo una intervención terapéutica con los niños en una institución, es pertinente partir de que más allá de la relación transferencial, existe la posibilidad de que el niño tome algunos rasgos del terapeuta para plasmar en su identificación, si este fuera el caso el terapeuta tendrá que indagar en el juego y fantasías ya que el se corre el riesgo que la identificación remplace la elección de objeto (Freud, 1921/2012) y obstaculice o limite su proceso de ordenamiento libidinal. En un tercer momento estas identificaciones darán paso a la identificación que prescinde de la relación de objeto, la dirección de esta libido impulsará al individuo hacia los demás o hacia la destrucción del propio organismo, A. parecía buscar elementos para identificarse con alguien o algo, durante ese tiempo se procuraba que no se le privara por completo de dichos elementos y también para -por otro lado- prever posibles efectos tales como la forma de relacionarse con ciertas figuras o la relación de las identificaciones con formación de síntomas en el futuro, se intentó indagar en sus procesos identificatorios anteriores mediante un cuestionamiento y en ese contexto ella pudo recordar un episodio donde ella observaba como "un muchacho" había matado a un gato a patadas, pareciera que esta escena hubiese causado un efecto con cierto carácter traumático, ya que posteriormente le dijo a la terapeuta que el muchacho que había matado a un gatito era su papá, y que ella ya no era un niño, este recuerdo del gato había deshabilitado la posibilidad de identificación con su padre y al recordar esta escena ella dijo no querer estar con su papá porque mató un gato y le picó la panza a A. Al acusar a su padre como el abusador A. pudo recuperar una clasificación – requisito necesario para su identificación- más amplia, no solo en lo relativo a la diferenciación niño-niña.

En la siguiente ocasión jugó a ser una princesa y le pidió "pelo prestado" a la terapeuta, quien le dijo que su pelo eventualmente crecería y que sus llagas ya no dolerían y que si ella quería se sentiría mejor de su "corazón", aludiendo a sus sentimientos. A lo que se mostró emocionada, sonreía y brincaba por el consultorio, durante esa misma sesión A. representó una escena en la que un oso de peluche le decía a ella que era bonita. La terapeuta interviene y le dice "sí, tú eres muy bonita" a lo que ella respondió -"tú no cuentas, porque tú me quieres"- A. confirmó en su imagen una aceptación de su condición femenina que no se observaba anteriormente, dejando como algo secundario la confirmación de otro, lo que da cuenta de cierta autonomía para mirarse ella misma, lo cual, en un principio parecía borrado e incipiente. Con esa expresión A. demostró capacidad para reconocer otro tipo de "querer" es decir ella sabía que la terapeuta la quería porque la escuchaba; pudo dar cuenta de todas las cicatrices de su cuerpo y aunque algunas no se borrarían, ella decía que ya no le dolían, lo que empata los efectos terapéuticos observados.

El análisis de un dibujo libre de @ después de seis meses de tratamiento continuo presupone movimientos

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

psíquicos y la función constitutiva de la palabra como indicio de bienestar sobre el cuerpo y su identificación con este.

La historia que A. contó en el dibujo -que se muestra en la Figura 1- es la siguiente: Es una changa que se llama Kimberly, mira cómo está su cuerpo, ¿lo ves? un gato la pellizcó y la rasguñó (señalando la parte genital del cuerpo de la changa mientras colorea con gran presión) y a ella le salió mucha sangre, pero después un conejito feliz la curó con mucha pomada para que no le doliera (señala la cara feliz que está en la parte superior del dibujo).

En este dibujo e historia se analizaron tres ejes esenciales para la construcción de este caso:

(a) La analogía de su proceso de sanación –antes y después- y la identificación con el dibujo de la changa en el que se observa la misma cicatriz que ella presenta, **(b)** La función de la palabra como el elemento mediante el que se propiciaron las elaboraciones acerca de su cuerpo y que redundaron en una aceptación y bienestar respecto al mismo.

(c) El análisis del miedo y las fantasías de infanticidio y su tránsito desde la culpa y el deseo de venganza hasta la aceptación de un orden respecto al lazo social, concretamente el respeto por la vida, al aceptar que a pesar de lo que le hicieron a ella, ella no mataría.

Intervención: y dime ¿qué hará la changa si alguna vez regresa el gato y la quiere rasguñar?

> A. – "Pues primero correr, va a correr y le va a decir a alguien grande, pero no a la señora que me trajo aquí porque ella me dijo que no volvería a ver a mi mamá; yo no mataría ni a los gatitos ni a los conejitos porque duele cuando los quieren matar."

Tomando en cuenta todo el caso el análisis de este dibujo muestra la analogía de su proceso de sanación y la identificación de su cuerpo con el dibujo de la changa (figura 1) en la que se puede observar la misma cicatriz, el efecto de poder vencer la represión de su imagen y traer a flote mediante el dibujo la imagen de su cuerpo, da pertinencia a conocer la reconstrucción de su historia y su percepción del tránsito por el dispositivo. El hecho de que el conejo que la curó no tenga contorno es interpretado como el reconocimiento de que todo el ambiente contribuyó a su bienestar, no sólo una persona.

La función de la palabra como indicio de bienestar sobre el cuerpo. Durante el tratamiento se hablaba de su historia, de su cuerpo, de sus padres y de sus sentimientos con todos los pormenores que le permitía el recordar, articular y construir un estado diferente del que se encontraba, el tránsito por las sesiones semanales pareció tener un efecto de la apreciación de bienestar cuando se "dice algo". En la historia la changa se protege de un próximo ataque mediante la palabra, la posibilidad de denunciar si es que una situación similar se presentará en el futuro, muestra los elementos defensivos con los que cuenta A. para identificar situaciones por las que ella pasó, que fueron trabajadas en la conciencia, por lo que la repetición será menos probable.

El análisis del devenir de su miedo y las fantasías de infanticidio así como de su tránsito por la culpa y el deseo de venganza hasta llegar a tener un orden permitieron que ella encontrara una forma diferente de sobreponerse a pesar de lo que le hicieron a ella, esto lo muestra a través de sus fantasías y de su juego, en las que revela que ella no mataría. Al inicio del tratamiento la inhibición del juego y las fantasías correspondían a la enajenación en la que vivía. Cuando los recuerdos se intensificaron y @ denunció el maltrato por parte de su padre, sentía culpa y la manifestaba con ansiedad, cuando ella recordaba escenas de violencia revivía el sentimiento de peligro que la había amenazado por tanto tiempo, es mediante este dibujo, cuando A. dice: "Yo no mataría ni a los gatitos ni a los conejitos porque duele cuando los quieren matar." La fantasía revela el grado de amenaza que A. sentía,

Figura 1. Dibujo libre 6 meses después del inicio del tratamiento
Figure 1. Draw of @ after 6 months of treatment.

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

el miedo a ser asesinada a manos ambos padres ya que quieren refiere a un plural, a pesar de que @ defendía siempre a su madre, hubo algunos lapsus que revelaban que también se sentía amenazada por ella.

Como se ha mencionado anteriormente: El desarrollo del cuerpo erógeno es el resultado del cuerpo biológico del lactante y el deseo materno, A. tenía marcas en todo su cuerpo, daba la impresión de que habían sido bloqueadas por la violencia, su boca era motivo de dolor por el estado de sus dientes, su zona genital tenia ámpulas y su piel tenía diversas marcas, sin embargo A. desarrolló la capacidad de resignificar la imagen de su cuerpo y el dibujo da cuenta con una sonrisa tanto en la changa como en el conejo.

Después de esa sesión, el personal comenzó a reportar que A. no obedecía como antes, que no comía todos los alimentos y cuestionaban el espacio terapéutico como método de mejoría, el efecto que se observaba era que A. comenzaba a desarrollar una identidad que le permitía denunciar lo que le gustaba y lo que no. Al parecer sus defensas habían evolucionado, no era una niña inhibida por el miedo a que la matara un adulto, y para fines terapéuticos este cambio de actitud era un efecto terapéutico positivo. El tratamiento fue interrumpido por el egreso de A., aun así se tuvieron algunas sesiones para marcar un cierre, en su última sesión A. dijo: "me voy con pelo y soy una niña grande que nadie le pega".

Los efectos del tratamiento dan cuenta de la importancia de ese cambio de ser objeto de maltrato y abuso, a un nuevo lugar de sujeto deseante, lo cual difícilmente se habría logrado sin la puesta en marcha de un dispositivo de intervención que le permitiera y favoreciera ese tránsito. La pasividad puede hacer que un niño pase inadvertido en la institución y que no desarrolle elementos que le permitan posicionarse frente al sufrimiento, la angustia, el terror o el dolor en el cuerpo.

A partir del dispositivo propuesto para el tratamiento se posibilitó esta atención, que puede ser pensada para aproximarse al tratamiento adecuado de estos niños que no presentan síntomas observables ni comportamientos aparatosos y que aparentemente se ajustan bien a las reglas de la institución porque cumplen los criterios de un desarrollo evolutivo normal; sin embargo no debe perderse de vista que son los argumentos desde los cuales se analizó el caso, los que permiten investigar y proponer dispositivos de intervención para esas dimensiones singulares de los niños institucionalizados y para las cuales los instrumentos estandarizados no representan utilidad diagnóstica ni terapéutica: sólo mediante la escucha analítica y a través de la relación transferencial se consigue el análisis de los contenidos inconscientes bajo los cuales se sedimenta la constitución psíquica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ciaccia, A. D. (2003). Los Usos del Psicoanálisis: Primer Encuentro Americano del Campo Freudiano. *Inventar el psicoanálisis en las instituciones* , p. 43-50.Paidós.

Cosentino, J. C. (1992/2000). *Lo real en Freud: Sueño, síntoma, transferencia*. Argentina. Ediciones Manantial.

Figa, 1995: 22 citado Peña, M., (2011). *Intervención de la infancia: ¿se ha transformado la esencia de la asistencia?*. Desacatos, (36), 149-168. Recuperado en 17 de octubre de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742011000200010&lng=es&tlng=es. .

Freud, S. (1905/2012). Tres Ensayos de Teoría Sexual. En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. Vll). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1908a/2012). Las Fantasias histericas y su relacion con la bisexualidad. En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. IX). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1908b/2012). Sobre las teorías sexuales infantiles. En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. IX). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1914/2012). La Represion. En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1915/2012). La Represión. En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud S. (1921/2012). Psicología de las masas y análisis del yo: En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XVlll). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1923/2012). El yo y el ello. En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIX). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1923-1925/2012). La negación. En: En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIX). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

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

Freud, S. (1930[1929] /2012).El malestar en la cultura. En: En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XXI). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud S. (1937/2012). El malestar en la cultura. En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XXl). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud S. (1937/2012). Análisis terminable e interminable. En: J. Strachey (ed.), *Sigmund Freud obras completas*. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XXIII). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Gerez Ambertín, M. (1999) *Imperativos del superyó*, pp. 61- 66. Argentina. Lugar editorial

Lacan, J. (1962-1963/2006) El Seminario. *Libro X, La Angustia* . Buenos Aires: Paidós.

Luongo, L. (2006). Los niños maltratados de Caracas: Una aproximación psicoanalítica. *Revista de la Facultad de Medicina*., 29 (2). Recuperado de: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_fmed/article/view/2981/2850 .

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

DE LA CONFUSIÓN A LA IDENTIDAD ADOLESCENTE. TRATAMIENTO INTERDISCIPLINAR EN UN HOSPITAL DE DÍA

ADOLESCENCE: FROM CONFUSION TO IDENTITY SHAPING. INTER-DISCIPLINARY TREATMENT IN A DAY HOSPITAL

Asunción Soriano Sala* y J. Karmelo Malda Bikarregi**

RESUMEN

Este trabajo se propone, por un lado, describir de forma detallada un caso clínico y, por el otro, realizar una reflexión teórica sobre el mismo. Apoyado en los aspectos específicos del proceso del tratamiento, desde el ingreso hasta el alta, los autores interrelacionan y amplifican los elementos del abordaje interdisciplinar que se lleva a cabo en el dispositivo asistencial, con el fin de matizarlo y enriquecerlo, sobre todo a partir del discurso y las aportaciones psicoanalíticas.

Palabras clave: Adolescencia, familiar, grupal, hospital de día, individual, inter-disciplinar, psicoterapia, psicosis.

ABSTRACT

The current article provides an in depth description of a clinical case followed by a theoretical reflection. Supported by specific aspects of the whole treatment process from admission to discharge, authors interrelate, enrich, and nuance individual elements of an interdisciplinary therapeutic approach. The aim is to provide an enriched understanding of the interdisciplinary approach in a health care system while underscoring the value of psychoanalytic contributions.

Key words: Adolescence, family, individual psychotherapy, interdisciplinary , psychiatric outpatient clinic, psychosis, therapeutic process.

Antes de entrar en la descripción del caso clínico, quisiera destacar la complejidad del diálogo entre adultos y adolescentes. Establecer un vínculo de confianza y comunicación es un reto (Nicolò, 2004) especialmente en la sociedad actual, cuyos cambios acelerados coloca a unos y otros, pero sobre todo a los jóvenes, ante

* Psiquiatra del Hospital dia- Sant Pere Claver Fundació Sanitaria- Barcelona. Psicoanalista SEP- IPA. E-mail: 13168ass@comb.cat

** Psiquiatra. Psicoterapeuta psicoanalítico. Jefe del CSM de Niños y Adolescentes Bilbao. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. E-mail: javiercarmelo.maldabicarregui@osakidetza.eus

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

escenarios desconocidos (Gualtero y Soriano, 2013). En estrecha relación con lo anterior, nos encontramos con unos adultos que ejercen profesiones cuidadoras: psicoterapeutas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores y educadores sociales, enfermeros. Todos ellos tratan de encontrar la "puerta de entrada" que el adolescente deja entreabierta, para dejarse ayudar (Soriano, 2004). Esto requiere, por nuestra parte, flexibilidad y la necesaria adecuación de la técnica (Torras,1996); (Blos, 2003); (Ávila, 2004). En definitiva, supone, caminar por derroteros poco conocidos, aunque manteniendo siempre como telón de fondo nuestro equipaje profesional y los objetivos terapéuticos (Laufer, 1997); (Soriano, 2009).

Se abordará la relación terapéutica a través del trabajo realizado con un adolescente ingresado en un hospital de día (HD). Fue necesario un tratamiento intensivo e interdisciplinar, para atender las diferentes áreas que estaban afectadas, por lo que el método incluyó: psicoterapia, medicación, atención familiar, ayuda educativa en espacios lúdicos, de talleres y escolar. Destacariamos que en este caso fuimos haciendo las modificaciones técnicas y de seting que nos parecieron imprescindibles, para ayudarle en su proceso de elaboración de una identidad más sana y adolescente (García Badaracco, 1990); (Moreno, 2014).

VIÑETA CLÍNICA

Albert, de 14 años, es un chico que desde los 9 años fue atendido en un centro de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ). A pesar del tratamiento ambulatorio, tanto individual como familiar, requirió ingreso psiquiátrico y, posteriormente, fue derivado al HD. Del informe de alta del hospital psiquiátrico, destaco:

- Chico extraño que apenas se relaciona con los iguales, pero que busca la relación con los adultos.
- Rechazado por sus compañeros, en ocasiones habla solo y sus intereses son peculiares. Tiene gustos de otra época, en la música, en el vestir, por personajes famosos de hace 50 años. Colecciona fotografías de mansiones y esquelas de los periódicos.
- A partir de la muerte de la hermana mayor de su madre, hace pocos meses, inicia una conducta persistente de soliloquios, se relaciona imaginariamente con ella y se obsesiona con sus objetos. A menudo sufre episodios de ansiedad, a veces incontenible: rompe cosas en el domicilio, se desespera, llora y muestra mucho sufrimiento.
- Nivel intelectual muy discrepante. Los resultados normales en las pruebas verbales, pero muy por debajo en las manipulativas, hace prever dificultades en la adquisición de conocimientos.
- Orientación diagnóstica: Asperger.

A su llegada al HD sabemos, por la coordinación con el servicio ambulatorio, CSMIJ, que es hijo único de padres separados. Vive con la madre, en régimen de visitas quincenales con el padre. Hace un año el chico acusó de maltrato al padre y, a pesar de que no fue posible comprobarlo, la madre lo secunda desde el comienzo. A partir de ese momento, los días previos a la visita con el padre, el chico se descompensa y se muestra muy ansioso. Por ello hace meses que no va a escuela y fue atendido varias veces de urgencias, donde recibe diferentes diagnósticos: depresión, estado de ansiedad, alteración de conducta, Asperger.

Todo esto nos hace pensar que el diagnóstico psicopatológico, en general, y en la adolescencia especialmente, requiere de una observación clínica precisa durante la cual se ha de trabajar e informar a la familia con la prudencia necesaria. A menudo, se trata de presunciones diagnósticas, en las que los aspectos evolutivos juegan un papel determinante. (Marcelli y Braconnier, 2005); (Nicolò, 2004); (Rother Hornstein, 2006). En algunos casos complicados y dudosos, la valoración diagnostica requiere, pues, de un marco de observación terapéutica amplio como es el HD (Dangerfield, 2011); (Soriano, 2011).

Entrevistas preliminares

A la primera visita vienen la madre y el chico, están en la sala de espera muy juntos, como si fueran una sola persona. De entrada la presencia de Albert es peculiar, lo veo en la sala de espera vestido con "traje", americana de rayas, zapatos de cordones y en la mano una cartera negra de la que hace mucha ostentación. Le pregunto si quiere entrar él solo a la visita, observo que le cuesta separarse de la madre pero, finalmente, entra y habla mucho. Está enfadado, se queja de que ha tenido que ir a muchos profesionales, explicar muchas cosas y que nadie le ayuda. Por eso, cuando se encuentra mal llama a unos y otros, dejando mensajes en el contestador, pero tiene la sensación de no ser atendido.

Abre el maletín con documentos y papeles, que pone sobre la mesa. Le digo que trae muchas cosas, pero que, antes que nada, quisiera que me explicara que cree que le pasa. Responde: "Yo me pongo muy nervioso y no puedo ir a la escuela, pero sobre todo antes de ver a mi padre. Yo

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

no lo quiero ver ni arreglar nada". También habla de que los chicos en la escuela se ríen de él y que no quiere tener amigos. Trata de entrar en discusión conmigo dice: "¿Por qué todo el mundo dice que nos tenemos que relacionar? Yo no quiero, yo no necesito tener amigos y no me gusta como son los adolescentes".

Más adelante se referirá a su indumentaria como cosa suya, que no quiere cambiar, y que no tiene por qué adaptarse a la manera de vestir de los otros. Hace servir la ropa que la tía compró para sus hijos y que la madre tiene almacenada. Dice que es ropa buena y que él nunca tendrá dinero para poderla comprar.

A pesar de estar enfadado y molesto por venir a un lugar nuevo, se explica mucho y abiertamente. Viene medicado con un antipsicótico a dosis bajas que le mantengo, ya que aún no le conozco suficientemente. Le veo muy confundido con su identidad y muy ansioso.

Posteriormente, en la visita a solas con la madre, trato de obtener datos de la anamnesis: me explica que se quedó embarazada sin que lo hubieran planificado y que la gestación fue complicada desde el punto de vista orgánico. Le informaron del riesgo, pero ella, sin dudarlo, decide seguir adelante y, efectivamente, nace un bebé con problemas orgánicos.

Fue un bebé intranquilo, difícil en la alimentación y en el dormir. Con cierto retraso psicomotriz, caminó a los 18 meses. Respecto del lenguaje dice: "espectacular" con discursos por temas que la madre interpreta como que era muy listo. Jugaba a repetir de memoria discursos o posturas de políticos que veía en la televisión. Un juego habitual era que se vestía con traje y se podía quedar horas quieto delante de unos papeles diciendo que era el directivo de una empresa importante. Por otro lado, cambiaba mucho de juegos y destrozaba tanto las cosas, que tenían que cerrar las habitaciones con llave. La madre dice que fue una crianza insoportable.

Describe las múltiples intervenciones médicas y quirúrgicas minuciosamente, ha memorizado una especie de resumen médico del hijo. En el momento del ingreso tiene déficits auditivos ligeros, además de una importante escoliosis que le afecta a nivel psicomotriz. La madre hace mucho énfasis en el cuidado que el hijo siempre ha necesitado y continúa necesitando de ella, ya que nunca pudo contar con el apoyo del marido. Los padres se separaron de forma muy traumática cuando Albert tenía 8 años, con muchos conflictos y discusiones por problemas de dinero, propiedades, la custodia, etc. Todo justo al poco tiempo de la muerte de la tía materna.

Me explica que Albert tiene impulsos que no puede contener como acumular objetos extraños e inútiles, o vaciar envases que después guarda. A veces puede ser extremadamente cuidadoso con sus cosas, pero también puede perder el control en momentos de ansiedad y destruirlo todo, o explotar con chillidos y ruidos. En general fuera de casa se controla mejor.

Sabemos, por la coordinación con la escuela, que no puede seguir el ritmo de su curso y que precisa de una adaptación curricular. Pero la madre insiste que lo ve muy listo y autónomo.Ya en la puerta del despacho me dice: "¿Ya le ha recitado Albert todos los discursos de los políticos que se aprende de memoria?". Su tono es de admiración ante las "cualidades" de su hijo y está muy lejos de darse cuenta de las dificultades.

Ingreso en el HD

Al plantearle la asistencia al HD, Albert dice que no. Le aterroriza el contacto con los iguales, incluso dice, defensivamente, que ya se siente con ánimos de retomar la escuela y que seguirá tratamiento en su ambulatorio, como hasta hora. Aceptamos su propuesta, le digo que lo pruebe y que, de todas formas, le doy hora para la siguiente semana, cosa que él acepta. Durante la semana, aunque regresa a la escuela, varias noches tuvo que ser atendido de urgencias. Finalmente acepta el ingreso. A partir de ese momento le presento a su educadora, ya que todos los adolescentes ingresados tienen dos figuras fundamentales de referencia: el terapeuta, que puede ser psiquiatra o psicólogo y el educador social. Ambos tratan de funcionar en una especie de tándem terapéutico.

Estrategia terapéutica de inicio

Es un caso complejo, con un paciente que ha recibido atención de múltiples profesionales. Nos planteamos: ¿Qué puede ofrecerle hospital de día y cómo puede hacerlo? La respuesta fue una apuesta por la salud, tratando de ayudarlo a encontrar una identidad adolescente, atentos a la evolución de este enfoque. Éste fue el eje vertebrador de nuestra intervención y lo hicimos con el abordaje interdisciplinario y coordinado que nos permite el ingreso.

Fue una apuesta optimista, pues muchos elementos inducían a pensar en una patología con síntomas ya durante la infancia. La idea central es sencilla: "ayudarlo a ser adolescente". El camino para conseguirlo, no tanto. Organizamos una estrategia múltiple: psicoterapia, psicofarmacología, atención a la familia, apoyo escolar, educativo y de relación con los iguales.

Después del proceso diagnóstico en la primera reunión

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

de coordinación con los profesionales que le habían atendido anteriormente, decidimos que es imposible ayudar a este chico con el nivel de ansiedad con el que vive los encuentros con el padre. Recordemos que el chico dice que el padre lo maltrataba. Se toma una primera decisión: parar las visitas e informamos al chico, al padre y a la madre, que se muestran de acuerdo con la propuesta.

Se organizó un setting en el que la terapeuta que atiende al adolescente no es la misma que atiende a la familia. Una de las razones fue que la conflictiva familiar invade al chico, viéndose atrapado emocionalmente en un conflicto de fidelidades entre la madre y el padre. Valoramos la importancia de ofrecerle un espacio de psicoterapia lo más libre posible de la influencia de los padres.

- *Familia*: Dada la relación conflictiva entre padres, los atiende otro miembro del equipo por separado, ya que estos no quieren coincidir.

- *Entrevistas con la madre*: "He de estar siempre encima de él para que no le pase nada. Esto ha sido así desde pequeño, siempre delicado de salud y, por otro lado, muy movido, había que vigilarlo continuamente para que no se perdiera o no lo atropellara algún vehículo". Respecto del padre dice: "es un maltratador, simula que le importa su hijo, pero en realidad no es así. Albert está enfermo por su culpa, ya saben cómo se pone cuando ve al padre. Yo creo, que no tendría que verlo nunca más, olvidarse de que tiene un padre. Al fin y al cabo, soy yo la que siempre me he ocupado de él".

Ella va presentando a la familia con estas características: hijo enfermo al que hay que vigilar constantemente y ex marido maltratador. Se dibuja a sí misma como capaz de atender a todo. Se perfila como línea de intervención con madre: contener la ansiedad y favorecer la diferenciación madre-hijo.

- *Entrevistas con el padre*: Ha delegado el cuidado del hijo en la madre y ahora lo hace también con los profesionales adoptando una postura muy pasiva, parece un hombre con un gran vacío emocional y, a la vez, muy preocupado por defenderse de la acusación que hacen madre e hijo de que es un maltratador. Consideramos, pues, que es muy importante dar un espacio al padre, aclarar en la medida de lo posible el tema del maltrato e ir viendo las posibilidades de un acercamiento padre-hijo.

- *Escuela*: cursa la Enseñanza Secundaria Obligatoria -ESO- y estaba en situación de absentismo desde hace tres meses. Sabemos que presenta problemas de adaptación con los compañeros, un cierto retraso en los aprendizajes y mucho miedo a volver a la escuela.

- *Incorporación en los espacios educativos del HD*: En un primer momento Albert se presenta como si fuera un adulto, tanto en el vestir como en la actitud que adopta. Se plantea favorecer las relaciones de confianza y crear un vínculo con su educadora de referencia y el resto del equipo que, posteriormente, nos permita mediar en la relación con los iguales (Moreno, 2014). La introducción en los espacios grupales fue muy cuidada y progresiva; inicialmente en pequeños grupos y con la compañía siempre de un educador. A partir de las primeras y pequeñas buenas experiencias en la relación, en las que no es rechazado, podrá poner en marcha recursos propios.

- *Terapia*: El objetivo que se planteó, desde el principio, fue ayudarlo a entrar en el mundo adolescente (Male, 1996). Tratamos la obsesión con la tía con la que, en realidad, tuvo muy poco contacto. Le explicitamos como algo que está en su imaginación y que usa para tranquilizarse frente a lo difícil que le resulta su vida y, especialmente, ser un adolescente. Él explica que había intentado hacer amigos, pero que se había sentido rechazado. Ahora dice que no le interesa, además tiene gustos especiales y diferentes a los chicos de su edad. Al relacionarle esto que dice con la obsesión por la tía, como escape de aquello que le resulta difícil, cuando ya no es el niño que era, responde: "es posible".

Tratamos el miedo que siente a ser un adolescente, ayudándole a entender y encontrar un significado a sus rarezas; pero también, interviniendo activamente evitando que se burlen de él, ayudándolo a construir una imagen corporal más sintónica. En ese sentido, se le señala directamente un cambio de indumentaria: "aquí se hace deporte y tal vez así vestido te sentirás incómodo. ¿Qué tal si traes alguna cosa más deportiva?".

En los espacios educativos, tratamos de conocer, y de que descubra, sus intereses personales, apuntalando todo lo que le permita la diferenciación de la madre y hallar gustos, recursos, habilidades y aficiones propias. La adaptación dentro del HD fue mucho mejor de lo que se preveía. Fue como si descubriera un mundo nuevo. A veces parecía como un niño que vive experiencias por primera vez y que las realiza gustosamente. A pesar de la poca confianza que teníamos a su integración en el grupo del HD, los compañeros lo acogen muy bien y esto fue una fuente de buenas experiencias.

Evolución del tratamiento: identidades diversas

En las sesiones de terapia habla de la familia extensa, de las discusiones por el dinero y propiedades, y lo hace con tal profusión, que es difícil hacerse una idea clara de

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

los pisos, dinero, etc. y del sentido que puede tener para él ponerle tanto interés a todo aquello. Habla como un asesor financiero. El dinero le da seguridad, algo que le ayudará y esa idea le permite enfrentarse a las ansiedades catastróficas con las que vive, pues que se siente poco capaz de defenderse en el futuro y necesitado de velar por la economía de la madre que ve en peligro por la separación y las continúas discrepancias de los padres. En este sentido se siente obligado a ser el abogado de la madre, a la que apoya y se identifica, absolutamente, sintiendo al padre como el enemigo.

Vamos conociendo las razones de sus identificaciones "con un hombre antiguo" -recordemos sus gustos y forma de vestir-. Describe a los tíos y al abuelo como personas poco sociables, sin amigos, pero que han ganado dinero y tienen una buena posición social. Quiere ser igual que ellos. Y al morir la tía la convierte en una obsesión, quiere ir al cementerio continuamente, escribiéndole cartas amorosas, idealizando una relación con ella que no tuvo cuando estuvo viva. Delante de su soledad ella es un refugio: alguien que imagina que le escucha y no le riñe ni le critica. Más adelante de la terapia verbalizará el sentimiento de imaginarse ser el novio de la tía. Posteriormente podrá reconocer que, en el fondo, todo aquello que sentía que ella le decía era él mismo quien lo pensaba.

Se inició su inclusión en el aula del HD y observamos que en los espacios escolares no se mostraba con estas identidades tan confusas sino, simplemente, como un alumno con retraso en el aprendizaje. Adoptaba una posición regresiva, con una identidad aprendida de alumno con dificultades. Realmente las tenía, pero también había una cierta utilización de ellas, tratando de tener una cobertura de alumno especial que le justificaba frente a lo que se sentía más incapaz: la relación.

Después de un tiempo de tratamiento aparece un punto de inflexión cuando invitamos a Albert a participar de una salida lúdica. Hasta entonces solo aceptaba el contacto con los iguales siempre que estuviera acompañado de un adulto. La propuesta le intranquiliza y despierta mucha desazón, pero estuvo dispuesto a ir. El resultado nos sorprendió. Albert poco a poco se fue tranquilizando, empieza a jugar, a disfrutar y a estar menos rígido que de costumbre. Al final de la actividad se interesa por otros espacios lúdicos del hospital. Empezó a participar por las tardes en los juegos de mesa, permitiendo la relación con los otros compañeros.

Llevamos cuatro meses en el HD y en su sesión de terapia, pudo reconocer que está mejor. Me dice que empieza a ir a la piscina del barrio con algunos compañeros, pero remarca que no quiere tener amigos. Creo que supone que los adultos pensamos que es bueno que se relacione y busca la confrontación conmigo. Yo no entro en esa discusión, le veo avanzando pero, a la vez, aferrándose a la antigua identidad, habrá que dar tiempo.

Me pide permiso para ir de visita al cementerio, ya que la familia se pone en contra suya y quiere decirles que yo sí que le dejo. Mi respuesta fue interesarme por el significado de este deseo. Explica como cuando tiene conversaciones con la tía siente que puede expresar, tranquilamente, lo que le pasa; reconoce que no recibe ninguna respuesta, pero es lo único que cree que puede hacer cuando está angustiado. Le digo que sufre mucho y que se siente muy solo, pero que pienso que poco a poco ha podido compartir sus preocupaciones, en la terapia y con los educadores. Trato de salir del dilema: está bien o no ir al cementerio, para ayudarle a pensar:" a ti, concretamente, ¿te va bien o no?"

Voy focalizando (Sala, 2013) la idea de sufrimiento, las dificultades en la relación con los iguales y que la tía es un refugio, ya que la realidad se le hace tan difícil. Lo que pasa es que, entonces, se convierte en una idea que no se la puede sacar de la cabeza y le impide mejorar su realidad. Se da cuenta. "Tienes razón, dice, pero a veces no sé qué hacer para estar tranquilo". Le digo que me parece que ya empieza a encontrar otras formas de sentirse más tranquilo. Responde que es así, pero que querría que todo fuera más rápido.

Pide encontrarse con el padre solo un día, decirle todo lo que piensa y no verlo más. El tono es de rabia y venganza. Le respondo que lo pensaremos e iremos hablando, como si fuéramos viendo al padre primero aquí en las sesiones, tratando de abrir un espacio mental en el que pueda elaborar la relación con él, que nos parece tan mediatizada por su papel de "abogado de la madre". Simultáneamente lo comento con el profesional que atiende a ambos padres.

En esos momentos Albert participaba en muchas actividades del hospital. Aún presenta problemas para relacionarse autónomamente con los iguales. Los espacios más informales, como el patio, son aquellos donde le vemos con más dificultad y busca la ayuda de algún educador. En espacios más dirigidos, ya sean de taller o de juego, se siente más cómodo y capaz de establecer relaciones. Poco a poco observamos cómo va experimentando nuevas identidades, se interroga sobre la imagen que da a los otros. En esta línea decide modificar detalles en el vestir para parecer más "adolescente".

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

Los gustos musicales, por ejemplo, también dan un vuelco. Cuando anteriormente explicaba a los compañeros que escuchaba solo "Manolo Escobar" y otros cantantes de la época, esto no ayudaba a facilitar las conversaciones; ahora, en cambio, se interesa por otros estilos, por músicos actuales y dedica ratos a documentarse y hablar de sus nuevos intereses. En las sesiones de terapia me habla mucho de las actividades del HD, le están entusiasmando. Lo dice como aquel que descubre un mundo desconocido, comparto con él su entusiasmo (salidas, deporte, juegos). Fuera del hospital también se están haciendo progresos, prefirió ir a la piscina con un amigo y no al cementerio, dice: "el cementerio está allí y puedo ir siempre, pero quedar con un amigo es cosa de aprovecharlo". A pesar de estos avances vuelven a aparecer en la misma sesión los relatos de siempre: los agravios del padre, los líos de pisos y propiedades. Está construyendo una identidad propia, pero aún es frágil y vuelve a ser el abogado de la madre.

Inicio de nuevo curso escolar

Debido a la mejoría clínica se planteó un retorno parcial a la escuela, una escolaridad compartida con el HD y nos informan que lo ven más tranquilo, con una actitud menos extraña y más adolescente.

En el aula del HD, la intervención fue dirigida a producir un cambio en su capacidad de comprensión de los contenidos. En este proceso intentaba memorizar y reproducir miméticamente, copiando el lenguaje de la profesora, pero sin activar la comprensión. (Él estaba acostumbrado a relatar memorísticamente pasajes de diversos personajes). Con este trabajo continuado fue apareciendo en él un interés más genuino por aprender.

En terapia vuelve a expresar, de forma más leve, la obsesión con la tía. Me pide si para su cumpleaños puede ir al cementerio. Me intereso por cómo le van sus cosas y me habla de que le cuestan las matemáticas y que se angustia mucho. Le digo: "Albert, ahora empiezas el curso, estás asustado de cómo irá, sabes que te cuesta y ya sabemos que obsesionarte con tu tía te resulta más fácil, o al menos es una salida conocida". Se queda reflexivo y triste y me dice: "Sí, un poco sí".

Antes de Navidad puede hablar por primera vez de los padres y quejarse de sus peleas y problemas. Llegado a este punto es capaz de hacer una cierta crítica, también, de la actitud de la madre. Apunta que no solo es el padre quien lo hizo mal, vemos que poco a poco puede irse diferenciando muy discretamente de ella. Dice: "Yo no sabía a quién pedir ayuda, ni los abogados ni los psicólogos hacían nada… lo tenía que hacer yo".

Le explico cómo éste sufrimiento le ha llevado hacer diferentes personajes: abogado de la madre, novio de la tía (estas expresiones eran ya un lenguaje común en la terapia). Comenta: "Sí, yo he hecho cosas muy raras y ahora estoy mejor". Le digo que estar mejor quiere decir ser un poco su personaje, el mismo, aunque tenga dificultades. Me dice con mucha pena: "Es que a veces las cosas de la escuela me cuestan mucho".

Acaba hablando del padre, de un padre que no ha hecho de padre, y por el que no se ha sentido escuchado. Le pregunto si la visita que quería tener con su padre sería para que le escuchara: "sí, así es mejor, pero es difícil hablar con él porque nunca reconoce sus errores". Le propongo que a lo mejor también hay cosas que quisiera hablar con la madre y que, si quiere, podemos ayudarlo con entrevistas con uno y otro. Dice que le gustaría que nos pudiéramos encontrar todos. Aquí es necesario poner el límite de la realidad ya que los padres no se quieren encontrar. Explico el nuevo setting y él acepta.

Modificaciones del encuadre

A partir de la demanda de Albert de ver al padre, nos coordinamos y pensamos añadir algunas entrevistas de Albert con el padre, otras con la madre. En ambos casos, estarían su terapeuta y la que que había intervenido con los padres. Este marco diferente de trabajo es complejo, pero lo pensamos, sobre todo, porque puede ayudar a evitar la fragmentación de las vivencias del chico y de los padres.

Cuando se informa al padre de la propuesta, la acepta diciendo que "tiene ganas de ver al hijo", expresa la preocupación de volver a recibir las acusaciones de maltrato. La madre reacciona, de forma muy contundente. Tiene la certeza de que Albert lo pasará mal, "volveremos al principio, enfermará por ver al padre y será por culpa vuestra". Albert no se atreve a decir a la madre que ha pedido ver al padre y lo explica como que ha sido cosa nuestra, que lo verá solo una vez para decirle todo aquello que ha hecho mal. Esta situación provoca una tensa relación de la madre con el equipo.

Para la madre, la aproximación al padre es dejar entrar de nuevo las amenazas que pueden desestabilizarla y, de paso, también al hijo. Se posiciona defendiéndose de estas ansiedades que la desorganizan mentalmente y busca que el hijo y nosotros acatemos su necesidad. Le reconocemos como esta situación le hace sufrir, pero también que Albert tiene una madre y un padre. Es importante, para su autonomía, que el chico pueda irse

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

situando en la relación con ambos progenitores.

En la primera entrevista padre e hijo, el chico inicia el diálogo quejándose de aquellas cosas que le hicieron daño. El padre puede explicarle sus razones de forma delicada. El chico se emociona y llora cuando le dice que él no quería que los padres se separasen. Reconoce que, a veces, se levantaba por la noche y a solas ponía el video de la boda. Llora muy conmovido. Va recordando momentos de discusión y enfrentamiento entre la pareja y como él sentía la necesidad de poner orden. Damos importancia al hecho de explicar de qué manera le hizo sufrir la separación y como tuvo que hacer alguna cosa, aunque fuera "de abogado" de la madre.

Al final de la entrevista hay un clima muy afectivo. El chico y el padre parecen contentos del reencuentro, se acuerda una nueva visita. Al salir, Albert le enseña a su padre que lleva una chaqueta suya. Nos quedamos sorprendidos, no esperábamos que se pudiera dar un encuentro tan entrañable.

En las entrevistas posteriores la madre se muestra muy enfadada con nosotros. Insiste en la idea de que lo que se ha conseguido se perderá y que Albert dejará de confiar en nosotros. Hablamos de lo insoportable que se le hace que el hijo pueda acercarse al padre. A la vez ella misma dice que Albert, en ese momento, se encuentra bien. Explicamos la necesidad y la importancia de ese momento en el tratamiento de su hijo. Somos conscientes de lo difícil que para ella es y le ofrecemos que el terapeuta que la atiende estará disponible si lo necesitara. En esos días llama en varias ocasiones en las que se siente desbordada y, a pesar de todo, se deja contener.

La actitud de la madre ejerce una influencia tal, que Albert se niega a asistir a la siguiente entrevista con el padre. El proceso de encuentro con el padre y la madre tiene un alto impacto emocional y tememos un retroceso clínico del chico; pero a la vez estamos esperanzados de que su camino adolescente se haya encauzado.

En posteriores sesiones de terapia, me explica que ha roto los escritos de amor hacia la tía y de odio al padre (que llevaba en el maletín del primer día) y que ahora le interesa su futuro (Feduchi, 2011). Posteriormente vuelve a querer ver al padre y me pregunta: "¿Cómo se lo decimos a mama?". Me propone hacerlo a escondidas. Yo le digo que realmente él se siente dividido entre las ganas de recuperar algo de la relación con el padre y que esto puede resultarle muy difícil de entender a la madre. Le propongo que le podemos ayudar a explicarselo, pues siempre hemos trabajado con claridad y no sería bueno para nadie usar mentiras.

Nos pide que hagamos una visita conjunta con la madre para abordar este tema. Es una entrevista difícil pero en la que ella puede aceptar, no sin tensión, el deseo del hijo. Es un paso que Albert necesita dar ayudado, simplemente, por nuestra compañía, ya que es él quien dirige el diálogo con su madre. Así pues, organizamos esta nueva entrevista de Albert con su padre. Tiene un aire diferente. El chico dice que quiere explicarse, hay un tono de disculpa en algunas de sus expresiones, su actitud es reparadora. Reconoce algunas dificultades en él mismo, dice: "¿quién no se ha equivocado alguna vez?", (indirectamente se disculpa de su acusación de maltrato). Expresa con sentimiento que aún no ha podido soportar que los padres ya no estén juntos. El padre le anima a aceptar la situación de ahora, que él cree que es mejor que antes y le dice: "los adultos tomamos nuestras decisiones".

Durante todo el tratamiento planeó la acusación de maltrato que nunca se aclaró del todo, el padre siempre lo negó, la madre siempre estuvo segura y el chico oscilaba en un relato confuso en el que predominaba las recriminaciones ligadas a los intereses materiales de la madre o, bien, de haber sido un padre ausente y con poco contacto. La hipótesis, de los diferentes profesionales que fuimos interviniendo, fue que no habían producido tales maltratos, aunque es una acusación que siempre angustia, alerta y condiciona nuestra intervención (Cirilo, 2012).

Finalización del tratamiento

Por un lado se fueron sucediendo las entrevistas familiares, cargadas de tensión y, por otro, su relación con los iguales fue mejorando. Empieza a plantear no asistir al HD para ir a una salida con la escuela y verbaliza el deseo de tener amigos, cuando antes decía que no les quería para nada.

Tiempo atrás se pudo retirar la medicación, pero un día viene pidiendo algún tranquilizante porque está nervioso. Exploro de qué se trata y aparece un tema de discusiones con la madre en torno a nuevos deseos de ir a casa de los amigos a ver el fútbol o llegar más tarde. Le digo que, a veces, padres e hijos no se ponen de acuerdo en que hacer o no y que él ahora está teniendo ganas de cosas que nunca se había planteado y a lo mejor les cuesta adaptarse a estas nuevas situaciones. Damos tiempo y, de momento, no doy medicación pero si hablo con la persona que atiende a la familia para que ayude a esta madre a hacer el duelo del chico enfermo y apegado a ella.

Durante la última etapa solo viene al HD a psicoterapia

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

y tratamiento familiar y aprovecha sus visitas para explicar a los educadores y la maestra como está y las últimas novedades. Respecto del alta se muestra ambivalente, por un lado contento y por otro asustado.

La madre lo ve mejor, pero también que está más difícil en casa. Explica dificultades en la convivencia propias de la etapa adolescente -problemas con el volumen de la música, salidas con compañeros, orden en la habitación, etc.-. Finalmente habla más de ella y dice "ahora que mi hijo está mejor me doy cuenta de que a mí me pasan cosas". Se perfila la posibilidad de que inicie una psicoterapia.

Albert explica en terapia sus discusiones con la madre y dice: "No decían que era bueno tener amigos, ahora que los tengo me pone pegas". El tipo de conflictos dentro de la casa son cada vez más similar a los de cualquier chico de su edad.

Puede decirle a la madre que no es necesario almacenar toda la ropa que guardaba la tía y pone sentido del humor diciendo que parecen una ONG. Ahora es a ella a quien le cuesta dejar esa ropa, como expresión de sus dificultades de elaborar el duelo de la pérdida de su hermana mayor.

Albert hace un recordatorio de sus obsesiones y puede poner distancia. Ahora está interesado en lo que está haciendo. La relación con el padre no está tan endurecida, se imagina que más adelante se podrán ir viendo, ahora quiere pensar en el presente. Este es un tema difícil que, como dice, requiere de más tiempo para recolocar dentro de él la figura del padre y de la madre. También está iniciándose en el proceso adolescente. Le dejamos aquí, esperando que vaya evolucionando con el tiempo necesario y con la ayuda de otros servicios. En este momento puede seguir la escolaridad y el tratamiento ambulatorio.

Para concluir diría que con este tipo de intervenciones queda, evidentemente, muchos aspectos de la personalidad de chico por resolver, pero al desbloquear estos círculos viciosos se consigue que el adolescente esté en una mejor situación de aprovechar sus recursos reales, en un momento crucial de la vida.

COMENTARIOS POR J. KARMELO MALDA BIKARREGI

Albert fue llevado a consulta casi al final de su latencia. Sabemos por la anamnesis, que su biografía está cargada de factores de riesgo de padecimiento psíquico. Del padre, dice la madre, que en estos primeros años, nunca pudo contar con su apoyo. Lo que constituye todo un reproche de ausencia y abandono emocional. El relato materno, está teñido de expresiones de sufrimiento referidas tanto al cuerpo de Albert como a su entorno: "Fue una crianza insoportable".

Desde su primer año de vida aparecen signos de malestar y desencuentro. Pocos placeres y satisfacciones surgen en el discurso materno, salvo su fascinación por el lenguaje y la precoz locuacidad de su hijo. Los juegos de éste parecen marcados por la discontinuidad y la destrucción. Surgen complicaciones médicas, que requieren intervenciones quirúrgicas dejando secuelas que afectarán sobre todo a la audición y a la psicomotricidad. La madre ante tanto desasosiego parece haber encontrado refugio en convertirse en una eficaz "madre-enfermera".

¿Cuáles pudieron ser las consecuencias de todos estos acontecimientos en el psiquismo de los padres? ¿Y en las vivencias de Albert con su cuerpo experimentado más como fuente de sufrimiento que de placer, tanto en las propias relaciones con el mismo, como en las relaciones de intercambio con su entorno? Suponemos la influencia que pudo tener todo ello en la constitución del autoerotismo y del narcisismo de Albert, así como en las particularidades de su entramado edípico.

Winnicott (1960) dice que cuando las cosas marchan mal en las relaciones del bebé con el entorno, cuando se producen fallas ambientales que suponen un grave sufrimiento para el bebé, éste no tiene posibilidades de modificar el medioambiente y lo único que puede hacer, para protegerse, es modificarse a sí mismo, produciendo deformaciones o mutilaciones en la constitución de su self, lo que supone fallas en la integración del sí mismo y todo ello tendrá consecuencias precisamente para la constitución de la identidad (Pelento, 1985).

Suponiendo que la primera vez que los padres de Albert consultaron fue a sus 9 años, es plausible que uno de los factores de su descompensación y motivador de la consulta fuera la separación traumática de sus padres, ocurrida un año antes, es decir a sus 8 años. El otro acontecimiento traumático con influencia hipotética en la descompensación de Albert, pudo ser el fallecimiento de la tía materna, que ocurre poco antes de la separación de los padres. Este duelo, bien pudo tornarse patológico en la madre y en el propio Albert, quien se verá invadido por la toxicidad del mismo dada la continuidad-comunidad existente entre el psiquismo de éste y el de su madre.

En la crisis familiar que finaliza con la separación altamente conflictiva de sus padres le supongo a Albert, dada su precaria constitución psíquica, muy abrumado por la sobrecarga de los graves conflictos de la pareja. La falta de contención y el estallido del narcisismo

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

patológico de los padres hacen que se desborden sobre el hijo tensiones y reproches mutuos. Recordemos que el chico estaba al corriente de las discusiones y disputas entre sus padres por las propiedades, el dinero, su custodia, etc. Esta situación coincidió con el período de latencia de Albert ¿o tal vez mejor deberíamos decir de pseudolatencia? Varios autores (Winnicott, 1958); (Lasa, 2010) han señalado la importancia de una latencia bien constituida para poder abordar con ciertas garantías de éxito el paso por la adolescencia. Winnicott, decía al respecto que un adulto sano ha sido un latente sano.

Sabemos que el tránsito por la latencia supone una fuente de vivencias placenteras derivadas del dominio y las habilidades logradas con el cuerpo. Teniendo en cuenta las particularidades del cuerpo de Albert –déficit auditivo, escoliosis y torpeza motriz – cabe pensar en el menoscabo que las mismas pudieron suponer para la constitución de un narcisismo sano. Lo más probable es que Albert, haya tenido muy limitadas estas experiencias y por ello las posibilidades de establecer relaciones con compañeros de juegos. A este respecto bien pudiera ser que su aparente indiferencia con ellos, haya sido el modo que encontró para protegerse de nuevas decepciones afectivas.

Hornstein (2013) dice que vamos creando nuestra subjetividad y nuestra historia en las relaciones con los otros. La subjetividad no es algo que nos viene dado desde el origen. El niño va interiorizando las imágenes y propuestas que los otros tienen de él para construir su propia imagen y su propio proyecto identificatorio (Aulagnier, 1975). Una subjetividad se nutre con múltiples relaciones (familiares, escolares, sociales, grupales, corporales, deportivas, etc.) que van constituyendo un sujeto en devenir, con una historia y, por tanto, con una dimensión de temporalidad. Así construimos nuestras identificaciones y nuestra identidad.

No sabemos a ciencia cierta qué imagen de sí se fue forjando Albert en base a la mirada que le devolvían los otros significativos, incluyendo a sus compañeros, a lo largo de los años. Sin embargo, podemos conjeturar que visto el rechazo de Albert para relacionarse con su padre y con sus iguales, es probable que la imagen que se fue construyendo, contuviera fuertes sentimientos de desvalorización e impotencia, lo que desde luego contrasta con la omnipotencia de los personajes con los que se identificaba.

En algún momento, después de la separación de los padres, ocurrida en pleno período de su latencia, Albert enuncia con el apoyo de su madre, que su padre es un maltratador. El padre responde atemorizado. Nada tranquiliza a Albert, que vive la proximidad de las citas con el padre con gran ansiedad. Más allá de la realidad o no de la acusación concreta de maltratador - que desde luego de haberse producido es totalmente execrable y matiza la lectura que podamos hacer del caso - lo que pienso es que el calificativo de maltratador, está sobre-determinado por diversos factores, entre los que se me ocurre proponer los siguientes:

- Albert sufrió como maltrato las vivencias por la escasa presencia emocional del padre, más allá de la presencia real o no de aquél. Recordemos que el padre es descrito como portador de un vacío afectivo importante.
- Los reproches de maltrato se pueden entender también como "reclamos" dirigidos hacia el padre. Estos reproches-reclamo estarían cargados de violencia dadas las vivencias de desesperación, rabia e inseguridad que Albert pudo experimentar en sus relaciones con aquél (García Badaracco,1990) y de este modo contribuir a la imagen de padre maltratador.
- La proyección de los propios sentimientos de Albert de impotencia, desvalimiento, miedo y ternura transformados en violencia hacia el padre, dan como resultado que la representación del mismo sea la de un personaje violento y maltratador.
- La relación de Albert y su padre en tanto rivales edípicos con deseos agresivos del uno hacia el otro y viceversa.
- La influencia del discurso materno describiendo a su ex marido como maltratador y la influencia que ello pudo tener en la representación mental que Albert hizo de su padre.
- La necesidad de Albert de alejarse y mantener en una distancia extrema al padre, dado su temor a un acercamiento que se tornaba demasiado peligroso por ser también un objeto intensamente deseado. (Freud, 1924)
- El fantasma de la figura mítica del padre primitivo, violento, maltratador y nada facilitador para el acceso del hijo al tránsito a la vida adulta (Freud, 1912).

Es necesario resaltar cómo Albert ha resignificado su propia historia a partir de la reactivación edípica motivada por la pubertad. En esta etapa crucial, la singularidad de sus relaciones familiares dejan sus huellas y producen

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

efectos en el psiquismo de Albert.

El inmovilismo que petrifica la imagen del padre en una única escena violenta, tiene consecuencias para el desarrollo psíquico de Albert. Una representación paterna capturada de modo tan pregnante por la violencia queda aislada y atascada, lo cual impide que sea barajada, circule y se una con otras representaciones del padre. Si se hubiese producido este proceso de mayor integración de la imago paterna, ello le hubiera facilitado la apertura hacia nuevas experiencias y exploraciones más allá de lo materno-familiar.

En este "corto-circuito" mental y relacional, no hay posible negociación. De este modo se imposibilita el más mínimo acercamiento tierno al padre, desatándose cada vez que Albert lo intenta, una angustia desmedida por el pánico y la violencia que la figura de áquel suscita. La madre en su resentimiento hacia el padre acompaña y alienta el temor y el rechazo consecuente del hijo. Todo esto facilita el encierro de Albert en una relación muy dependiente con ella. Este tipo de vínculo madre-hijo genera sin duda malestares e inconvenientes y sin embargo ambos participantes parecen sentirse muy a gusto en él.

Con la llegada de la pubertad surgen una serie de cambios corporales que tienen la característica de generarse de un modo brusco, imprevisible e incontrolable. Estos cambios, producen una auténtica conmoción psíquica con sensaciones de ajenidad y extrañeza que le dan a la vivencia del propio cuerpo un matiz paranoide. El cuerpo hasta ese momento bien controlado, se convierte en sede de vivencias de vergüenza y descontrol, en potencial delator de afectos y fantasías, pudiendo dejar al descubierto los secretos más íntimos por medio de gestos, temblores, sudores, rubores, tartamudeos, etc. Este sentimiento de transparencia, de escaparate de lo íntimo, de exposición a las miradas de los otros, refuerza la vivencia persecutoria del mismo. Estas sensaciones contribuyen a vivencias de pasividad, impotencia y descontrol del propio cuerpo, por lo que se convierten en difíciles de tolerar (Lasa, 2010); (Waserman, 2011).

Los cambios corporales que se le imponen al púber implican la necesidad de desarrollar un trabajo psíquico intenso y prolongado. Dada la velocidad de la metamorfosis, en ocasiones el psiquismo se siente arrollado y no alcanza a acomodarse a los cambios con la rapidez requerida por lo que se produce un desfasaje entre lo psíquico y lo corporal. Dolto (1990) hablaba, para referirse a este proceso, del "síndrome de langosta" dada la fragilidad y vulnerabilidad que se produce en esta época de la vida y su similitud con la fragilidad de estos crustáceos cuando cambian su caparazón. Como en todos los procesos de crisis y de duelo, se hace necesario un tiempo para el trabajo psíquico de apropiación y de desecho, de permanencia y de cambio, tanto de diferentes aspectos de sí mismo como de la imagen del propio cuerpo y de las representaciones de los otros (Hornstein, 2013). Conocemos que el trayecto identificatorio del adolescente sufre de turbulencias. Fruto de las des-idealizaciones, nuevas idealizaciones, des-identificaciones y nuevos modelos se produce una reorganización identificatoria y un trabajo de filiación en el que es preciso que el adolescente reinscriba su propia historia (Aulagnier, 1991); (Rother Hornstein, 2006). Finalmente en el mejor de los casos y mediante un trabajo de elaboración y de reapropiación del propio cuerpo y de su sexualidad, se producirá la aceptación del cuerpo real y la renuncia al cuerpo ideal imaginado o deseado.

A sus 14 años Albert se nos presenta como un "chico raro", aislado, con muchas dificultades de relación con sus pares, siendo objeto se burla y rechazo (mal-trato podríamos decir aquí también) por parte de los mismos. Vemos reaparecer en su sintomatología el fantasma de la tía materna. Así aparecen: frecuentes visitas a la tumba de aquella, soliloquios con su imagen, obsesión por los objetos que le pertenecían, coleccionismo de esquelas, personajes de la religión y la política de los años 50 con los que está fascinado, etc. Reiteradamente su psiquismo se muestra colonizado de modo invasivo, de un lado por todo lo referido al maltrato sufrido por parte de su padre y de otro, con la temática de esta tía materna.

Poco a poco en el proceso terapéutico, Albert va comprendiendo el sentido y el significado de estas conductas, reconociendo que en el fondo responden a intentos de paliar sus sentimientos de profunda soledad y su uso como un intento de refugiarse en inconsistentes "pastiches" tranquilizadores para evitar nuevas experiencias de relación y en definitiva de vida.

La descripción de las entrevistas de acogida en el HD de Albert y su madre, están llenas de agudeza clínica y muestran por sí mismas gran parte de la psicopatología individual y familiar. "Ambos están muy juntos como si fueran una misma persona". Albert se presenta como un hombre de una generación anterior y se acompaña de un maletín. Pudiera ser el abogado-pareja de su madre. Es decir, usurpa un lugar que no le corresponde en la cadena generacional. Da muestras de todo ello, no solo por sus gestos y acciones, sino también por sus ropajes identificatorios entresacados del árbol genealógico

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

materno con los que efectúa identificaciones narcisistas, masivas, miméticas, muy poco matizadas. Incluso por los soliloquios y las visitas a la tumba de la tía materna pareciera que, identificado con su madre, hubiese perdido a su propia hermana y no a la tía con la que apenas se había relacionado en realidad. Esta confusión identificatoria hace pensar en el fenómeno que describió (Faimberg, 1983) del telescopage de generaciones por el que inconscientemente y sin tener las claves para descifrarlo, el yo de uno, mediante una condensación identificatoria, queda alienado en la historia de otro (en este caso Albert en la historia de su madre).

La fascinación que se desprende de los elogios de su madre a la locuacidad precoz de su hijo, el orgullo materno por los discursos de Albert referentes a personajes poderosos de la vida pública, políticos, etc., hacen pensar en la puesta en escena de unos fantasmas megalomaníacos que reflejan las desmedidas aspiraciones narcisistas de su madre compartidas por un Albert alienado en las mismas.

Albert se presenta como un personaje con una identidad de otro tiempo, confundiendo pasado y presente y bloqueando su apertura a un futuro propio. Todo su proceso de apropiación subjetiva, de irse convirtiendo en el protagonista de su propia historia, de realización de su propio trabajo psíquico de construcción de su propio Yo, está medio paralizado y en esto se encuentra acompañado y entra en colusión, con determinadas dificultades inconscientes tanto de su madre como de su padre. El fenómeno opuesto lo vemos reaparecer al iniciarse los proceso de des-identificación, cuando sintiéndose apoyado por el dispositivo asistencial, empieza a explorar una identidad más propia, original y singular.

Conviene resaltar aquí que el cambio que se produce está promovido por los diferentes espacios relacionales del HD. Todos ellos ofrecen mediaciones a través de objetos intermediarios: talleres, juegos, salidas, educadores, etc. El cambio terapéutico está vehiculizado por estas nuevas experiencias placenteras de relación, que le ayudan a encontrar nuevos intereses, nuevos placeres que en espiral generan nuevas apetencias libidinales. En ese momento, es claro que su madre se empieza a descompensar y su padre necesita seguir distanciado a pesar del acercamiento logrado.

Retomando otro aspecto de sus manifestaciones, Albert proclama y actúa una de las señales más importantes de alarma psicopatológica en la adolescencia: "No quiero, no necesito tener amigos", para después añadir: "No me gusta como son. Se ríen de mí".

Freud (1909) dice que el desasimiento de la autoridad parental se convierte en una de las tareas más difíciles y prolongadas del desarrollo humano. En la adolescencia se produce una des-idealización de los padres y una necesidad de alejamiento de las figuras parentales sobre todo en virtud de la posibilidad de actuación de las fantasías incestuosas y parricidas. Este proceso conlleva una disminución tanto de los soportes, como de los suministros narcisistas proporcionados por estas mismas figuras parentales. Los fenómenos de des-identificación le ayudarán al adolescente a lograr el necesario corte generacional y el cumplimiento del mandato exogámico. Para lograr este desasimiento de la autoridad de los padres y la construcción de un entorno exogámico, la pertenencia a un grupo de iguales adquiere una gran importancia y se convierte en un pilar importante con el que podrá contar el adolescente para lograr atravesar con éxito el viaje exploratorio por el nuevo mundo exterior (Waserman, 2011).

Albert al desinvestir la relación con sus iguales, se queda ocupando el espacio del entorno materno y la exploración del propio cuerpo, sin poder conocer nuevos territorios de expansión. Solamente podrá empezar a transitar por un nuevo espacio cuando el dispositivo terapéutico le ofrezca un entorno propicio para empezar a reabastecerse narcisisticamente y a sentirse más seguro y confiado en base a éstas nuevas relaciones.

Recordemos que para Albert las relaciones con su padre y sus compañeros, estaban cargadas de proyecciones y los intercambios con ellos estaban bloqueados. El aislamiento resultante suponía para él una amenaza de muerte psíquica ejerciendo unos efectos de subjetividad desestructurada y un tanto aberrante. En su versión más extrema esta tendencia al distanciamiento relacional conduce al temible movimiento masivo de desinvestidura, de "deseo de no deseo" del que habla Auglanier en las psicosis.

Creo que son estas fisuras afectivas e identificatorias de Albert, tanto de su primera infancia, como de su período de latencia, así como los duelos y los traumatismos actuales producidos por los embates de la pubertad junto con los fracasos relacionales con su padre y sus iguales, los que han ido generando la organización patológica y el desvalimiento que se traslucen detrás de los rígidos y falsos estandartes identificatorios que sostienen su fachada identitaria y le aíslan de intercambios relacionales más enriquecedores.

Apreciamos que en Albert, los intercambios con el mundo exterior no están del todo cerrados. En medio de su desconfianza hay adultos con los que mantiene un

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

tono de cierta relación libidinal. Esta ventana relacional es la que va a permitir que el equipo terapéutico entre en contacto con él y su familia y que a partir de ahí comiencen las posibilidades para un proceso terapéutico de cambio.

Es muy probable que una de las claves de su enganche al HD haya sido la flexibilidad y el exquisito trabajo de respeto que se tiene con él y con su familia desde un principio. Se trata de permanecer a su lado, alerta para con las manifestaciones de su sensibilidad, manteniendo una distancia relacional adecuada a cada momento, ni demasiado invasiva, ni demasiado lejana. Recordemos que en un primer tiempo Albert dice que "No" a la propuesta asistencial en el HD. Pide probar volver a la escuela y solamente acepta empezar en el HD, después de haber comprobado que se tolera su "No" (organizador psíquico de autoafirmación) inicial a la propuesta de asistir al HD.

Es necesario resaltar que desde un principio se está pensando y proponiendo una relación asistencial no solamente para Albert, sino para toda la familia. Una de las primeras medidas que se toma es la de suspender temporalmente las visitas del chico con su padre, dado el excesivo monto de ansiedad que éstas le despiertan. Esta medida de entrada protege y alivia tensiones innecesarias.

Poco a poco vemos como Albert va haciendo pequeños cambios. Así va encontrando habilidades, nuevos gustos musicales, de vestir, nuevas aficiones y placeres de juego y deportivos. Todo ello promueve un crecimiento más propio y genuino de su personalidad, de su sentido de sí mismo, al tiempo que se va diferenciando progresivamente de la anterior confusión y pegoteamiento con su madre. Dicho de otro modo, podemos visualizar el lento y progresivo trabajo de des-alienación de los viejos proyectos identificatorios inconscientes que los otros significativos habían depositado en él y Albert había aceptado para sí. Resulta magnífica la atención y disponibilidad que pone todo el equipo terapéutico ante los movimientos que se producen en la familia a partir de que Albert pide hablar con su padre. Se adivina que entre bambalinas hay mucho espacio de reflexión común, de reuniones y de trabajo elaborativo compartido por el equipo terapéutico; y esto es lo que luego se transmite en la atmósfera relacional que se crea en los diferentes espacios terapéuticos. Cuando aparecen resistencias al cambio por las movilizaciones emocionales en cada miembro de la familia, se van ofreciendo con mucho tacto y respeto, diferentes propuestas para contener las ansiedades de desorganización psíquica. Esto es muy evidente en la madre. El padre, parece manejarse de momento, mediante el distanciamiento.

Resulta muy conmovedor todo el cambio que se va produciendo en la relación de Albert con sus padres. Sus anhelos de recuperación de la pareja de padres unidos, re-visionando el video de su boda y sus ilusiones de reunificación familiar, que es necesario limitar. Los progresos y retrocesos en el camino hacia el cambio en la relación con su padre. También se perciben los procesos de despegamiento y desbridamiento en la relación con su madre pudiendo diferenciarse y reivindicar una mayor autonomía y separación de ella en la consecución de una genuina subjetividad adolescente más acorde con su momento evolutivo.

Hay un aspecto de la relación con los compañeros que merece que nos detengamos. Albert se queja de que ha sido objeto de burlas por parte de aquellos. No nos pasa desapercibo que él mismo ha debido de contribuir a ello, merced a ciertas actitudes y comportamientos como su extraña forma de vestirse, lo "anticuado" de sus gustos musicales y lo bizarro de sus aficiones. Pero seguramente en estas relaciones con los iguales no sea menos cierto, que también en los compañeros, los deseos de hacer sentir la exclusión al otro, el temor a lo diferente y la crueldad hayan jugado su papel, como ocurre en todas las rivalidades fratricidas.

Sabemos gracias a (Freud, 1905; 1920) de la importancia que adquiere en los niños la sexualidad infantil y también conocemos la importancia que adquieren en la infancia otras tendencias humanas como son la crueldad, el sadismo y el masoquismo. Conociendo estas tendencias, es una función ineludible de los adultos velar la consecución de un clima de seguridad y respeto entre los iguales. Las inevitables tensiones que puedan surgir en el trato entre compañeros necesitan ser moduladas y reguladas por el acompañamiento del adulto para encontrar una adecuada canalización. En esto el mundo adulto, no debe claudicar, no puede delegar la responsabilidad en los menores diciendo: "Son cosas de críos que se arreglen entre ellos" (Waserman, 2011). Es probable que las quejas de Albert acerca de las burlas de sus compañeros contengan un núcleo de verdad y que también sean dirigidas al mundo de los adultos (padres, educadores, etc.) que no ha sabido protegerle de estos atropellos.

El equipo asistencial del HD desde un principio y teniendo en cuenta este antecedente, atiende estas quejas con su petición implícita de ayuda por parte de Albert, disponiendo una atención especial con los educadores, para que en este nuevo ámbito terapeútico no se

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

reproduzcan estos traumatismos de su pasado reciente en la escuela. Finalmente vemos a Albert despidiéndose poco a poco del HD; deja de acudir algún día para poder hacer otros planes, luego solamente acude a sus sesiones de psicoterapia y a las entrevistas familiares. Queda aún trayecto que recorrer. Lo vemos marchar por el nuevo camino con proyectos de un futuro más personalizado y en continuidad con la idea de seguir su proceso terapeútico en un nuevo dispositivo asistencial donde ya estuvo anteriormente, el Servicio ambulatorio Infanto-Juvenil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación*. Bs. Aires: Amorrortu

Aulagnier, P. (1980). *Los destinos del placer*. Barcelona: Petrel

Ávila Espada, A. (2004). Psicoterapia psicoanalítica con adolescentes: su grupo familiar y el proceso psicoanalítico. *Rev psicopatología y salud mental niño y adolescente*,4, 9-39.

Blos, P. (2003). *La transición adolescente*. Bs Aires: Amorrortu

Cirillo, S. (2012). *Malos padres*. Barcelona: Gedisa.

Dangerfield, M.(2011). Atención en hospital de día a adolescentes en riesgo de psicosis. *Revista de Psicopatologia y Salud Mental del niño y del adolescente*, 18, 73-82.

Dolto, F. (1990). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix Barral.

Faimberg,H. (1983). *La transmisión de la vida psíquica entre generaciones*: Amorrortu.

Feduchi,L. (2011). "*El adolescente frente a su futuro*". www.temasdepsicoanalisis.org

Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual.* OC T VII. Bs. Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1909). *La novela familiar de los neuróticos*. OC, T X. Bs. Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1912). *Totem y tabú*. OC, T XIII, Bs. Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915-17). *Conferencias de introducción al psicoanàlisis*. Bs.As: Amorrortu.

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. OC T XVIII, Bs. Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1924). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. T XIX, Bs. Aires: Amorrortu.

García Badaraco, J. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.

Gualtero, R. D. y Soriano, A. (2013). *El adolescente cautivo*. Barcelona: Gedisa.

Hornstein, L. (2013). *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis* . Bs Aires: FCE.

Lasa, A. (1986). El acercamiento terapéutico en la pubertad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 2, 75-106

Lasa, A. (2010). Logros y fracasos de la latencia como parámetros del diagnóstico clínico. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 16, 21-28

Laufer, M. (1997). *Adolescent Breakdown and Beyond*, Karnac Books: London.

Male, P. (1966). *Psicoterapia del adolescente*. Barcelona: Paideia.

Marcelli D. y Braconnier A.(2005). *Manual de psicopatología del adolescente*. Masson.

Moreno, O. (2014). El educador social ante el reto de educar . *La experiencia con adolescentes EMAR y TMG en un hospital de día*. Publicación digital / Fundació Orienta.

Nicolò, A.M. (2004). *L'adolescente e il suo mondo relaciónale*. Roma: Carocci.

Nicolò, A.M. (2009). Descompensación Psicótica en la adolescència. *Revista de psicopatologia y salud mental del niño y del adolescente*, 14, 39-49

Nicoló, A.M. (2012). El adolescente y su cuerpo. Nuevas y viejas patologías. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 21, 31-40

Pelento, M.L. (1985). Curación y teoría de los objetos en el pensamiento de W. Winnicott. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 11

Rodulfo, R. (2004). *El psicoanálisis de nuevo*. Bs Aires: Eudeba.

Rother Hornstein, M.C. (2006). *Adolescencia: trayectorias turbulentas*. Bs Aires: Paidós.

Sala, J. (2013) Psicoterapia focal de niños. Barcelona: Octaedro.

Soriano, A. (2004). Consideraciones sobre la actitud terapéutica en la atención a los adolescentes. *Rev Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente,* 4, 81-90.

Soriano, A. (2009). La psicoterapia en el proceso de transición a la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente,* 47, 35-52.

Soriano, A. (2011). Adolescentes en riesgo de psicosis. Atención en un hospital de día. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del*

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

adolescente, 18, 83-88.

Torras, E. (1996). Modalitats terapèutiques a l'assistència a nens i adolescents: les dinàmiques subjacents, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XIII, 2, 77-88.

Wasserman, M. (2011). *Condenados a explorar*. Bs. Aires: Noveduc.

Winnicott, D.W. (1958). Psicoanálisis del período de latencia. *En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Bs. Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1960). La distorsión del yo en términos de verdadero y falso self. *En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Bs. Aires: Paidós.

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

PSICOTERAPIA EN LA PRIMERA INFANCIA

PSYCHOTHERAPY IN EARLY CHILDHOOD

Maite Urizar Uribe*

RESUMEN

Este artículo pretende resumir las características fundamentales de la psicoterapia en las edades tempranas de la vida, en las que la implicación de los padres es incuestionable además de necesaria. Está basada en la obra de D. Stern quien abordo ampliamente esta cuestión. Se ilustra con un trabajo terapéutico realizado bajo esta perspectiva teórica en un caso clínico.

ABSTRACT

This paper attempts to summarize the keys of psychotherapy in the early stages of life, in which parental involvement is also necessary unquestionable. It is based on the work of Stern who wrote extensively about this issue. A therapeutic work in this perspective in a case is added.

INTRODUCCIÓN

El sufrimiento psíquico a estas edades, se manifiesta generalmente por alteraciones de orden funcional como trastornos de la alimentación, del sueño, retrasos del crecimiento, o más ampliamente en trastornos del desarrollo y de la vinculación.

La inmadurez del psiquismo en esta etapa vital impide al niño tener una estructura propia y por tanto su dependencia del entorno es crucial, no solo física sino también emocional

La adaptación de la técnica psicoterapéutica tiene que tener en cuenta estos dos aspectos: la inmadurez de un lado y la dependencia del otro.

En este sentido los padres tienen que estar forzosamente presentes e implicados en el tratamiento psicoterápico, consecuentemente hablaremos pues de una psicoterapia aplicada a las relaciones padres e hijos, basada fundamentalmente en la obra de Daniel Stern.

Es una situación clínica bastante compleja y a veces confusa pero con sus propios imperativos y oportunidades. Vamos a verlo con más detalle

CARACTERÍSTICAS

En cuanto al sujeto del tratamiento, no es un paciente al uso, sino que es una relación y una relación asimétrica: los padres tienen una historia propia y el niño tiene un psiquismo en desarrollo. Además en muchas ocasiones la relación suele ser gestual o pre-verbal y en gran medida pre-simbólica.

* Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Niños y Adolescentes- Barrualde de la Red de Salud Mental de Bizkaia .c/ Tximelarre bekoa, 3- 48960 Galdakao (Bizkaia) E-mail: MIRENMAITE.URIZARURIBE@osakidetza.net

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

En cuanto al objetivo del tratamiento: no está claro si es un cambio terapéutico o es un cambio evolutivo lo que queremos conseguir o ambas cosas recíprocamente.

Casi nunca queda claro donde localizar el problema, es el niño que presenta unas características especiales o son los padres que por diversas razones no pueden ejercer adecuadamente su parentalidad, o bien es la dinámica que se ha establecido entre ambos.

Tenemos que tener en cuenta que este proceso terapéutico estará inmerso dentro del mayor cambio a lo largo de la vida, las funciones específicas de nuestra especie: la bipedestación, el pensamiento, el lenguaje, se desarrollan en esta etapa vital.

En cuanto al tratamiento en si lo que le caracteriza a diferencia de otras modalidades terapéuticas es que los elementos están presentes y actuando en la situación terapéutica, los padres y el niño están presentes en la consulta relacionándose de forma dinámica e influenciándose mutuamente, por tanto todos los elementos son interdependientes.

De esta forma la acción terapéutica que modifica un elemento, acabara cambiando todos los demás elementos, influirá en todo el sistema relacional, sin importar cómo, dónde, o porque se produjo el primer cambio. Según D. Stern es como si hubiera varios puertos de entrada al sistema relacional.

Los distintos puertos de entrada son al mismo tiempo las fuentes de trabajo en el sistema relacional: las representaciones parentales, la interrelación y las representaciones del niño.

a) Representaciones parentales:

Los estados mentales que preparan para la crianza, requieren: repliegue de intereses, hipersensibilidad perceptiva y adaptación al bebe real. Todo ello con el objetivo de identificar las necesidades del bebé y satisfacerlas adecuadamente.

En la mujer al ser madre, parte de su mundo representativo, cambia de forma irreversible. Hay una reorganización y prioridades diferentes de la mayor parte de sus representaciones ya sea como: mujer, madre, esposa, profesional, hija, amiga etc. Este reajuste de las representaciones puede convertirse en factores influyentes para la interrelación entre la madre y el bebe.

El trabajo reorganizativo del psiquismo paterno, se realiza en un plazo de tiempo mas largo, no hay un imperativo biológico que lo determine. El papel fundamental del padre será de apoyo y sostén de la diada madre-hijo.

En el conjunto de la pareja tiene que haber una apertura relacional para la incorporación del bebé. Esto puede ser fuente potencial de conflicto en aquellas relaciones de pareja fusiónales donde el nacimiento del bebé es vivido como una amenaza.

b) Interacción padres-hijo

El niño no puede captar la sustancia de la vida mental de su madre a menos que ésta se exprese abiertamente con su conducta en la relación. Las representaciones deben de transformarse en comportamiento interactivo, para que tenga efecto en el niño.

La interacción es la pieza central de la situación clínica ya que es el puente entre las representaciones de los padres y las representaciones del niño.

Pero, ¿qué acontecimientos son clínicamente relevantes en la interrelación?: suelen ser microsucesos, corrientes, cotidianos y concretos pero sobre todo que tengan la cualidad que se repiten. Son microreguladores del nivel de afecto y la activación, como pueden ser: la orientación corporal, la mirada, la vocalización, el tono y ritmo del discurso etc.

Es además en el contexto de la interacción donde suele aparecer el síntoma principal por el que acuden a consultar: alteraciones del sueño, la alimentación, la conducta.

Para el niño esta interacción significa una experiencia subjetiva de acontecimientos “reales”.

Son aspectos subjetivos de sus encuentros con el mundo parental, lo que a la larga ira determinando su mundo representacional

c) Representaciones del niño

¿La problemática continuará mientras que las representaciones del niño no cambien

El niño dispone desde muy temprano de una capacidad para esquematizar los sucesos interactivos en una forma de pensamiento primitivo y percepción narrativa. Esto implica un desarrollo temporal de los acontecimientos, en tres fases diferenciadas de: fase de acción, fase de crisis y fase de resolución.

La idea básica es que ciertos sucesos humanos interactivos son percibidos y aprehendidos directamente en términos de significado, aunque sea primitivo.

El proceso de la experimentación repetida permite formar representaciones de sucesos y modelos generalizados. Estos modelos son de diferente índole: perceptivo, sensorio motor, afectivo y conceptual .En su conjunto D. Stern llama el “ modelo de estar con.. “ que

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

puede representarse parcialmente o en su totalidad.

No debemos de olvidar que todo ello se forja al ritmo de la presencia-ausencia. Cuando se experimentan afectos, como cuando se experimenta música, se va al compás, al ritmo del tiempo.

Como hemos mencionado más arriba el niño tiene habilidades precoces y refinadas para discriminar rasgos temporales. Los perfiles temporales, constituyen la columna vertebral que permite la representación de las experiencias afectivas .La figura temporal facilita el marco estructural en el que el sentimiento adopta su forma y puede ser representado.

ABORDAJE

El abordaje puede ser:

- Presencial, en la consulta, donde se trabaja in situ con los padres y el niño.
- Video intervención: análisis de la interrelación a través de una grabación en la que padres e hijos se relacionan en una actividad común, comida, juego etc.

CASO CLÍNICO

Para ilustrar como trabajamos desde este enfoque teórico voy a presentar una viñeta clínica

Niña de 2 años a la que llamaremos Jessica que fue derivada por el pediatra de forma preferente por presentar: tricotilomanía, tricofágia, pérdida de peso y detención en la curva de crecimiento.

En esos momentos estaba en estudio en el Servicio de Digestivo del Hospital de Cruces.

Cuando fui a buscarles a la sala de espera me encontré con una niña de aspecto francamente desnutrido, con una cabeza rapada y grande respecto a su cuerpo y una expresión triste acentuada por el aparente exoftalmos que presentaba debido a la perdida de panículo adiposo en la cara.

La madre estaba asustada y preocupada, en los últimos meses la niña había padecido dos neumonías con ingreso hospitalario. Todo empezó a torcerse nos dice, hace diez meses con su incorporación al trabajo, quedando la niña al cuidado del padre, en aquel entonces en paro.

La carta de presentación era la fragilidad somática de Jessica, que parecía ajena a su situación, desenvolviéndose con soltura en el despacho, sin angustia, no en vano se había perdido varias veces en centros comerciales.

Me planteé un trabajo conjunto madre-hija desde la perspectiva teórica arriba descrita

En el trabajo con la madre muy pronto se puso de manifiesto que había una gran carga de exigencia social, exterior a la niña, en detrimento de las necesidades de esta hija, p.e.:en el hecho de escolarizarla a jornada completa a pesar de su precaria salud y corta edad, pasaba ocho horas fuera del hogar. Esta exigencia también se manifestó en la relación terapéutica al coincidir la consulta con la hora de comer de la niña y a pesar de que traía el tupper con la comida, tenía reparos en dársela por el olor que pudiera quedar en el despacho. Le animamos a que lo hiciera diciéndole que el despacho se puede ventilar y la niña necesita comer.

Esta actitud tenía origen en las representaciones que esta mujer tenía de su propia madre que según sus palabras era una mujer muy exigente y poca cariñosa.

Sin embargo pronto confió en nosotros y era ella misma la que pedía nuestra opinión en la interacción con su hija, por ejemplo, cuando la niña le pedía pecho en la consulta y me preguntaba: ¿qué hago?, yo le decía: si está cómoda, dele o cuando comenzaba a tirarse del pelo mientras mamaba y de nuevo preguntaba angustiada: ¿y ahora qué hago? Contestándole: que puede probar a acariciarle la cabeza, besarle la mano.

En resumen podemos decir que las intervenciones tanto a través de las representaciones maternas como de la interacción tuvo como objetivo facilitar un entorno más sensible a las necesidades de esta niña, aumentando la Sensitividad materna que es la capacidad del adulto para leer y comprender:

- los signos no verbales de un bebé o niño pequeño
- sus estados emocionales
- respetar la alternancia de los diálogos interactivos.

En el trabajo con la niña me limitaré únicamente a describir un juego que estuvo presente desde el inicio y fue evolucionando en su calidad y cualidad. Es el juego de la presencia - ausencia.

Jessica ya en las primeras consultas empezó jugando debajo de la mesa con mis pies, a tocarme e intentar quitarme los zapatos. Mientras yo hablaba con la madre, intercalaba preguntas, como ¿quién anda ahí?, ¿quién toca mis pies?, nombrando lo que no veo, y ella salía debajo de la mesa diciendo: Yo.

Al cabo de unas sesiones esto se transformó en abrir y cerrar la puerta del despacho, desapareciendo y apareciendo de nuevo, todo ello con gran dificultad porque a duras penas llegaba de puntillas a la manilla de la puerta pero también con gran tesón, lo que denotaba lo importante que era para ella este juego.

Aquí también hubo que ayudar a la madre, que trató

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

de evitarlo, porque no era correcto, hacía mucho ruido, y explicarle que era muy importante para Jessica hacerse a la idea de que las cosas permanecen aunque no las veamos.

El juego fue evolucionando, Jessica se atrevía a recorrer el pasillo y volver apareciendo en la puerta triunfal, mientras su madre y yo la recibíamos con grandes exclamaciones: Pero si es Jessica!!, ya estás aquí otra vez!!.

Por fin, avanzado el tratamiento, había habido una mejoría en sus síntomas y le habían dado de alta en el hospital, en una de sus salidas del despacho yo le pregunté:

T: -¿a dónde vas?

Y ella me contestó:

P: - a trabajar

T: - ¿vas a ganar dinero?

P: - sí

T: - ¿y qué vas a comprar con el dinero?

A lo que contestó muy segura:

P: - Chuches.

T: - Bueno, acuérdate de nosotras mientras trabajas, nosotras nos acordaremos de ti, te esperaremos aquí.

Jugando a ser su madre ya no iba estar sola sino que la tenía con ella en su mente.

A través del juego se favorece el proceso de la Simbolización:

- Los símbolos se crean en la ausencia y en la carencia.
- El símbolo es la recreación de un objeto necesario pero ausente.
- La simbolización constituye la base del pensamiento.

La última vez que vi a Jessica, vino acompañada de su padre, tenía una melenita y el padre me dijo que estaban contentos porque ya la veían sana y fuerte, se había adaptado bien a la escuela en el siguiente curso escolar, tenía sus amiguitas y sobre todo la veían contenta, cantaba y reía mucho.

Ya no salió del despacho, estaba jugando en el rincón de los juguetes y cuando le pregunté:

T: - ¿A qué juegas Jessica?

Me dijo

P: - a Mamas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bowlby, J. (1979). T*he making and breaking of affectional bonds*. N.York: Routlegde.

Cassidy, J. (2008). *Handbook of attachment, theory, research and clinical applications*. Guilford Press

Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona. Espaxs.

Ibañez, M. (2013) Estudio del apego y la función reflexiva: instrumentos para el diagnóstico y la intervención terapéutica en salud mental. *Temas de psicoanálisis*, nº 5

Pierrehumbert, B. :(2003). *Le premier lien théorie de l'attachement*. Paris: Odile Jacob.

Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del Infante, una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Bueno Aires Ed. Paidos

Stern, D. (1997). *La constelación maternal, un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Ed. Paidos

Torras, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Ed. Paidos

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

APEGOS ALIENADOS (TRASTORNO DEL RELATO MORAL)

ALIENATED ATTACHMENTS (MORAL NARRATIVE DISORDER)

Óscar Pérez-Muga García*

RESUMEN

Desde que se advirtieran los trastornos de la vinculación (Bowlby, 1958) las categorías de apego se han ido ampliando según aumentaba la edad de los menores observados. Sin embargo, el apego se sigue limitado a los procesos madurativos que concurren durante la primera infancia. El apego como teoría clave para comprender el desarrollo evolutivo debería incorporar procesos madurativos relevantes de la segunda infancia como es el desarrollo moral.

La construcción de un relato moral es necesaria para explicar una realidad subjetiva y compleja. Si el relato moral no se construye de manera satisfactoria se produce un trastorno del mismo que da lugar a una nueva categoría de apegos, los apegos alienados.

Esta nueva categoría de apegos (subdivididos en beligerantes, abatidos e invadidos) da visibilidad a las características propias de la segunda infancia y posibilita un continuo teórico desde los primeros meses de vida hasta la edad adulta.

Palabras clave: Apego, relato moral, apegos alienados, trastorno del relato moral.

ABSTRACT

Since (Bowlby, 1958) noticed about linkage disorders, categories of attachment have been expanding (insecure, controlling, unattached) as the age of the children observed increased. Nevertheless, attachment is still limited to the maturational processes which are present during early childhood. Attachment theory as key theory to understand evolutionary development should be able to incorporate maturational processes of second childhood as the moral development.

Development of a moral narrative is necessary to explain a subjective and complex reality. If the moral narrative is not constructed in a satisfactory way, disorders that give rise to a new category of attachments, alienated attachments, occur.

This new category of attachments (subdivided into belligerent, dejected and invaded) makes visible characteristics typical of second childhood and enables a theoretical continuum starting from early infancy to adulthood.

Key words: Attachment, moral narrative, alienated attachment, moral development disorders.

* Psicólogo Consulta: C/Soraluce 3, Entlo. Dcha. Gipuzkoa (20003) San Sebastián. E-mail: oscarperezmuga@gmail.com

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

INTRODUCCIÓN

A partir de la segunda infancia, en torno a los seis años, se despierta la dimensión moral como un elemento que condiciona el apego. Esta dimensión moral permite confiar en las personas, tutoras de resiliencia formales o informales, hasta el punto de que su influencia positiva puede propiciar procesos de transformación interna.

En el desarrollo madurativo las verdades literales, que antes de los seis años se aceptan de manera incuestionable, dan paso a la construcción de un relato moral que define nuestra identidad, nuestros valores y la relación con los demás.

La narrativa que se va construyendo a partir de la segunda infancia no sólo incorpora por primera vez la dimensión del bien y del mal para dar respuesta a la necesidad de comprensión de la realidad (Piaget, 1932) y (Kohlberg, 1982). Además, mediante la construcción del relato moral podemos interiorizar una creencia en la buena intencionalidad del otro, es decir, la confianza.

A partir de ese momento la dimensión moral se confirma como un elemento de apego propio y diferenciado de las dimensiones vincular, normativa y emocional. Si la capacidad de vincularnos permite dar respuesta a la necesidad de seguridad, la capacidad normativa responde a la angustia de la incertidumbre y la capacidad emocional permite responder a la necesidad de comunicación (Pérez-Muga, 2014); la dimensión moral ofrece una respuesta resiliente a la necesidad de comprensión del mundo y de las interacciones personales.

De la misma manera que durante la primera infancia la adquisición de la seguridad de base permite la correcta vinculación al interiorizar la figura de la persona significativa; durante la segunda infancia el relato moral, que incorpora la connotación moral positiva de esa figura, posibilita que podamos creer en las personas.

La interiorización de una experiencia relacional de buen trato durante la segunda infancia permite la construcción de un relato moral que integre la existencia de la bondad. Siendo precisamente la internalización del otro como alguien bueno lo que nos permite beneficiarnos de los procesos resilientes y dar un sentido constructivo a la existencia.

En contraposición, si durante los años del desarrollo moral se vive una dinámica relacional maltratante, la angustia de unas relaciones incomprensibles empujará a buscar una explicación del mundo que prescinda de la necesidad de confiar en los demás.

Un maltrato experimentado durante la segunda infancia puede provocar que el relato moral deje de ser una alternativa válida para dar respuesta a la necesidad de dar sentido a las relaciones. ¿Qué sentido tienen las relaciones, o en quién se puede confiar, si quien debe proteger maltrata?

Cuando la dinámica relacional se vive de manera permanece como un experiencia bélica, inducida y asimétrica, los apegos a los que llamaremos alienados sufren un trastorno del relato moral donde no encuentran amigos y donde las adaptaciones pueden expresarse mediante una actitud beligerante, la rendición o una estrategia ante una invasión psíquica.

APEGOS ALIENADOS

Los profesionales que trabajamos en servicios de protección a la infancia y juventud, o en medidas de justicia, constatamos que las dificultades de algunos menores de edad no se limitan a problemas emocionales, de vinculación o de conducta. Podemos observar que algunos jóvenes se encuentran atrapados en una desconfianza que les aliena y que bloquea su desarrollo. No permitir ser influenciados por los demás anula el trabajo educativo-terapéutico, la elaboración de las vivencias traumáticas o el abordaje de los trastornos del apego.

El trastorno del relato moral no sólo afecta a la relación con los profesionales sino que condiciona todas las relaciones personales. Para poder experimentar relaciones de amor o de amistad, como un afecto personal desinteresado, es necesario creer en el otro como alguien benéfico. En todos los casos fiarse de otra persona implica tener la convicción firme de que ésta tendrá una respuesta bienintencionada.

Pero cuando las personas de la más íntima confianza maltratan, hasta fracturar la fe en el otro, el trastorno del relato moral convierte a todas las personas en potenciales victimarios. En un contexto donde fiarse de otras personas supone un peligro para la propia integridad psíquica, las personas con un apego alienado, se ven obligadas a buscar una respuesta en la propia alienación mediante perfiles de apego beligerantes, abatidos o invadidos

APEGO BELIGERANTE

Las personas que desarrollan un apego beligerante tienden al conflicto por una falta de autorregulación pero su comportamiento no responde exclusivamente a una actitud impulsiva. Las personas con un apego beligerante legitiman las agresiones y justifican su comportamiento, guerrean en una lucha constante que se alimenta de una narrativa cargada de rencor y desprecio. Ésta lógica

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

lleva a que las personas con un apego beligerante no se lamenten de las consecuencias que provocan ni sientan culpabilidad por las mismas.

El apego beligerante puede expresarse con distintos matices dependiendo de las estructuras de apego desarrolladas con anterioridad, principalmente apegos punitivos, ambivalentes e indiscriminados. Según las estructuras previas el apego beligerante puede expresarse a partir de la adolescencia mediante comportamientos antisociales, desafiantes o descontrolados.

APEGO ABATIDO

Las personas que desarrollan un estilo de apego abatido claudican ante las relaciones maltratantes y construyen una narrativa por la que se sienten anulados. Su desafección y apatía vital enlaza con los perfiles evitativos e inhibidos, relacionados con un trastorno de la vinculación, que tienden hacia estructuras depresivas internalizando un discurso de poca valía personal en el cual nadie puede o quiere ayudarles.

En ocasiones la vivencia de desolación personal es de tal magnitud que podría llegar a manifestarse en una forma de espectro autista, casos extremos no llegan habitualmente a nuestros recursos pero que encontramos descritos en orfanatos donde se han dado unas desatenciones extremas.

APEGO INVADIDO

Las personas que desarrollan un apego invadido se adaptan a la imposición de una narrativa que les culpabiliza y/o les somete. Corresponderían a niños y niñas atrapados en contextos absorbentes de los que no pueden escapar por una fuerte vinculación y un entorno controlador. La aceptación, total o parcial, de la narrativa tóxica puede expresarse con distintos matices según las características de la estructura de apego previa, principalmente apegos complacientes o cuidadores.

En estos casos las narrativas impuestas, y las relaciones de doble vínculo, afectan a la construcción de una identidad que debe adaptarse a una realidad totalitaria. Ante la falta de indicadores de realidad el desarrollo de narrativas excéntricas o persecutorias puede ofrecer en la adolescencia una ilusión de control hacia un mundo confuso y amenazante.

La renuncian a ser influenciados, para evitar ser dañados, manipulados o traicionados, es una adaptación común en los apegos alienados. La consecuencia más grave de esta adaptación es que la rigidez de sus discursos impide la toma de conciencia con las propias dificultades, la introspección o el desarrollo de su propio yo.

No permitir ser influenciado supone de alguna manera una pérdida de contacto con el mundo. El resultado de anular la percepción de la realidad, de distorsionarla o de perder el control sobre ella es la aparición características disociativas cuya cronificación, a partir de la mayoría de edad, puede concurrir con trastornos de la personalidad en los que alterar la realidad puede ser la última opción para aliviar el sufrimiento.

Los trastornos del apego y de la personalidad provienen de dos teorías que explican un continuo de una misma realidad personal, en ocasiones con idéntica terminología. No obstante, la teoría del apego presenta la ventaja de permitir el abordaje de las necesidades psicológicas en un momento de mayor plasticidad (infancia y juventud) en el que puede evitarse que las vivencias traumáticas cristalicen en estructuras crónicas de la personalidad.

CONCLUSIÓN

Los apegos alienados permiten integrar la dimensión moral en la teoría del apego al desarrollar el continuo madurativo desde las categorías previas; los apegos inseguros -evitativo y ambivalente- (Ainsworth, 1978), los apegos desorganizados, divididos en los apegos controladores -punitivo, complaciente y cuidador- (Cassidy y Marvin, 1990) y los apegos desapegados -inhibido e indiscriminado- (Zeanah, 1996).

Especialmente en recursos de acogimiento residencial, recursos terapéuticos o centros cerrados y de justicia podemos observar a jóvenes que durante los años previos a una medida de protección eficaz han sufrido un trastorno del relato moral. Estos jóvenes se encuentran atrapados en una desconfianza que les aliena bloqueando su desarrollo psicológico y comprometiendo su proceso resiliente.

El desarrollo moral aplicado a la teoría del apego no se limita a la connotación moral de las actuaciones, dependiendo de si estas tienen consecuencias, de su deseabilidad social, del sentimiento de justicia o de asumir unos valores superiores; sino que los apegos alienados se ven condicionados al internalizar una connotación moral negativa, de las personas significativas, que posteriormente se extrapola al resto de relaciones.

El trastorno del relato moral no trata de que el desarrollo moral progrese en mayor o menor medida, sino que la misma idea de la ética o la existencia de buenas personas queda cuestionada por una experiencia

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

hostil donde cualquier persona puede ser un agresor. Si etimológicamente la ética es la morada donde habitar y guarecerse podríamos decir que la falta de bondad impide fiarse de los demás y encontrar en ellos un refugio en el que sentirse seguro.

La segunda infancia, lejos de ser un momento evolutivo irrelevante es un período madurativo crucial en el desarrollo de la personalidad que exige adecuar la atención, desde las primeras intervenciones, para evitar que se produzcan unos trastornos de graves consecuencias personales y sociales.

Contextos sociales de guerra, de marginalidad y violencia pero también dinámicas familiares maltratantes, re-abandonos o intentos de protección fallidos pueden provocar un trastorno del relato moral durante los años de la educación primaria.

La toma de conciencia de las graves consecuencias que provoca la alienación del apego debe movilizar a los profesionales en la búsqueda de abordajes específicos que promuevan la resiliencia secundaria. Unos casos en los que la promoción de la resiliencia no sólo requiere de una formación y unas condiciones de trabajo específicas, sino que además precisa de una relación honesta que permita restituir una mínima confianza.

Finalmente, reconstruir el relato moral es la base que permite el acceso a las narrativas. De alguna manera relato moral es la narrativa de las narrativas, incluso de aquellas que pueden dar un sentido constructivo al maltrato y a las injusticias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation Hillsdale*, NJ: Erlbaum Benoit.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005) Los buenos tratos a la infancia. *Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa

Bowlby, J. (1958) El apego y la pérdida 2. *La separación*. Barcelona: Paidós.

Cassidy, J. y Marvin, R. (1990/1992) Attachment organization in preschool children, Coding Guidelines. Citado en: *Attachment disorganization, Guilford Press*, Nueva York, 1999

Fonagy, P. (2004) *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: ESPAXS.

Gonzalo, J.L. y Pérez-Muga, O. (2011) *¿Todo niño viene con un pan bajo el brazo? Guía para padres adoptivos con hijos con trastornos del apego*. Bilbao. Desclée de Brouwer

Kohlberg, L (1982) *La psicología del desarrollo moral*. Bilbao. Desclée de Brouwer

Pérez-Muga, O. (2014) El proceso resiliente del apego en adopción, acogimiento familiar y residencial. En J.M. *Madariaga Nuevas miradas sobre la resiliencia* (209-226). Barcelona: Gedisa.

Piaget, J. (1932) *Le jugement moral chez l´enfant*. Paris. Alcan.

Rygaard, N. P. (2008) El niño abandonado. *Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.

Sadurní i Brugué, M., Rostán Sánchez, C. y Serrat Sellabona, E. (2002) *El desarrollo de los niños, paso a paso*. Barcelona: UOC.

Zeanah, C. Beyond insecurity: a reconceptualization of attachment disorders of infancy, en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 1996

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

TRAUMA PSÍQUICO

PSYCHIC TRAUMA

Juan Larbán Vera*

Etimológicamente, trauma viene del griego, trauma/ tráuma, (el genitivo es traumatos /tráumatos, y a partir de él, se forman traumatología y sus derivados), y significa "herida". No sólo mantenemos su forma y significado, sino también su campo léxico sin variación alguna.

"Aunque los conceptos de estrés y trauma suelen estar asociados, corresponden en realidad a fenómenos distintos. El estrés implica siempre una dinámica de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores externos lo exigen, o mientras dura la resistencia del organismo. El trauma indica ya una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica. Lo que se llama estrés traumático no consiste en una mera sobrecarga temporal de las capacidades de adaptación, sino en una alteración profunda y permanente del funcionamiento mental. Por eso, las situaciones de estrés se recuerdan muy bien, mientras que los traumas se acompañan siempre de amnesia más o menos parcial. Para que un estrés se convierta en traumático, es necesario que su intensidad o su naturaleza superen las capacidades de procesamiento del sistema nervioso, del funcionamiento psíquico del sujeto, dando lugar a disrupciones permanentes en la organización del mundo interno".

"En el contexto de los síndromes de estrés, puede decirse que una crisis es una experiencia estresante, que en algunos casos llega a ser traumática, y que casi siempre provoca, o viene precipitada por, un cambio vital. El elemento distintivo de la crisis es la convicción o decisión interna de que la situación es insostenible y que es preciso hacer algo para transformarla. La motivación hacia el cambio es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis" (González de Rivera J. L. 1990).

Se suele entender por trauma o trauma psíquico, todo suceso o experiencia muy impactante vivida por un sujeto, que le produce diversos trastornos que a menudo dejan secuelas. Se habla propiamente de trauma psíquico cuando el desencadenante del mismo es de tal intensidad que el sujeto es incapaz de responder adecuadamente. El individuo está desbordado por la cantidad o por la fuerza de las emociones vividas.

En cambio se habla de traumatismo para referirse a "lesiones orgánicas producidas por agentes mecánicos (choques, impactos, aplastamientos, torceduras, arrastres, fracturas esguinces, incisiones); por agentes físicos (quemaduras, congelación, electrocución, exceso de radiaciones, efectos de compresión y descompresión

* Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. Teléfono: 971393264. E-Mail: juan.larban@gmail.com

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

por onda expansiva de las explosiones, ahogamiento); y traumatismo por agentes químicos (contacto interno o externo con productos cáusticos, ácidos, etc., intoxicación por gases vesicantes, asfixiantes, lacrimógenos, etc.)".

TRAUMA PSÍQUICO Y ESTRÉS TRAUMÁTICO

Habitualmente se ha hablado de Estrés traumático refiriéndose a la respuesta de estrés o stress, es decir una reacción de activación básicamente neurovegetativa, y exagerada. Sin embargo la respuesta psicológica frente a un hecho o evento traumático es mucho más amplia.

La respuesta psicológica incluye desde alteraciones físicas y, psicosomáticas, hasta reales alteraciones en la percepción, (lo que vemos, oímos, percibimos), del humor, o del juicio.

Existen una serie de síntomas que diferencian la respuesta frente al trauma, a la del estrés simple:

Conductas llamadas de evitación, en las que la persona no puede hacer o ir a lugares o situaciones que le recuerdan lo temido.

Recuerdos, ideas recurrentes, o pesadillas a veces con temática parecida a lo que pasó.

Un estado de alerta, -como si estuviéramos esperando que algo pasara-, o de sobresalto.

Sensaciones de vacío, de extrañeza, de falta de deseo, de no entender lo que nos pasa, como si por momentos las cosas que nos pasan en nuestra vida, nos fueran extrañas.

Dificultades de concentración, o de memoria.

Dificultad para hacer planes o pensar en otra cosa que ese malestar.

Estos síntomas reactivos a una vivencia estresante y traumática nos ayudan a comprender, si son duraderos, cómo las personas que ejercen la función parental y en especial la persona que ejerce la función materna en la interacción con el bebé pueden presentar dificultades importantes en el ejercicio de su función, con posibles repercusiones en el desarrollo del bebé, tanto si se trata de vivencias traumáticas perinatales como si lo traumático del pasado de los padres es reactivado en el presente con la llegada del hijo/a.

Trastorno por Estrés Post Traumático

El Trastorno por Estrés Post Traumático o TEPT es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico-psíquico. Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico-psíquico, o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal, que las defensas mentales de la persona no pueden asimilarlo. En algunos casos, puede darse debido a un profundo trauma psicológico o emocional (incluido el "a posteriori" traumático) y no necesariamente a algún daño físico; aunque generalmente involucra ambos factores combinados.

Hay síntomas, que presentes en la madre que sufre este tipo de trastorno pueden tener un efecto de refuerzo de los mecanismos de defensa que el bebé utiliza para evitar que le afecte el sufrimiento vivido en la interacción con la madre. Los síntomas presentes en la madre que me parece pueden potenciar las defensas de evitación de la interacción madre-bebé por parte de este último serían:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva.
7. Sensación de un futuro desolador, pesimismo.

Frecuentemente estos síntomas, que entre otros, se presentan como consecuencia de un TEPT, se enmarcan dentro de síndromes clínicos tales como los trastornos ansiosos, crisis de pánico, trastornos depresivos, fóbicos y obsesivos.

Cuando esta situación evoluciona sin el tratamiento adecuado que en este caso sería proporcionar la ayuda y el apoyo psicológico que la madre necesita para procesar e integrar la experiencia traumática vivida, se crea entonces un espacio-tiempo de desencuentros interactivos iniciales más o menos durables entre la madre y su bebé. Se va generando progresivamente un sufrimiento intenso vivido por la madre, un dolor psíquico imposible de ser elaborado, contenido, asimilado e integrado, que puede ser transmitido sin quererlo a su hijo y éste absorberlo, "mamarlo", con el consiguiente efecto traumatógeno que esto tiene para él.

El bebé se ve así abocado, "obligado" a protegerse y defenderse del efecto desorganizador, del intenso malestar

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

y sufrimiento psíquico que la situación interactiva de sufrimiento compartido con la madre genera en él. Los mecanismos de defensa que el bebé puede poner en marcha en tal situación son muy limitados y primitivos dada su situación de inmadurez neurobiológica al nacimiento (neotenia) y su completa dependencia del entorno, siendo sobre todo los mecanismos de evitación del sufrimiento o dolor emocional que la situación interactiva con el entorno le genera, los que más fácilmente puede utilizar.

El sufrimiento psíquico o dolor emocional del niño pequeño está muy bien expresado y mostrado en un excelente libro sobre el sufrimiento psíquico del bebé. Reúne una serie de textos fruto de una colaboración interdisciplinar entre destacados profesionales de la pediatría, psiquiatría infantil, psicoanálisis, ginecólogos y obstetras, médicos generalistas, neurocientíficos, psicólogos clínicos infantiles, neonatólogos, neuropediatras etc. compilados bajo la dirección de Pierre Delion (Delion P. 2002).

Según los mecanismos de defensa empleados por el bebé, podemos asistir desde las primeras semanas de su vida al nacimiento de un proceso evolutivo en el que pueden ir surgiendo los trastornos de naturaleza psicosomática o los trastornos de naturaleza autística.

Cuando el bebé, de forma activa, se protege del sufrimiento emocional y dolor psíquico vividos, con una desconexión emocional, pero sin evitar la interacción con el entorno cuidador, nos encontramos entonces con una situación de riesgo de posible evolución hacia los trastornos psicosomáticos precoces en el bebé. Cuando el bebé se protege utilizando como defensa la evitación y el rechazo de la interacción, tanto a través de la mirada como a través de las dificultades que este presenta para calmarlo o las dificultades para atraer su atención así como para lograr un buen ajuste corporal y tónico-postural en el regazo materno, cuando tiene tendencia a refugiarse en el sueño y se duerme en momentos tales como después del amamantamiento, -momentos en los que los bebés suelen estar atentos y presentes en la interacción con la madre-, entonces, estamos ante un posible riesgo de inicio de un proceso autístico en el niño.

La detección perinatal de los factores de riesgo de origen traumático en la interacción madre-bebé, así como las posibles tempranas desviaciones del desarrollo del bebé hacia la psicopatología permiten, con un diagnóstico y tratamiento adecuados hacer una labor de prevención primaria y secundaria, con la consiguiente evitación de la aparición del trastorno y de su instalación en el psiquismo temprano del bebé, tanto si el trastorno es de tipo psicosomático como autístico.

Resiliencia y Trastorno por Estrés Post Traumático

Es importante señalar que un porcentaje importante de personas que tienen en el momento del acontecimiento traumático una buena capacidad de resiliencia pueden afrontar el acontecimiento traumático y recuperarse de él sin enfermar o sin presentar el síndrome o trastorno por estrés post traumático. En estos casos, la situación existencial de estrés post traumático que vive la persona sometida a un traumatismo psíquico puede transcurrir sin abandonar su vida habitual, integrando la nueva situación en su historia biográfica y adaptándose progresivamente a ella.

Con el descubrimiento de algo que ya estaba ahí, (cosa que ocurre muchas veces con la ciencia) como es el caso con la resiliencia, y con las investigaciones recientes realizadas en este campo, se ha dejado de ver a las personas que afrontan y superan bien las situaciones de crisis psicológica y de estrés post traumático como personas en situación de riesgo pues antes, se interpretaba su reacción como una actitud defensiva de negación del sufrimiento y/o de la situación traumática vivida. Se pensaba que más adelante tendrían que pagar un precio en salud por no haber afrontado en su momento la situación estresante vivida. Sin quererlo, se estaba propiciando e induciendo una evolución hacia lo que se podría llamar "la victimología" al tener una visión deformada, tanto por lo psiquiátrico como por las clasificaciones diagnósticas, de la realidad y de la normalidad.

Trauma psíquico, situación traumática, y "après coup" o "a posteriori" traumático

El concepto de trauma psíquico hace referencia a la noción de daño psíquico producido por un acontecimiento traumático o situación traumática.

La diferencia sustancial entre ambos conceptos, trauma puntual y situación traumática la encontramos en que la dimensión devastadora del primero comprende el desborde económico del aparato psíquico, mientras que la situación traumática aporta la dimensión dinámica y cualidades de afectos y efectos dentro de una complejidad intrasubjetiva e intersubjetiva.

Desde Freud, el concepto de trauma tiene varios puntos de inflexión que lo hacen complejo y por los cuales se diferencia: el trauma como concepto médico, el trauma de seducción, el trauma sexual infantil, la neurosis traumática y la situación traumática entre otros. El trauma (Freud, 1916, 1917) se acerca más al concepto médico

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

de efracción y se define como la invasión disruptiva del psiquismo, con ruptura de las barreras defensivas que tanto pueden ser externas al sujeto -objeto protector auxiliar que funciona como defensa antiestímulo- o internas del propio sujeto. Representa un estado psíquico de desamparo con parálisis de la capacidad de respuesta del sujeto y un tipo específico de angustia que Freud (1920, 1926) denominó "automática". Desde este modelo económico, entre estímulo y respuesta psíquica, lo disruptivo supone un daño infligido al aparato psíquico que obstruye su capacidad de ligadura representacional.

El trauma psíquico puede ser conceptualizado como "violencia que impide la función permanente de autoconstrucción de sentido, la producción simbólica, un desgarro en la existencia psíquica". Otros autores plantean que la necesidad de precisar y restringir el concepto de trauma se basa en sus consecuencias: la sobrecarga del yo, considerando la parálisis de sus funciones y la regresión del psiquismo a un funcionamiento más primitivo, de menor integración, cohesión y discriminación yo-no.

Si seguimos con Freud (1920), la situación traumática se extiende de su noción inicial de trauma puntual, a las múltiples experiencias de pérdidas que suceden al individuo a lo largo de su vida y que lo sumergen en estados de desvalimiento y de impotencia psíquica y motriz, por lo cual reacciona con angustia. Desde esta angustia puesta a trabajar psíquicamente, emerge la señal de angustia como recurso yoico que anticipa el peligro promoviendo actitudes y acciones preventivas a fin de evitar la angustia automática. De la pasividad experimentada en la angustia automática a la repetición con recursos activos de la señal de angustia se ha producido una transformación progresiva y siempre más protectora del sujeto.

Este aspecto acumulativo de la experiencia es válido también para la experiencia de satisfacción, y por ello no se da por cierto el hecho de un acontecer por única vez, sino la sucesión de hechos que aportan cualidades perceptivo-sensoriales, propioceptivas, de movimiento y de exploración, que acumulan estímulos placenteros que terminan de dar forma al placer como experiencia originaria que se inscribe como huella mnémica (Freud S. 1915).

Es mérito de Masud Khan (Khan M. 1980) el haber introducido la noción acumulativa del trauma y diluir el concepto de trauma puntual. Khan introduce la cronicidad de las sucesiones prospectivas y retrospectivas de confirmación y rectificación de la vivencia sobre los acontecimientos y sobre sus efectos. Esta noción de repetición permite comprender que no es suficiente con una única situación traumática, así como no siempre son éstas evidentes sino silenciosas e imperceptibles, sucediéndose en formas diversas y en una espiral que las une.

"APRÈS COUP" O "A POSTERIORI" TRAUMÁTICO

Freud emplea este término para señalar la reorganización "après coup", es decir, "a posteriori", efectuada por el psiquismo de acontecimientos pasados, resignificándolos, dándoles un sentido, y/o un nuevo sentido e incluso, un poder patógeno.

Sigmund Freud introdujo el concepto en 1896, para designar un proceso de reorganización o de reinscripción por el cual, los acontecimientos traumáticos no adquieren una significación para el sujeto más que en el "après coup", o "a posteriori", es decir, en un contexto histórico y subjetivo posterior, dándoles a dichos acontecimientos traumáticos, una nueva significación.

Este concepto desplaza la visión metapsicológica de Freud de una concepción traumática linear heredada de la neurología. El ejemplo más conocido es el de una paciente de Freud llamada Emma, que es mencionado por él en su obra "Estudios sobre la histeria".

Caso Emma:

Se trata de una mujer adulta que sufre de una fobia ansiosa que se manifiesta al entrar en las tiendas. En el transcurso de la cura, se descubre que de adolescente, se había sentido traumatizada por la risa de de dos jóvenes que trabajan en una tienda, gustándole uno de ellos. Emma, huye entonces de la tienda y desarrolla una fobia a las tiendas. Continuando con las asociaciones de ideas, se descubre un segundo traumatismo; un abuso sexual cometido por un comerciante dueño de una tienda cuando Emma tenía 8 años. Emma ha asociado inconscientemente la antigua huella mnésica inactiva, con el nuevo episodio de la escena de los jóvenes que se ríen, apareciendo entonces esta escena como un extraño acontecimiento que la traumatiza sin relación alguna con el primero que es la escena del abuso sexual. La connotación traumático-sexual de la primera escena, la del abuso, solamente entonces aparece como tal para la joven mujer que la reprime y forma entonces su sintomatología hístero-fóbica. En la segunda escena que aparece en el tratamiento, hay una excitación no metabolizable psíquicamente que es connotada y resignificada como sexual en la escena de adolescente. Como vemos en este ejemplo, el "après coup" reposa

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

sobre una visión temporal dinámica-interactiva entre el primer traumatismo y el segundo. Freud sale de esta forma de la visión de un trauma original, a descubrir para curarlo; proceder que domina todavía en la mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas llamadas "modernas".

De una visión temporal extraída de la neurología, Freud y sus sucesores han elaborado una concepción que desborda el marco de una visión dinámica. Del simple hecho de retroceder en el tiempo para encontrar el origen de un síntoma, -un traumatismo sexual por ejemplo- se pasa al concepto de "l'après coup", o el "a posteriori" traumático, concepto que se convierte en la piedra angular de la metapsicología freudiana. Los hechos no quedan fijados para siempre y de manera rígida en el aparato psíquico de quien los vive sino que son transformados en el interior del sujeto en función de las circunstancias de su biografía.

Laplanche dice recientemente lo siguiente refiriéndose a este concepto: "La noción del "après-coup" es importante para la concepción psicoanalítica de la temporalidad. Establece una relación compleja y recíproca entre un suceso importante y su resignificación en el a-posteriori por medio del cual el suceso adquiere nueva eficiencia psíquica"… (Laplanche J. 2002).

Winnicott (Winnicott W. D. 1974) se refiere a este hecho sin nombrarlo cuando interpreta que el colapso mental, el derrumbe psíquico que el paciente teme que ocurrirá inexorablemente en el futuro, ya tuvo lugar cuando todavía no había, hablando psicoanalíticamente, ningún sujeto (constituido) de la experiencia. Lo que sucede en el presente, (temor al colapso mental) se vincula a lo que ya ha ocurrido (una agonía primitiva), basado en una relación de significación. Y esta relación se establece como una operación de "l'après-coup", con la forma de una construcción.

Se podría decir que una construcción provee un nuevo nexo inédito en el "après-coup" por medio del cual el pasado se constituye como tal y el paciente adquiere una historia. "Un pedazo de la historia temprana que el paciente ha olvidado", como Freud escribe…puede ser equivalente al desastre que ya tuvo lugar cuando no había sujeto de la experiencia…mencionado por Winnicott.

Cabe señalar que si en psicoanálisis estamos habituados a pensar desde una noción lineal en experiencias pasadas que condicionan el presente y el futuro del sujeto, también hemos de reflexionar en torno a una temporalidad tal, que partiendo de acontecimientos del presente, incide sobre los contenidos de la memoria inconsciente, en un movimiento que modifica retroactivamente el estado y condición de las huellas representacionales, las cuales pueden adquirir nuevos sentidos y así accionadas, repercutir sobre el presente y el futuro.

En el fenómeno del "aprés coup", el pasado es remodelado por el presente. Se podría decir que este concepto hace referencia a una reactualización en el presente del sentido atribuido por el pasado a un acontecimiento traumático reprimido-olvidado.

Freud, a partir de su correspondencia con Fliess va abandonando progresivamente su primera teoría sobre la neurosis traumática, -en la que tomaba en consideración la vivencia traumática del sujeto como reacción a una situación traumática ocasionada desde la realidad externa- y su teoría de la seducción, para ocuparse prioritariamente de la realidad interna a partir del descubrimiento del "fantasma o fantasía inconsciente" como hemos visto a través de lo comentado hasta ahora y en especial, en el caso Emma descrito por Freud. La construcción metapsicológica de la teoría freudiana se desarrolla a partir de este punto de inflexión. El 21 de septiembre de 1897, Freud escribe a Fliess "He renunciado a mi neurótica", refiriéndose a su primera teorización sobre la neurosis traumática.

Si bien al principio el "fantasma" o fantasía inconsciente no se opone a la realidad vivida, considerándolo como su heredero, progresivamente, Freud y la mayor parte de sus discípulos, -a excepción de Ferenczi-, al focalizar exclusivamente su mirada en la realidad interna y las fantasías inconscientes, desviaban la mirada de una realidad externa insoportable. Es decir, negaban la existencia real de víctimas traumatizadas por abusos y agresiones de todo tipo. Podríamos decir que es gracias a ese abandono de las víctimas, -que han vivido y sufrido realmente una situación traumática- a esa ausencia de escucha del sufrimiento, a esa ceguera teórica, que el psicoanálisis ha podido construir su inmenso "cuerpo teórico". En este contexto, tomar en cuenta la realidad externa del paciente era vivida por los colegas, formadores y supervisores como un "ataque" a la importancia de lo inconsciente (Bohleber W. 2007).

En el contexto mencionado anteriormente, Sándor Ferenczi, psicoanalista de origen húngaro, discípulo destacado de Freud, constituyó la excepción. Analista entre otros de Melanie Klein y amigo de Groddeck, quien es considerado como el "padre" de la corriente psicosomática en psicoanálisis, Ferenczi ha sido considerado también como el "padre" de una corriente inconformista, muy creativa e innovadora dentro del psicoanálisis. Su huella se percibe en destacados

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

psicoanalistas posteriores como Michaël Balint, Heinz Kohut y Donnald Winnicott, así como en los psicoanalistas americanos llamados "relacionales"

Con la desaprobación de Freud y exponiéndose a ser repudiado por él como había ocurrido con Adler y Jung entre otros, Ferenczi, tuvo el coraje de apoyarse en la evidencia de su experiencia clínica para reivindicar el impacto traumático y el daño psíquico también originados desde la realidad externa del sujeto que los padece, tanto si de trata de abusos y agresiones de tipo sexual como de "heridas" de tipo narcisista. Su escrito conocido con el título "Confusión de lengua entre los adultos y el niño; el lenguaje de la ternura y de la pasión" que originalmente llevaba por título, "Las pasiones de los adultos y su influencia sobre el desarrollo del carácter y de la sexualidad del niño" es un vivo testimonio de su posición al respecto que hizo pública al presentarlo en el XII Congreso Internacional de Psicoanálisis en Wiesbaden, en septiembre de 1932. Tras la exposición de su trabajo en el citado congreso, Freud le negó el saludo dándole la espalda. Este polémico y valioso trabajo en el que Ferenczi no solamente denuncia sino que además, teoriza acerca de la frecuencia del abuso sexual contra la infancia, fue conocido en 1949, gracias a Michaël Balint (Roazen P. 2001).

"Nunca se insistirá bastante sobre la importancia del traumatismo y en particular del traumatismo sexual como factor patógeno. Incluso los niños de familias honorables de tradición puritana son víctimas de violencias y violaciones mucho más a menudo de lo que se cree. Bien son los padres que buscan un sustituto a sus insatisfacciones de forma patológica, o bien son personas de confianza de la familia (tíos, abuelos), o bien los preceptores o el personal doméstico quienes abusan de la ignorancia y la inocencia de los niños" (Ferenczi S. 1933).

Más adelante, Ferenczi dice que esos adultos con predisposiciones patológicas confunden los juegos y conductas de los niños con los deseos de una persona sexualmente adulta, confusión que los lleva a abusar de las criaturas. El niño puede intentar protestar, pero a la larga es vencido por la fuerza y la autoridad aplastante del adulto. Llevado por el temor y la indefensión, se doblega a la voluntad del agresor y lo interioriza, para poder seguir sosteniendo con él un vínculo de ternura. A este mecanismo de defensa psíquico Ferenczi lo llamará "identificación con el agresor". El concepto de identificación al agresor, atribuido Anna Freud (1936), lo desarrolla años antes Ferenczi, empleándolo en un sentido muy especial en este escrito: la agresión a la que se hace referencia es el atentado sexual del adulto, que vive en un mundo de pasión y de culpabilidad, sobre el niño que se supone inocente. El comportamiento descrito como resultado del miedo es una sumisión total a la voluntad del agresor; el cambio provocado en la personalidad es "(…) la introyección del sentimiento de culpabilidad del adulto".

Freud y Jones se opusieron a su publicación después de su presentación oficial en 1932, impidiendo que Ferenczi pudiese verlo publicado en vida ya que poco tiempo después, en mayo de 1933, muere de una anemia perniciosa sin ver cumplida la promesa que le hizo Ernest Jones de publicarle "Confusión de lenguas entre los adultos y el niño" en la International Journal of Psyco-Analysis. Poco antes de morir Ferenczi, Freud le escribe a Jones una carta en la que dice que una paciente de Sándor, la señora Severn, parecía haberle provocado a su analista una "pseudología fantástica". En junio, Jones le contesta diciéndole que la "paranoia" de Ferenczi se había puesto en evidencia "a la vista de su último articulo para el congreso" y que veía contraproducente publicar, ahora que él había muerto, su último artículo, ya que sería un perjuicio y un descrédito para el propio autor. Y agrega: "Sus postulados científicos y sus declaraciones sobre la práctica analítica no constituyen más que una sarta de errores que solamente sirven para desacreditar al psicoanálisis y dar pábulo a sus enemigos" (Monzón I. 1999).

Es importante señalar que Freud posiblemente entró en crisis tras la muerte de Ferenczi, ya que dejó de publicar sus trabajos desde mayo de 1933, fecha de la muerte de Sándor, hasta enero de 1936. Hacia el final de su vida, Freud vuelve a considerar la importancia de la etiología post-traumática y de los abusos de los adultos sobre los niños en sus escritos de 1938-1939 (Freud S. 1938-1939).

Afortunadamente hoy día, Ferenczi, está siendo ampliamente reconocido y valorado, saliendo del ostracismo y aislamiento al que le sometieron la mayoría de sus pares de la época. Además, actualmente, el psicoanálisis alberga en su seno diferentes corrientes y tendencias que lejos de hacerlo desaparecer, contribuyen a fortalecerlo y revitalizarlo.

No parece ser fruto del azar si hoy día el retorno del interés por lo traumático en psicoanálisis, ocurre al mismo tiempo que el resurgir del interés por Ferenczi y su valioso legado. La presencia en la escena terapéutica psicoanalítica actual de aspectos relegados como la importancia de la teoría de la seducción, el importante

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

papel de lo emocional y de la empatía en la interacción terapeuta-paciente, la concepción del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica como una tarea de mutua colaboración entre paciente y terapeuta, la necesidad de adaptar la cura psicoanalítica típica a las necesidades del paciente y no al contrario, la necesidad para el psicoanalista de un tratamiento psicoanalítico personal (no solamente didáctico) más prolongado y profundo que el que se efectúa con los pacientes, el interés por la relación intersubjetiva y no solamente por lo intrapsíquico del ser humano, así como el importante papel de la transmisión intergeneracional y transgeneracional de contenidos psíquicos inconscientes parecen testimoniar de ese punto de inflexión y de reanudación del proceso de maduración y crecimiento en que parece encontrarse el psicoanálisis hoy día (Samaniego M. 2009).

TRAUMA PSÍQUICO PRECOZ

Masud Khan, (Khan M. 1980), discípulo destacado de Winnicot, ha desarrollado la importancia que tiene el micro-traumatismo y traumatismo repetitivo y acumulativo durante el temprano desarrollo del psiquismo del bebé en la interacción con su entorno cuidador. Son pequeños traumatismos repetitivos y acumulativos que implican una alteración y herida narcisista que permanece abierta en el bebé, al producirse en los momentos iniciales de la constitución del yo y dejan al mismo, a su "self", a su "si mismo", en situación de suma fragilidad, insuficientemente investido e inerme ante posteriores vivencias que se convertirán en traumáticas al incidir sobre un aparato psíquico incapaz de elaborarlas.

Los continuados, repetidos y duraderos desajustes no reparados, (herida narcisista no cicatrizada en la madre y en el hijo) producidos en la relación y comunicación empática madre-bebé, con la consiguiente cascada de desencuentros interactivos frustrantes y dolorosos para ambos, producirían en el bebé un efecto traumático y traumatógeno acumulativo con ruptura del sentimiento de continuidad de la propia existencia (Winnicott) que se expresaría posteriormente en el niño con funcionamiento autista a través de angustias primitivas tales como la sensación de anihilación, de disolución-desaparición, y de no existir.

A su vez, estas angustias catastróficas movilizan la necesidad en el niño de protegerse de ellas con mecanismos defensivos de naturaleza autística. Los déficits cognitivos, así como emocionales y sobre todo de la capacidad de interacción social (empáticos) que el funcionamiento defensivo produce como secuelas en el bebé, en un momento evolutivo esencial y crítico para el desarrollo de la intersubjetividad, de la simbolización y de las bases de la comunicación y del lenguaje pre-verbal y verbal en el niño, refuerzan en él la necesidad de protegerse de dichas dificultades con defensas de tipo autístico. El niño se encuentra cada vez más atrapado y encerrado en un laberinto sin salida. Al mismo tiempo, es cada vez más difícil para el adulto cuidador penetrar dichas defensas para comunicarse con el niño/a.

Este círculo vicioso defensivo e interactivo entre el bebé y su entorno cuidador se va haciendo cada vez más autónomo e independiente de la actitud de uno y otro, constituyendo un circuito automático (inconsciente) de repeticiones que se podría llamar en lenguaje de Freud, "automatismo o compulsión a la repetición". (Freud S. 1914), y sobre todo, en lo relativo a su elaboración sobre la "neurosis traumática" (Freud S, 1920).

La compulsión a la repetición, en psicoanálisis, es un concepto que designa una fuerza interna que obliga al sujeto, bajo la amenaza permanente de un incremento del nivel de angustia, a realizar una determinada acción o conjunto de acciones o a organizarse en una forma defensiva determinada, o a pensar incesantemente en alguna idea.

En un sentido más general, y a partir de 1920 Freud habla de compulsión a la repetición para señalar la condición en la cual el sujeto se coloca en situaciones penosas, sin ser conciente de que éstas reproducen experiencias antiguas y, por lo tanto, hallándose nuevamente indefenso ante ellas.

Como vemos por lo expuesto hasta ahora, cuando hablamos de trauma psíquico tendríamos que referirnos a un proceso de traumatización que incluye la situación traumática y sus efectos inmediatos y tardíos.

En cuanto a la respuesta patológica no sólo es de amplio rango, pues incluye inhibiciones, trastornos de carácter, alteraciones psicosomáticas, desórdenes afectivos, etc., sino que sobrepasa los diagnósticos de neurosis traumática y estrés post-traumático.

Juan Manzano en su pertinente y acertado artículo advirtiéndonos de la necesidad de conocer y reflexionar sobre el falso traumatismo nos dice:

"El interés teórico y clínico de la noción de traumatismo es innegable. Sin embargo es importante precisar el concepto y evitar generalizaciones abusivas. Errores diagnósticos o conceptuales, con repercusiones para la prevención, la teoría y práctica en psicoterapia y psicoanálisis, son facilitados por la existencia, en mi opinión, de una fantasía universal que se manifiesta como

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

una necesidad de creer en traumatismos".

En su texto y basándose en su dilatada experiencia clínica y docente como psicoanalista, nos muestra su comprensión del origen y de la naturaleza de esa fantasía subyacente. Nos muestra que no siempre hay factor traumático externo ante una vivencia traumática vivida como tal por el sujeto y que la vivencia traumática puede estar ligada al propio desarrollo del ser humano.

"Se trata de las características psico-biológicas (neotenia) asociadas a la lenta y progresiva estructuración y maduración del sistema nervioso desde el nacimiento en un proceso que ha sido seleccionado por la evolución por sus ventajas adaptativas. El hecho de no estar completamente organizado ha permitido que nuestro cerebro sea plástico, remodelable y abierto a las experiencias exteriores".

"El yo, (la parte organizada de la personalidad) se ve amenazado desde el nacimiento por la desorganización, el aniquilamiento y la muerte. Se trata de una amenaza interna propia de la estructura. Esta amenaza interna destructiva se proyecta inmediatamente hacia el exterior, como un modo defensivo (paranoico) de organización. De esta manera el yo está seguro y permanece positivo e ideal. Este estado de perfección ideal del yo, (narcisismo) se perderá, con la desilusión del contacto con la realidad y le conducirá a asumir la responsabilidad de sus angustias, así como sus tendencias autodestructivas y heteroagresivas. Pero el deseo de reencontrar este estado paradisiaco "perdido" persistirá y, con él, la tendencia a considerar nuestros males como si llegaran del exterior. Se trata pues, de una resistencia al reconocimiento de nuestra desilusión narcisista, de nuestras debilidades y nuestros riesgos internos, que se encuentran en la base de esta creencia en un "traumatismo exterior exclusivo. "El factor traumático externo no siempre existe, aunque estemos convencidos de ello. En otros casos existe pero no es necesariamente un agente causal o incluso no se encuentra allí donde pensamos; se encuentra en otro lugar" (Manzano J. 2003).

EL FENÓMENO DEL "A POSTERIORI" O "APRÉS COUP" TRAUMÁTICO PERINATAL Y SU TRANSMISIÓN

La clínica del "aprés coup" traumático en lo relativo a los traumatismos perinatales y su posible efecto perturbador sobre la interacción madre-bebé, así como el posible efecto traumatógeno para la madre y el bebé, nos sitúa en una perspectiva histórica y biográfica de los padres y en especial de la madre, así como en una perspectiva transgeneracional de transmisión de contenidos psíquicos inconscientes. Transmisión que no tiene solamente su fuente original en los acontecimientos traumáticos reales perinatales vividos por la madre sino también, en la reactivación y reactualización de antiguas vivencias traumáticas del pasado de la madre e incluso de generaciones anteriores transmitidas inconscientemente a través del psiquismo de ella. Nos conecta también con la clínica del traumatismo acumulativo de Masud Khan y en el caso que nos ocupa, con los contenidos psíquicos inconscientes ligados a las dificultades para llevar a cabo el proceso de separación-diferenciación-individuación, (transmitidos como un legado que busca, trabajado psíquicamente en negativo y en lo inconsciente de quien lo transmite, el evitar su transmisión) dentro de la misma generación y también, a través de las generaciones, incluyendo los "saltos" generacionales.

Llegados a este punto cabe señalar la importancia del fenómeno del "aprés coup" traumático sobre la transmisión transgeneracional de contenidos psíquicos inconscientes (basados en la interacción real y fantasmática) del pasado de la madre o de generaciones anteriores, actualizados o resignificados como traumáticos en el presente interactivo con su bebé y transmitidos inconscientemente por ella a través de su psiquismo (Carel A. 1997).

Viñeta clínica:

Daniel Stern, en una de sus filmaciones de una secuencia interactiva sobre la armonización afectiva entre una madre y su bebé de algunos meses, había notado que las respuestas de la madre estaban presentes y mostrando que la madre era sensible a las señales de su bebé. Al mismo tiempo, había visto que sus respuestas parecían lentas y débiles, inscribiéndose dichas respuestas de la madre en un tipo de armonización afectiva calificada de diferida y atenuada.

Al revisar el vídeo con la madre y al mostrárselo, ésta hace un excelente trabajo de elaboración "a posteriori" o "aprés coup", respondiéndole lo siguiente: "No me había dado cuenta de lo que me ha mostrado. He pensado que quizás respondía de esa manera a mi hijo porque si respondía demasiado rápidamente y demasiado fuertemente a las señales de mi hijo, podría conducirlo a ser violento e impulsivo como su padre que es un hombre celoso, agresivo y alcohólico".

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

TRAUMA, SITUACIÓN TRAUMÁTICA, "APRÈS COUP" TRAUMÁTICO, Y DAÑO PSÍQUICO

"El bebé sería por definición un desamparado sin daño, como también puede llegar a ser un traumatizado con daño. Ambos, por diferentes razones, precisan de una estructura interactiva, particular y sincrónica, ser-ambiente para crear o recrear la provisión real de objetos-sujetos relacionales necesarios, que a la vez que dan soporte objetivo, en el bebé y en el adulto, también crean la ilusión y vivencia de posibilidad, potencia y confianza restauradas, así como de poder superar la condición de desencuentro y/o impedimento. Ambos surgen gracias a una experiencia compartida de consenso, sincronía y reciprocidad.

Las discordancias y desencuentros excesivos o repetidos entre ser y ambiente producen la sensación, en el bebé y en el adulto, de que pierde el sentimiento de dominio y control que atribuye a la esfera de su mundo interno, pasando a dominar la sensación de descontrol e impotencia como independiente del sí mismo, y entonces la vivencia determina que ni la causa del daño está dentro suyo ni tampoco su solución.

Cuando esto sucede, el trauma es siempre externo, en tanto su exceso queda fuera del control omnipotente del ser y de la posibilidad de sensación subjetiva de creatividad e ilusión imponiéndose la vivencia de un "self", "Si-Mismo", dañado y defectuoso" (Dryzum J. 2006).

Si el acontecimiento traumático es condición necesaria pero no suficiente para producir un trauma psíquico, la potencialidad creativa del ser humano depende de las condiciones del ambiente, el cual facilita y provee elementos específicos para transformar los efectos dañinos en formas atenuadas, posibilitando vías de superación. Esto representa para el bebé o el traumatizado un desafío al actualizar, activar o reactivar recursos de posibilidad frente a la adversidad.

Rangell (Rangell L.1967), respecto de esta complejidad del psiquismo en interacción constante entre lo externo y lo interno, formuló para la situación traumática el estado de ''vulnerabilidad psíquica", dando cuenta de que su superación determinará en diferentes sujetos diferentes respuestas y en el mismo sujeto diferentes respuestas de acuerdo al momento vital de ese mismo individuo. El acontecimiento es necesario pero no suficiente para comprender esta complejidad.

Daño psíquico

El daño psíquico (Lazarus R. & Folkman S. 1984) supone que un sufrimiento dejó una marca que involucra factores de vulnerabilidad psíquica del sujeto en relación con su medio ambiente y contexto y fijan una posición del sujeto frente a la adversidad. El daño es tanto una vivencia como una estimación subjetiva de la amenaza y de la potencia personal, las cuales muchas veces se afirman por el discurso-reacción del entorno. Retiene una memoria particularizada sobre los hechos causales con atribución estática de significación. Como posición identificatoria asumida puede arrastrar la identidad global del sujeto o corresponderse proporcionalmente con el daño en sí mismo y particularizarse.

El daño remite siempre a una situación pasada ocurrida y algunas veces ''fechada'' que denota que el sujeto ha sido víctima de una violencia que acaba comprometiendo una porción importante de su capital Iibidinal y de sus valores narcisísticos en tanto que la marca, la huella del trauma le hace sentirse inferior, limitado o fragilizado.

En la superación de situaciones traumáticas, donde la pérdida de confianza en las figuras significativas ha sido clave, la ganancia de confianza en sí mismo, referida en este caso a la persona que ejerce la función materna, gracias a la ayuda que puede encontrar en su entorno o en la persona del psicoterapeuta durante el tratamiento, son una primera e importante ruta de acceso para transformar las repeticiones traumáticas y traumatógenas en la interacción entorno cuidador bebé, en una sucesión amortiguada de exposiciones mediatizadas de diversa forma, que permitirían posteriormente instancias de elaboración y superación, en primer lugar para la madre, y secundariamente, para su bebé.

El maternaje y los sistemas sociales de contención y seguridad, comparten la importancia estructurante de la "confianza".

"La confianza es un sentimiento ganado y aprendido en la experiencia. Sus raíces en la personalidad son profundas y su solidez se logra a través de confirmaciones y re-confirmaciones cotidianas, acumulativas e invisibles" (Foucault M. 1998).

"La confianza en uno mismo nace de la confianza del otro en uno mismo y de uno en el otro. Sólo se puede sentir "ser uno mismo" si antes otro nos ha confirmado como persona. Confirmación que resguarda una sensación única y necesaria sobre la certeza incuestionable del sentimiento de existencia. Como tal, se opone a la indiferencia del "objeto" y su efecto devastador. Trabajar para la provisión y recuperación del sentimiento de

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

seguridad y confianza son tareas conjuntas del sujeto y su núcleo familiar, del sujeto y su red social, así como, objetivos activos del paciente y del psicoterapeuta en su proceso terapéutico" (Dryzum J. 2006).

La confianza es memoria de una necesidad satisfecha, de una promesa cumplida, o de una incumplida pero compensada oportunamente por un consuelo realmente recibido.

TRAUMA PSÍQUICO Y CRISIS PSICOLÓGICA

Crisis vital y trauma psíquico parecen solaparse pues cuando señalamos crisis nos referimos a la crisis psicológica post trauma. También ocurre que la crisis psicológica puede ser traumática para quien la vive. En ambos casos hay coincidencias como ocurre con el hecho de que no son previsibles, de que pueden poner en riesgo la vida, de que la vida ya no será igual que antes y que no hay posibilidad de elección.

Diferencias

En cuanto a las diferencias entre crisis vital y trauma, la crisis puede ser desencadenada por estímulos internos y externos mientras que el trauma se refiere sobre todo a situaciones o acontecimientos de origen externo. Las crisis psicológicas vitales, que pueden ser accidentales y evolutivas, se presentan como necesidad y oportunidad de cambio e incluyen, en el caso de las crisis accidentales, cambios que en principio no son traumáticos tales como el matrimonio, la maternidad y paternidad, etc. Otro de los aspectos a considerar es el grado en que otras personas están involucradas. En el caso del trauma, en especial en situaciones sociales de emergencia, éste pone frecuentemente en acción a muchas personas de la comunidad cuando el evento está ocurriendo, o poco después. En la crisis esto puede llevar más tiempo. El trauma es un suceso catastrófico pero no es una experiencia universal, aunque sea una situación extraordinaria. La crisis vital, aunque a menudo es catastrófica, es un fenómeno universal vivido de forma solitaria. El individuo se siente solo y único. En los acontecimientos traumáticos suele haber una situación de alarma pública mientras que en las crisis la estructura social permanece inalterada. El trauma es un evento que evoca roles sociales: "víctima", "héroe", "personal de auxilio" por ejemplo y en las crisis no.

En lo que respecta a los acontecimientos traumáticos perinatales, según la clasificación y las diferencias establecidas anteriormente, éstos se podrían considerar más bien como crisis ya que formarían parte de un fenómeno vital universal. Sin embargo, también podrían considerarse como trauma por el impacto traumatógeno que frecuentemente tienen para la persona que los padece debido a la situación de vulnerabilidad, especial sensibilidad y grado de dependencia que la situación genera en la persona que los vive, que en este caso es la madre o la futura madre, en interacción con su hijo.

Conviene diferenciar el trauma del traumatismo, reservando el primero para los traumas psíquicos y el segundo término para los traumatismos físicos.

Crisis psicológica

Es frecuente asociar la idea de crisis con dificultad, riesgo y peligro. Sin embargo, la esencia del concepto está más próxima a la de cambio crucial, significativo o determinante.

Estrés, trauma y crisis psicológica

"Aunque los conceptos de estrés y trauma suelen estar asociados, corresponden en realidad a fenómenos distintos. El estrés implica siempre una dinámica de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores externos lo exigen, o mientras dura la resistencia del organismo. El trauma indica ya una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica. Lo que se llama estrés traumático no consiste en una mera sobrecarga temporal de las capacidades de adaptación, sino en una alteración profunda y permanente del funcionamiento mental. Por eso, las situaciones de estrés se recuerdan muy bien, mientras que los traumas se acompañan siempre de amnesia más o menos parcial. Para que un estrés se convierta en traumático, es necesario que su intensidad o su naturaleza superen las capacidades de procesamiento del sistema nervioso, del funcionamiento psíquico del sujeto, dando lugar a disrupciones permanentes en la organización del mundo interno".

"En el contexto de los síndromes de estrés, puede decirse que una crisis es una experiencia estresante, que en algunos casos llega a ser traumática, y que casi siempre provoca, o viene precipitada por, un cambio vital. El elemento distintivo de la crisis es la convicción o decisión interna de que la situación es insostenible y que es preciso hacer algo para transformarla. La motivación hacia el cambio es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis" (González de Rivera J.L, 1990).

La crisis se podría definir como un síndrome agudo de

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

estrés, caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio. El éxito en esta respuesta favorece el desarrollo e integración de la personalidad, mientras que su fracaso puede llevar a una total desestructuración.

Así, entenderemos como crisis una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo. La crisis implica la inevitabilidad de una transformación. En si misma, es una organización inestable y transitoria; de ahí el matiz perentorio, incluso angustioso, de su concepto. La incertidumbre y diversidad de posibilidades añade, por otra parte, la sensación de responsabilidad y de riesgo: En efecto, la crisis puede marcar el empeoramiento o la destrucción del proceso, pero también su fortalecimiento y optimización.

Para Caplan (Caplan G. 1961), uno de los fundadores de la psiquiatría comunitaria, la crisis sería "un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas". El papel patogénico de las crisis viene de esta vivencia de incapacidad, de la sensación de ser superado por la situación, que puede acabar en una renuncia masiva al proyecto vital, con pérdida del futuro y desorganización de las capacidades de adaptación y defensa.

La aplicación del concepto de crisis en salud mental presupone un principio de continuidad psíquica, entendido como una experiencia básica subyacente a todas las demás. La interrupción de esta vivencia de continuidad es intolerable, y, si ocurre, debe ser rápidamente reparada. Los seres humanos tienden a buscar una lógica interna en sus vidas, de tal manera que puedan entender su desarrollo y prever su curso. El sentido de la vida viene dado por esta lógica interna. La situación de crisis, al romper el flujo continuo de la existencia, fuerza un replanteamiento vital, obligando a veces, a la construcción de un nuevo sentido. Desde esta perspectiva, podemos entender la crisis como: "una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida". De ahí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis (González de Rivera J. L. 2001).

La crisis psicológica que supone para los padres la paternidad y especialmente para la madre la maternidad, colocan a algunas madres en situación de especial sensibilidad y vulnerabilidad que propician, si no se cuenta la resiliencia o con la ayuda adecuadas, el desencadenamiento del potencial traumatógeno que la crisis lleva consigo.

Las consideraciones negativas sobre el poder patogénico de las crisis no deben hacernos olvidar sus potenciales efectos beneficiosos. Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad.

Como aspectos positivos, no hay que olvidar el aspecto potenciador de la creatividad que la crisis puede tener en el ser humano así como su capacidad para generar nuevos recursos que permitan afrontarla y superarla con éxito. Se puede salir de ella cambiado, en el sentido de "actualizado", fortalecido, y enriquecido por la experiencia vivida.

La crisis psicológica podría definirse también como una "ruptura del equilibrio psicodinámico de la persona y de su entorno familiar, social o profesional". Desde esta perspectiva, su tratamiento tendría como objetivo el crear unas condiciones especiales, un marco de trabajo psíquico propicio para contener y elaborar los determinantes de la crisis gracias al trabajo intrapsíquico de la persona que la padece.

El objetivo del trabajo de crisis sería el de sacar el mejor partido de ese momento de ruptura, considerado como fecundo. Las defensas del sujeto que la padece suelen estar disminuidas y debilitadas, sus emociones, muy intensas, son fáciles de movilizar; todo ello crea unas condiciones muy favorables para intentar desarrollar y utilizar nuevos recursos internos que permitan un funcionamiento psico-afectivo mejor que el que se tenía antes de la crisis. El nuevo equilibrio psico-afectivo conseguido tras superar con éxito la crisis conduciría a un bienestar y a un grado de autonomía personal mayor y mejor (De Coulon, N. 1999).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bohleber, W. (2007). Remémoration, traumatisme et mémoire collective. Le combat pour la remémoration en psychanalyse. *Rev. Franç. Psychanal*., 71 (3), p, 803-830.

Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. Grune&Stratton, New York.

Delion, P. (2002). *La souffrance psychique du bébé*, París, ESF, Editeurs.

Dryzum, J. (2006). "Daño o desafío: posicionamiento subjetivo ante el trauma". *Aperturas Psicoanalíticas*, 24. Internet.

http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000418&a=Dano-o-desafio-posicionamiento-subjetivo-ante-el-trauma

De Coulon, N. (1999). La crise. *Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Québec. Gaëtan Morin

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

Edit.
Ferenczi, S. (1933). "Confusión de lengua entre los adultos y el niño". *Obras completas*, tomo IV, 1927-1933, p, 125-135, París, Ed. Payot. 1982.
Freud, S. (1914). *"Recordar, repetir y reelaborar" XII - Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras* (1911-1913), (Buenos Aires/Madrid, Ed. Amorrortu, 1980, (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II).
Freud, S. (1915). *"Pulsiones y destinos de pulsión". XIV - Trabajos sobre metapsicología, y otras obras*. (1914-1916), (Buenos Aires/Madrid, Ed. Amorrortu, 1979).
Freud, S. (1920). *"Más allá del principio de placer", XVIII - Más allá del principio de placer, Psicología de la masas y análisis del yo, y otras obras*, (1920-1922) (Buenos Aires/Madrid, Ed. Amorrortu, 1979).
Freud, S, (1939). *"Moisés y la religión monoteísta" XXIII, Esquema del psicoanálisis, y otras obras*, (1937-1939), (Buenos Aires/Madrid, Ed. Amorrortu, 1980).
Foulcault, M. (1998). *Las palabras y las cosas*, Méjico, Ed. Siglo XXI.
González de Rivera, J. L. (2001). "Psicoterapia de la crisis". *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI, p, 35-53, Madrid, Ed. AEN.
Kahn, M. (1963). "El concepto de trauma acumulativo". En *La intimidad del si-mismo*. Ed. Saltes, Madrid, 1980. p, 47-66.
Laplanche, J. (2002). "Après-coup", p. 121, In: de Mijolla A, editor. *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Calmann-Levy.
Lazarus, R.; Folkman, S. (1984) "Coping and adaptation". En: Gentry D. (comp.). *Handbook of Behavioural Medicine*. New York. Ed. Guilford Press.
Monzón, I. (1999). *"Un psicoanalista peculiar, soñador y sensitivo: Sandor Ferenczi"* (El "enfant terrible" del psicoanálisis) (1873-1933). Ed. PsicoMundo. Vidas y Obras. S. Ferenczi.
Roazen, P. (2001). "Quel genre de personne était Freud? Etait-ce un "bon type"? *Psychothérapies*, vol. 21, nº 4, p, 243-252
Rangell, L. (1967). "The metapsychology of trauma". En: *Psychic Trauma*. Comp: Furst S. New York Editorial. Basic Books.
Samaniego, M. (2009) "Les psychanalyses: point d'inflexion et reprisse de la croissance" *Psychothérapies*, Vol, 29, nº 2, p. 109-118.
Winnicott, W. D. (1974). "Fear of breakdown". Int. Rev. *Psychoanalyse*, 1, p, 103–7.

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

LOS ADOLESCENTES Y LOS LÍMITES: CONTENCIÓN Y TRANSGRESIÓN*

ADOLESCENTS AND LIMITS: CONTAINMENT AND INFRINGEMENT

Alberto Lasa Zulueta

"*A los adolescentes hay que ponerles límites*" es hoy una de las frases más manidas que se pueden oir y leer. Se ha convertido en una frase hecha que puede proceder de profesionales, de padres, de medios de comunicación. No se trata aquí de repetirla ni de descalificarla. La intención de este texto escrito, redactado a partir de una ponencia, es proponer una reflexión sobre la complejidad y la imbricación entre ambos términos ("Adolescencia"-"Límites") y sus implicaciones clínicas para la comprensión y tratamiento de la problemática, normal y psicopatológica, de los adolescentes.

La contención -el placer de dominar y controlar la impulsividad, la pulsionalidad- y la transgresión – el placer y la liberación de descargarla- son dos ejes inseparables que recorren y estructuran la adolescencia. De su importancia esencial y de su comprensión trata este texto.

Walter Benjamín dividía los relatos en "*relatos de navegantes*" y "*relatos de campesinos*". Los de navegantes narran "g*randes descubrimientos de allende los mares: cosas extrañas e inauditas, hazañas*". Los de campesinos "*enseñanzas de lo cotidiano*": resultan de "*alejar de la vista lo aparentemente familiar y así poder examinar de manera adecuada los misterios que esconden*".

Creo que la misma división puede servir para catalogar dos maneras de entender y practicar nuestro oficio, recodémoslo, de profesionales de la escucha, que vivimos de lo que nos relatan en nuestras consultas. Hoy, más que nunca, en la psiquiatría actual, los profesionales estamos polarizados entre dos orientaciones, quizás dos credos, que se contraponen:

- los seguidores de lo que nos cuentan expertos foráneos (en sus guías clínicas, progresivamente importadas o descaradamente calcadas en nuestro país)
- los que se fían más de lo que sólo se despliega en una relación privilegiada que necesita su tiempo de convivencia

* Este texto desarrolla el contenido de una ponencia oral presentada, con el mismo título, en el XXIV Congreso Nacional SEPYPNA, celebrado en Donostia-San Sebastian en abril de 2012.

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

Quieren y necesitan los primeros disponer de grandes grupos de pacientes, y de datos homogéneos que les conciernen, para poder establecer comparaciones de significación estadística y de validez científica.

Prefieren los segundos el conocimiento en profundidad de un número mucho más limitado de pacientes y es su convicción que esta experiencia permite obtener enseñanzas generalizables y útiles para ser aplicadas a otros adolescentes y situaciones.

LOS ADOLESCENTES Y LOS LÍMITES

Abordaré inicialmente dos aspectos: 1. Porqué los adolescentes recuerdan en su funcionamiento psíquico a las personalidades límite (y viceversa). 2. En qué la experiencia con unos nos ayuda a comprender y a ayudar, terapéuticamente, a los otros

Si hablamos de alguien que:

- sufre -y a veces disfruta- de sus relaciones; que se debate entre una permanente inseguridad interior pero a la vez que muestra una arrogancia externa;
- muestra una gran vulnerabilidad narcisista ("*¿cómo soy…cómo quiero ser….cómo me ven los demás*? ") que le hace extremadamente dependiente de los otros; hasta el punto de cambiar de apariencia y de comportamiento según las circunstancias;
- oscila de la angustia de la intrusión a la del abandono; de la de sentirse violentado a la de ser olvidado o ignorado, por las personas de quienes, además, depende ("*prefiero que me puteen a que pasen de mí*");
- se siente impulsado (con excitación y con temor) a sobrepasar lo conveniente; a "*pasarse de la raya*" , a buscar quien se lo impida…para chocar contra él ("*si me buscáis me vais a encontrar*");
- no puede frenar una curiosidad impetuosa porque sólo él entiende la pasión del riesgo; entiende cómo explotar la locura de vivir en este mundo que sólo él (y quienes comparten sus convicciones o creencias) comprenden;
- no teme el batacazo, por inminente o inevitable que sea, ni el suicidio ("*para qué llegar a viejos*");
- a lo largo del mismo día puede sentirse el más grande o el más insignificante y despreciable, un triunfador o una basura

muchos de entre nosotros pensaríamos o en algún adolescente o en algún border-line que nos inquieta (y seguramente, ante tales manifestaciones clínicas, puede también que los que gustan de aplicar guías clínicas apostarían por un trastorno bipolar).

Volviendo al rigor clínico, subrayaré aquí lo que muchos autores han señalado: que en la adolescencia las fronteras, los límites, entre lo normal y lo patológico se acercan, se diluyen y se confunden, tanto para el profesional que debe diagnosticar como para el propio sujeto adolescente, asaltado de angustiosas dudas sobre lo que ocurre en su mente, en su cuerpo y en sus relaciones. Ambos, adolescentes que temen por su cordura y profesionales que diagnostican para tratar adecuadamente, necesitan criterios –límites- que diferencien salud, trastorno y enfermedad mental.

En particular, es muy cierto que muchos adolescentes presentan rasgos que plantean dificultades de diagnóstico diferencial con los trastornos de la personalidad, en particular con las personalidades límite, las narcisistas y las antisociales (que entre sí pueden presentar rasgos comunes sólo "*dimensionalmente*" diferentes). En mi opinión, tampoco los requisitos del DSM IV nos sacan de dudas; ni con hacernos esperar hasta los 18 años; ni con la definición que propone de los rasgos estructurales de la personalidad límite: la "triple inestabilidad" de la auto-imagen; de la afectividad y estados de ánimo; y de las relaciones y conducta. En cuanto al DSM5 aún está por ver si aclarará o liará más las cosas[17].

Para los adolescentes, salir de la confusión es una de las razones fundamentales de necesitar límites y de trasgredirlos…poniendo a prueba al adulto provocándole para que no pueda dejar de responderle a sus preguntas. Porque, si el adulto no se siente concernido o simplemente no sabe cómo responder, el desquiciamiento del adolescente, hipersensible al desinterés y al abandono, se convertirá en provocación creciente y repetitiva más difícil de comprender y de soportar, por ambos.

Hay adolescencias -y familias y entornos de adolescentes- muy desiguales. Algunas transcurren en condiciones de facilidad y bienestar socio-económico. Otras tienen que enfrentar realidades sociofamiliares desesperantes y deprimentes. Pese a tal variedad -que añade garantías de protección o, por el contrario, suma

[17] No siendo el tema central de este texto, remito a otra publicación escrita que sí recoge algunas precisiones sobre semejanzas y diferencias entre fenómenos psíquicos propios de la adolescencia y los trastornos de la personalidad. (Lasa Zulueta A. Los niños hiperactivos y su personalidad. Ed. ALTXA. Bilbao (2008) Cap. 2; págs. 153-174).

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

factores de riesgo altamente influyentes- podemos tratar de buscar los elementos comunes del trabajoso pensar y obrar que caracteriza este periodo vital. Ambos excesos –el de pensar tanto como para paralizar cualquier decisión cotidiana y el de actuar impulsivamente sin pensar en su porqué y sus consecuencias- caracterizan también el sufrimiento de muchos de los adolescentes que nos consultan.

Los adolescentes están reorganizando, reconstruyendo, su personalidad; la que quieren tener pero que también temen no conseguir. Les espera una tarea psicológica y emocional de largo recorrido. Bastaría preguntar a algunos padres de adolescentes por su experiencia a lo largo de esta travesía –a veces compartida, y a veces no- para confirmar que el costoso trabajo que atraviesa el adolescente, además les afecta también a ellos que, como sus hijos, pueden tener la sensación de una trayectoria vertiginosa, imprevisible e incontrolable o de todo lo contrario: de empantanarse en una situación de pasividad inamovible y eterna ("*¿Cómo contener/o movilizar lo que le/nos pasa? ¿Cómo establecer diferencias entre lo suyo y lo nuestro*?").

LAS DIFÍCILES Y OBLIGATORIAS TAREAS DE LA ADOLESCENCIA

A modo de recordatorio, resumiré algunas de entre las nuevas tareas que debe afrontar el adolescente. El que para muchos adolescentes sea una aventura y un episodio vital interesante no quita que, para otros, sea un período de intenso sufrimiento y hasta de severa descompensación psíquica.

- La experiencia de un nuevo cuerpo y el descubrimiento y la elaboración de una nueva imagen corporal. Los nuevos contornos corporales y el redescubrimiento-reactivación de "nuevas" zonas erógenas -ahora abiertas al contacto "intercorporal" con otros cuerpos dotados de sus propias zonas erógenas- suponen una "sexualización" de la existencia, de toda relación e incluso de cualquier roce[18].
- El "nuevo" cuerpo puede ser objeto de orgullo y vergüenza, de satisfacción y de humillación, de exhibición y de ocultación. Vivido positivamente como amigo y placentero o rechazado como detestable y odioso[19].
- La excitación erótica (con o sin experiencias amorosas) añade una recarga pulsional que reactiva experiencias infantiles. La inmediatez y la avidez oral; el control, dominio y posesión anal; la presunción y arrogancia fálica, topan ahora con una sorpresa: el encuentro con la excitación del otro y con la reciprocidad, o no, de su deseo con el ajeno.
- El cuerpo prepuberal -que antes aconsejaba que lo erótico quedase en el terreno protegido de la fantasía- se ha transformado y ahora, además de desearlo, es apto para el contacto físico, para la (inter)penetración, para el acoplamiento complementario. Lo que añade también el riesgo, temor y deseo, de la excitación "explosiva", la propia y la del otro…y de la efracción corporal traumática.
- El compartir relaciones: intimidades, secretos, triangulaciones, traiciones, infidelidades; ya no tiene la connotación de "juegos de niños" de la latencia. Ahora se viven con otra trascendencia porque son vividos como "definitivos", sin vuelta atrás , como un "mal inicio" que marcará el futuro y, sobre todo, con la connotación de "vergüenza pública", "lo sabe todo el mundo". La mayoría de adolescentes pueden relativizarlo y compensarlo con nuevas experiencias gratificantes, pero otros quedarán marcados y bloqueados para cualquier nuevo intento de relación.
- El duelo de la "omni" sexualidad infantil: "de mayor seré lo que yo quiera". La diferenciación sexuada del cuerpo impondrá, o no, la renuncia a la bisexualidad. La feminización o masculinización del cuerpo -y de su imagen y apariencia- se hace ahora una elección y una trabajosa tarea consciente. Los tiempos que corren, que hablan de una mejor comprensión social y del derecho a reivindicar cualquier "libre opción del género deseado", simplifican, a mi juicio, una realidad más compleja

[18] Lo que con lenguaje muy típico de la adolescencia resume la frase de una canción de un grupo de rock que ha sobrevivido desde los tiempos de la movida: "…porque no hay droga más dura que el roce de tu piel" (canción de Revólver).

[19] En otro texto propuse tres vías de articulación de la vivencia corporal con el narcisismo del adolescente, denominándolas "Cuerpo Cómplice"; "Cuerpo Prótesis" y "Cuerpo Adverso" (Lasa Zulueta A.: Experiencias del cuerpo y construcción de una imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias. Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente; 2: 53-74 (2003)

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

de lo que se dice. Quizás la experiencia del diálogo con adolescentes (y con niños) preocupados por sus opciones de identidad y de elección sexual nos haga más sensibles a ello.

- La crisis de las identificaciones y valores anteriores y la obligada tarea de reorganizar la distancia parento-filial se acompaña de muchas tareas. La más llamativa es la aparición de una evitación activa de la proximidad, corporal y mental, de sus padres. Se trata, aunque sus protagonistas lo desconozcan totalmente, de defensas contra un acercamiento que ahora resulta incestuoso. En el plano corporal el ¿"Cómo aceptar que necesito vergonzosas caricias propias de niñatos"? suele ser lo que oculta el más problemático ¿Como dejarse tocar con un cuerpo ahora sexuado y excitable?. En el plano mental ¿"como dejarme ver cerca de ellos como si siguiera necesitando su compañía"?
- La (des)idealización de las imagos parentales (ahora cargadas de negatividad) acompaña al alejamiento físico Pocos padres entienden , aunque sí la practican, la utilidad de mantenerse "sólidamente detestables" lo que implica mantenerse cercanos pese al rechazo de que son objeto…para favorecer el trabajo de separación hacia la autonomía que, para los hijos adolescentes, es mucho más difícil de lo que parece y de lo que están dispuestos a reconocer.
- Para poder separarse necesitan elaborar defensas ante la intrusión parental ("que no se metan a controlarme la vida") que son la otra cara del temor a ser abandonados o rechazados. El "mis padres pasan de mí" resulta tan terrible que el "voy a darles motivos" resulta un consuelo: "soy yo el que lo provoca y no ellos los que me pueden dejar tirado". El adolescente necesita crear la ilusión de que su vínculo ya no es vertical sino horizontal ...y pocos padres entienden que eso está destinado a camuflar un sentimiento de debilidad (siempre se soporta mejor ser protagonista activo que víctima pasiva).
- La búsqueda pasional de nuevos objetos idealizados (alternativa sustitutiva de los ideales anteriores perdidos o rechazados) conduce a descubrir nuevos ídolos (estrellas del espectáculo, del deporte etc). Este investimiento apasionado, conduce a veces a idolatrías alienantes (sectas, gurús diversos) pero también a la puesta en marcha de actividades creativas y del esfuerzo que movilizan (aprendizaje musical, lecturas compulsivas, disciplina física deportiva etc.). En contraste, para diferenciarse y afirmarse contra todo lo débil: "pringuis"; "gilis"; "frikis"…surge la arriesgada necesidad de encontrar "mierdas odiosos" y –lamentablemente y a veces trágicamente- odiables. El "yo elijo con quién quiero estar y a quién quiero excluir" es un rechazo activo defensivo contra el "me siento inseguro, débil y solo" no exento, cuando la identidad es frágil, del fanático y violento rechazo de todo aquel que representa la debilidad que detesto y temo y que quiero alejar y suprimir.
- Los adolescentes tienen que resolver su ambivalencia entre el deseo de autonomía y la problemática de la pérdida de la protección familiar que caracteriza la infancia. La evolución propia del desarrollo les lleva a optar por la libertad y la independencia. Es lo mucho que tienen por ganar. Pero en función de su historia previa – que habrá modelado sus capacidades, limitaciones y dependencias- y de su medio familiar – que puede animarles hacia el mundo o necesitar retenerlos en casa- pueden bascular hacia el temor a verse superados por el miedo a lo que les viene, por el pánico a sentirse incapaces, solos y abandonados. El vacío depresivo que acompaña a la vulnerabilidad narcisista ("yo solo no soy capaz de nada" " que voy a ofrecer si no tengo nada válido ni para mí mismo) no es una entelequia que pueda resumirse con un "está bajo de autoestima…se le pasará con el tiempo" y suele implicar un sufrimiento desesperante ante el cual la esperanza de una relación que se lo resuelva todo puede quedarse en una ilusión permanentemente decepcionante si no encuentran una relación y una actividad que le estimulen a recuperar un mínimos de bienestar consigo mismo. Como es bien conocido las dependencias sustitutivas de objetos-sustancias tóxicas "controlables" ("que no me abandonan nunca...yo me meto lo que quiero cuando quiero…yo regulo cómo me siento sin depender de nadie") - que además se asocian a la ilusión de ser "compartidas con alguien"- son otra vía hacia un camino más que complicado, porque los efectos placenteros del tóxico y el hábito y tolerancia crecientes le van encajonando hacia la toxicomanía, que no solo sustituye emociones

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

y afectos por sensaciones sino que además le proporciona una neo-identidad "inconformista y rompedora" y la pertenencia a un medio "que le comprende". Aún esta cercana la época en que muchas chicas adolescentes compartían la heroína con sus chicos a los que querían "redimir por amor" con la generosa ilusión del "conmigo saldrá de la droga" y con los muy dolorosos resultados conocidos.

- La adolescencia supone la aceptación de su propia responsabilidad: No es fácil -y por eso necesita su tiempo- hacerse un sujeto responsable de sus pensamientos, sus decisiones y sus actos, con el placer de acertar y el riesgo de equivocarse… sin culpar a los demás de sus elecciones. Algunas de gran trascendencia. Por ejemplo: Encarnar un apellido, darle descendencia y proyectarse como padre o madre, han sido consideradas hasta no hace mucho, nobles tareas que marcaban el tramo final que conduce de la adolescencia a la edad madura. Sin embargo, las nuevas tendencias sociales y morales, las nuevas tecnologías de la reproducción y los tratamientos hormonales, han generado nuevas formas de parentalidad que transgreden los hábitos y tiempos que las leyes de la biología imponían. Si antes acceder a la parentalidad "solamente" necesitaba la obligatoria dependencia de encontrar una pareja de sexo complementario y hacerlo en un periodo de fertilidad, ahora las cosas son muy distintas. La fertilidad puede provocarse hormonalmente mucho más tarde de los periodos biológicos naturales; la natalidad se controla y disminuye el número de hijos y se retrasa la edad de ser madres-padres. Además con las tecnologías de reproducción actuales "ya no hace falta" pareja heterosexual, ni siquiera pareja alguna para acceder legalmente a la parentalidad –aunque sí semen conocido o desconocido y/o útero de vientre de alquiler ("pequeño matiz" que la biología aún exige…por ahora) -. También es políticamente incorrecto preguntarse si esta transgresión de las leyes biológicas no estará exenta de algunas consecuencias, que por ahora desconocemos, porque son objeto de gran apoyo social y de reivindicaciones consideradas progresistas. Si, "clásicamente", se afirmaba que la renuncia a las aspiraciones infantiles de bisexualidad -obligada por la diferenciación hacia un solo sexo que imponía el desarrollo puberal- era una característica de la adolescencia, habrá que reflexionar ahora sobre las novedades psicológicas que supone la difusión de las "libres y múltiples opciones sexuales" que incluyen a veces también la opción de cambiar de sexo anatómico. Hasta parece osado decir que uno piensa que eso plantea situaciones al menos complejas. En cualquier caso todo parece conducir a que la paternidad y la maternidad se vayan alejando o dejen de ser algo en lo que el adolescente pueda o deba pensar. De hecho un embarazo en la adolescencia -e incluso en edades tempranas de maternidad antes habituales- se considera automáticamente, en nuestra sociedad actual, mucho más un fallo irresponsable en el control de la natalidad que una consecuencia natural de la fertilidad propia de la juventud y de sus deseos de autonomía, de crecimiento y de realización de una vida de pareja libre.

Como resultado de tan costosas tareas -y de su mejor o peor elaboración e integración- el adolescente sufre de vacilaciones, dudas e impaciencia que van a impulsar dos caminos: la aceleración, la hiperactividad, la promiscuidad de relaciones y experiencias (y el estallido de la desobediencia de horarios, hábitos, rutinas y creencias). O el camino contrario: el temor, la inhibición, el refugio en la pasividad y el repliegue paralizante (y el sometimiento al "más de lo de siempre" "mejor seguir igual"). Y dos destinos. Uno, la excitación de la aventura (con la ganancia de nuevas experiencias y conocimientos y el peligro de los riesgos irresponsables) y que también se acompaña se acompaña del temor a hacer el ridículo "en público", a ser criticado por quienes imponen las normas del grupo de iguales y señalan quien debe ser aceptado o rechazado. Otro, el aislamiento en su casa, o en su habitación, - con la compañía de sus música, sus juegos repetitivos o sus redes y contactos a distancia- pero con la pérdida del tren evolutivo y con el riesgo de que protegerse en un enquistamiento familiar -aparentemente "hiperprotector", pero regresivo- puede enmascarar una homeostasis claustrofóbica problemática que mezcla exigencias y caprichos infantiles tiránicos con estallidos de violencia ("filio-parental" o "parento-filial") o el desarrollo incluso, de convicciones y comportamientos propios del delirio (puesto que conllevan una percepción deformada y errónea de la realidad que les rodea, que invade su pensamiento y su comportamiento).

Si los adolescentes no encuentran una senda de salida

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

entre ambas[20], con la mezcla y la fusión-indiferenciación permanente entre ambas tendencias, la vacilación y las dudas se transforman en confusión.

DOS EJEMPLOS DEL DISCURSO DE ADOLESCENTES QUE TAN FRECUENTEMENTE OÍMOS

- Chica 15 años: Fobia y absentismo escolar desde hace seis meses. Restricción y caprichos alimenticios crecientes. Su madre no se atreve a dejarla sola en casa porque teme que se deprima y "haga algún disparate".

Me dice: "*no le llamo -habla de su "mejor y única amiga"- porque no quiero quedar con ella porque no va a querer venir a mi casa y la entiendo porque para hacer lo mismo de siempre, vaya muermo las dos juntitas como siempre… podría llamarles a las otras que quedarán para salir pero que luego también se aburren, y lo que me fastidia es que para qué salir con ellas si están pirradas como lelas por chicos que nos parecen idiotas y que además lo que quieren ellos es enrollarse para nada, pues no"…"y encima, cuando estoy dudando sin saber que hacer, se mete mi madre por medio en plan sabionda para terminar de arreglarlo todo…y la cagamos*" . En honor a la verdad habría que relatar un discurso mucho más largo y farragoso, que se hace interminable sin grandes novedades y que se reduce en el fondo a monótonas pero desesperantes vacilaciones: "*es que quiero y no quiero querer porque tampoco sé que es lo que quiero o no quiero… y si encima lo tengo que explicar para que me entiendan lo que no entiendo ni yo*" . La misma adolescente en el transcurso de este tipo de conversación -que empezaba a aburrirnos después de varias entrevistas idénticas sobre todo porque su tono era cansino y aparentemente soso- me dice si puede hacerme una pregunta. Le respondo que sí, aliviado, y mi alivio dura poco porque con el mismo tono desgalichado, pero aún más infantilizado que el habitual, me sorprende con esta pregunta: "*¿Tú que sabes del big-bang*?". Anunciaba así lo que poco después iba a sorprender a su madre: la inesperada aparición de comportamientos explosivos para oponerse a la solícita dedicación exageradamente protectora de su madre quien, matiz importante, arrastraba un estado depresivo que también la impedía salir de casa salvo para lo más imprescindible, desde la muerte de su marido, tres años antes.

- Chico 15 años. Ha denunciado a sus padres, ante la policía municipal, por agresiones. Los padres fueron a hacerlo también pero él se les había adelantado. Contexto de desinterés y malos resultados escolares. Frecuentación de amigos con repetido absentismo y consumidores de cannabis en grupo.

Habla a sus padres en una consulta en la que él ha pedido que estén presentes: "he estado superobediente durante toda la semana y luego cuando tengo que salir, porque me toca salir, no me dáis ni agua y encima os ponéis chulitos"…. "*o me agobiáis o pasáis, no podéis dejarme en paz, no entendéis ni hostia…ni yo os entiendo, ni vosotros me entendéis y lo peor… (es que) como entre vosotros dos no os aclaráis a mí me volvéis loco…no os dáis cuenta que no sé lo que queréis… (llora)…¡joder!... no lo sabéis vosotros como lo voy a saber yo"… "parece que no me aguantáis, pues menos os aguanto yo a vosotros, pero es porque sóis inaguantables*"

Intensidad del conflicto, banalidad y repetitividad de los hechos (" a mis amigas les pasa igual"…" mis amigos también han denunciado a sus viejos"), gravedad de las consecuencias: intervención de servicios sociales, de la inspección de educación, de la policía, del juzgado de guardia. Y una conclusión llena de buenas intenciones pero que puede ser acertada o desafortunada: una decisión socio-judicial que impone la ruptura familiar – "porque hay que separarles y poner límites" habitualmente en una situación de intensa crispación emocional – y de una dependencia, recíproca y progresivamente enfermiza, menos visible pero muy potente, entre padres y adolescente - que lleva a pensar que la dinámica familiar no tiene recursos propios para afrontar la crisis y aboca al desbordamiento y el desacierto por parte de todos.

La repetición de estas situaciones puede llevar a pensar que todas son parecidas y consecuentemente a "protocolizar" un mismo tipo de respuesta. Me parece que el "saber cuando hay que poner límites y hay que denunciarlo" puede llevar a generalizar respuestas que conducen a la judicialización de situaciones que, si bien es cierto que bien planteadas pueden ser beneficiosas, en ausencia de una coordinación difícil de construir y mantener entre diferentes instancias multiprofesionales

[20] Lo que L. Feduchi viene denominando desde hace décadas "ansiedades claustrofóbicas y agorafóbicas" e insistiendo en que su necesaria superación, por parte del adolescente, es un parámetro clínico de primer orden. Ver en la entrevista con este autor en: J. Tió, L. Mauri y P. Raventós: Adolescencia y transgresión. Octaedro. Barcelona (2014).

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

(sanitarias, educativas, sociales, judiciales[21]) puede complicar mucho las cosas.

CONTENER… Y ENTENDER LO QUE ESTA OCURRIENDO

Canalizar la impaciencia (contención de la intensidad y la impulsividad emocional) y diferenciar los componentes de la confusión (límites en tanto que comprensión que diferencia entre unas situaciones y otras parecidas pero de contenido diferente) se confirman como tareas esenciales para salir de la confusión, del desconcierto y del desbordamiento que sobrepasa al adolescente y a su entorno familiar.

El acto, el estallido violento, es un movimiento de descarga, de expulsión, de rechazo, de anti-interiorización o de expulsión de lo insoportable.

Es un desbordamiento, un rebosamiento, del sentimiento de confusión...que enloquece; o del sentimiento de vacío, de abandono, de quedarse sin nada -en realidad sin nadie- que deprime hasta la desesperación.

Nada nuevo en la locura. La pérdida de coherencia mental siempre ha tenido esas dos vías: una la de la escisión y el delirio "*no entiendo, no sé qué pasa en mi cabeza" "no controlo mis pensamientos" "me hacen pensar y ver las cosas como ellos quieren*". La otra, la de la caída en la melancolía y la desesperanza "*para qué seguir viviendo así*"… o aún peor cuando se añade el : "*me odio*".

Pero conviene no olvidar lo principal: "*que os enteréis de una vez…que yo así ya no puedo más*". Es la desesperación la que nos abre la puerta…para tratar de poner un poco de claridad y de orden. Siempre conviene recordar que debajo del malestar intenso, de la desesperación que lleva a la violencia, hay un mensaje: "*que alguien haga algo ya*". Y este mensaje, que es muy urgente, soporta mal la espera. Pero la respuesta terapéutica, para no resultar precipitada, tiene que tener en cuenta algunas peculiaridades que, con diferentes intensidades, obsesionan a cualquier adolescente[22]. De no hacerlo nuestra intervención les parecerá intrusiva y, si es así, la rechazarán.

Para comprender estas obsesiones y las vivencias que las acompañan hay que pensar que la pubertad supone una ruptura con el periodo anterior, el de la latencia, caracterizado por la discreción y el pudor. Las manifestaciones corporales quedan canalizadas en actividades lúdicas y deportivas, contenidas con reglas y compartidas como leyes reguladoras asumidas en los grupos de iguales. Las manifestaciones verbales de lo que ocurre en sus pensamientos internos, muy ricos a esta edad, también se ven influidas por el pudor a mostrarse, lo que se traduce por su tendencia a la economía en la comunicación y las palabras ("*¿Qué has hecho hoy?": "Lo de siempre" / "¿Qué piensas hacer?": "No sé, ya veremos*" etc.)

Sus expresiones y sus relaciones quedan sometidas a la prudencia y al control, -mantenidos inconsciente pero activamente- que subyacen a la timidez acompañante que tiene un efecto protector de su intimidad, aunque implique rubor y malestar.

(Obviamente estoy describiendo la latencia tradicional, propia del funcionamiento neurótico bien establecido. No debatiré aquí si los tiempos y educación actuales han cambiado irreversiblemente o están cambiando las cosas).[23]

La pubertad con los cambios que la acompañan -unas veces brutales e imprevistos y otras más progresivos y asimilables- va a revolucionar y alterar este estilo de funcionamiento. El cuerpo, de manera involuntaria e incontenible, se pone a cambiar "*como a él le da la gana*" y además lo hace hacia fuera, de manera visible "y todo el mundo lo ve y ¡encima! lo comenta". Para más bochorno lo que era más secreto, deseos y fantasía sexuales, quedan delatados -así lo viven los púberes- por signos externos. La erección y la eyaculación, la regla y la turgencia pectoral, el acné y el vello, los cambios de voz….todo les parece revelar la excitación sexual y los cambios internos más íntimos. La recuperación activa, el control -de la actividad corporal y de la imagen externa corporal- va a ser una tarea fundamental y vital.

Por eso se van a acompañar, siempre, de dos fenómenos que hacen a todos los adolescentes hipersensibles a la mirada del otro. La obsesión de transparencia -"*todo el mundo ve lo que me está pasando*"- genera complejas contradicciones y (des)equilibrios entre la timidez

21 Se puede ver la detallada descripción de una prolongada experiencia al respecto en el texto anteriormente citado. (J. Tió, L. Mauri y P. Raventós).

22 En un texto anterior he descrito y desarrollado ampliamente el porqué de estas obsesiones. A. Lasa Zulueta: Experiencias del cuerpo y construcción de una imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias. Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente; 2: 53-74 (2003).

23 Para más detalles ver: A. Lasa Zulueta: Logros y fracasos de la latencia como parámetros del diagnóstico clínico. Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente: 16; 21-28 (2010).

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

protectora –para proteger su intimidad y evitar la vergüenza y la crítica- y el deseo de mostrar su nuevo cuerpo con la apariencia elegida: "l*o que busco y me gusta a mí"/"lo que quiero que vean de mí*". El hecho de que "todo lo que me pasa" - también las dudas , deseos y temores internos- puede ser percibido "*por cualquiera*", genera una muy potente obsesión de influencia: "Que sepan lo que me pasa y hasta lo que estoy pensando me deja vendido". "Todo lo que me dicen es porque saben lo mío".

Las dudas en cuanto a su imagen y sus propios deseos y pensamientos, incrementan su sentimiento de vulnerabilidad y desvalimiento ante comentarios y opiniones ajenas. La reconstrucción de su identidad se tambalea tratando de asimilar o de rechazar lo que reciben de su entorno. Las opiniones de sus coetáneos, los que son de su cuerda, son sagradas. El rechazo de las que tienen otros ("*guerra a los pringuis*") refuerzan, a la contra, sus convicciones. Las de sus padres – rechazadas con indignación o aceptadas con sumisión- también les resultan una influencia importante y -precisamente porque temen depender de ellos- la detestan y rechazan juzgándolas como insoportables y peligrosas para su independencia. El pánico a vivir en la inseguridad de no tener ideas propias y de someterse a las influencias ajenas ("*no me comáis el coco*") condiciona reacciones de rechazo y arrogancia, que pueden llegar al desprecio ("*sois igual o peor que lo más pringui que conozco") e incluso a la violencia ("me estáis asfixiando, si no me dejáis salir de aquí antes de que me volváis loco os llevo por delante*")

En esta situación -de pánico a verse alienado por influencias ajenas ("*no sé ni cómo quiero ser*")- se van a constituir las raíces del (casi) delirio de auto-referencia. Nadie como el adolescente vive siempre tan pendiente y tan necesitado de la mirada del otro. Y de ahí la necesidad desesperada de afirmar su propia identidad. De diferenciarse del anonimato, y de la influencia del otro, con su propia originalidad. Y de ahí también su carácter paradójico: construida siempre en contraste pero dependiente de la de los demás[24]. "*Yo me fijo en ellos porque ellos se fijan en mí". "Quiero ser como ellos, copiarles, para diferenciarnos de otros ellos, diferentes de nosotros". Confirmación de una verdad filosófica: "no hay identidad sin alteridad*", sobre la que volveré más adelante.

SOBRE ALGUNOS SUCESOS DE NUESTRA SOCIEDAD ACTUAL (y su relación con la adolescencia)

LA MODA

Ponerse a la moda no es sino la extensión generalizada de la imitación de algo nuevo. Todo queremos ser originales, ponernos al día, apropiándonos de algo nuevo. Ser original, distinto, innovador…copiando. Pero lo nuevo pierde su originalidad rápidamente cuando, al ponerse de moda, se convierte en lo que ya está "demasiado visto". Así que lo nuevo deja de llevarse y lo que ya había dejado de llevarse recupera originalidad y vuelve a ser novedoso. El movimiento perpetuo: entre la originalidad y la copia, entre querer ser distinto y hacerlo mostrándose diferente a la mirada de los demás adoptando lo que la moda impone. Son otros lo que marcan lo que es nuevo y caduco imponiendo así, con gran éxito, la tentación del consumo incesante. Cambiar permanentemente para volver a lo último….pero lo diferente siempre recupera algo anterior. Decía Joan Manuel Serrat en una entrevista: "para estar siempre de moda hay que quedarse quieto… lo último siempre repite lo antiguo".

Así que no afecta sólo a los adolescentes…o quizás afecta al adolescente que todos llevamos, seguimos llevando, dentro. Recordaré, sin entrar en detalles, que los adolescentes son "un nicho de mercado" importante para la moda, así como auténticos inventores de nuevas tendencias estéticas, luego asimiladas por la industria de la moda, que consigue que cuarentones y cincuentones adopten el estilo vestimentario, " el último grito", frecuentemente creado por adolescentes "marginales" que tratan de situarse fuera del estilo caduco que les rodea. Otra paradoja: los más "rompedores" con el estilo de la moda imperante se convierten en inventores de una originalidad que pronto será copiada y trasformada en lo que todo el mundo lleva. Creatividad que surge (rebelándose) frente al sometimiento consumista que la sociedad impone…y que esta acabará apropiándose, copiando el nuevo producto, comercializando e imponiéndolo como "nueva" imagen que al extenderse perderá rápidamente su originalidad.

¿Por qué semejante sometimiento a los imperativos estéticos impuestos? ¿Por qué la aventura rompedora y arriesgada de la provocación innovadora?

[24] Trato de describir con otras palabras lo que en términos psicológicos suele denominarse la interrelación entre proyección e introyección: la realidad externa que se interioriza -y nos condiciona- es la que, previa y subjetivamente, imaginamos y vemos.

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

Porque responde a dos impulsos irrefrenables y contrapuestos: 1. El formar parte de un conjunto más amplio que me acepta y reconoce como "eres de los nuestros" (sometimiento al grupo). 2. El deseo de singularidad y de originalidad individual "nadie como yo" (la diferenciación).

Porque permite evitar a la vez, dos temores: el miedo a la exclusión (con la seguridad del abrazo fraternal de tu grupo de referencia) y el horror de ser olvidado en la indiferencia y el anonimato (el aborregamiento amorfo: "si soy como todos nadie se fija en mí").

Hay que evitar -sólo o con otros- el "no soy nadie". Tengo que mostrar mi independencia; manifestar algún signo de distinción. Es también un cierto impulso de superioridad. Diferenciarse de la vulgaridad del don nadie. Evitar el no ser visto por ser igual que todos los demás.

Así que hay que estar bien situado en el ranking que va del "in" al "out". El problema es que los criterios para pasar del uno al otro cambian permanentemente. La identidad mostrada tiene que sintonizar con el son de la valoración evanescente del entorno. Paradoja de la imposible separación entre identidad y alteridad. Inevitablemente, aunque yo no quiera, soy el que los otros ven y juzgan. "Solo los frágiles temen la influencia del otro" decía Goethe, mostrando así el enigma secreto de todo narcisista: siempre pendiente del aprecio del otro para sentirse reconfortado y menos inseguro.

La moda responde a algo que los adolescentes conocen y practican "para no quedarme sólo, tengo que estar con los míos, contra los otros". Cada grupo necesita sus signos de distinción y de reconocimiento. Sus pinturas de guerra;

para ligarse con los suyos, para pavonearse en la batalla …para lucirse visible en la seducción y la conquista.

BUENAS, MALAS… Y NUEVAS COMPAÑIAS

Ya hemos hablado otras veces de la afición (y dependencia) de la infancia y adolescencia actuales respecto del nuevo mundo tecnológico (ipods, móviles, juegos informáticos…) que les ha tocado vivir y al que no pueden renunciar.

Quiero ceñirme a un aspecto particular; su incidencia en la gestión de su soledad y de sus relaciones. Porque los utilizan para sentirse mejor cuando, queriéndolo o no, están solos y no quieren o no pueden conseguir compañía… y para poder relacionarse.

Nos encontramos cada vez más con púberes-adolescentes que presentan estas características: apenas salen de casa hasta el punto de no salir nunca con amigos; desarrollan un pánico creciente hacia el encuentro real con compañeros llegando a grados diversos de "fobia escolar" que conducen a un absentismo prolongado que con frecuencia "justifican" en supuestos acosos escolares ("me hacen bullying"). El resultado gradual es el encierro en una situación familiar claustrofóbica y tóxica que oscila desde la hiperprotección -aceptada y favorecida por su posición infantilizada y pasiva- hasta las reacciones de hartazgo mutuo con explosiones de violencia. (Matizaré que lo encontramos en adolescentes con diversos grados de afectación psíquica, desde normales y neuróticos, hasta límites y psicóticos).

Uno de los motivos de crisis familiar – y de consulta- suele ser que los padres tratan de limitar el uso - con cada vez más continuidad, más aislamiento y más nocturnidad – del "chatear" y de las denominadas "redes sociales", convertidas en auténtica obsesión. Muchos padres se empeñan en intentar conocer, o controlar, los secretos que sus hijos hacen circular por la red, "saltándose el respeto a su intimidad" - pecado de intrusión insoportable para sus hijos adolescentes- lo que tiene su penitencia -para los padres- cuando descubren horrorizados el lenguaje cutre, provocador y obsceno que sus retoños, aparentemente inocentes, usan a todas horas…en la red (compartida con otros iguales pero secreta y oculta para sus padres). A veces incluso descubren su participación activa en complots colectivos vergonzantes (graves acusaciones difamatorias a compañeros, campañas justicieras de acoso y venganza etc) y –afortunadamente menos veces…por ahora- también en exhibiciones e incitaciones "sexys" y juegos sexuales compartidos (afición de la que los adultos pederastas perversos tratan de sacar partido).

¿Qué pensar de esta relaciones "on line"? ¿Y qué hacer con ellas?

Las relaciones virtuales electrónicas permiten relaciones fugaces, pero permanentes; superficiales pero exclusivas; intensas pero desechables. Contactos infinitos pero de duración y profundidad reducida. Y sobre todo fáciles de deshacer, sin pasar por las dificultades de una separación dolorosa de alguien cercano ("tu perdida no me ha llegado porque estaba sin cobertura"… "si me dan problemas o algo no me gusta me/les borro").

Crean la ilusión de que el otro está permanentemente

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

localizable, accesible, disponible inmediatamente (como no pensar en la reactivación de la impaciencia propia de la necesidad oral, del control característico de la dominación anal).

Pero, en el fondo, se trata de gestionar un insoportable sentimiento, el de la soledad. Hay que hacerse ver y oír; estar conectado; acumular contactos en la red.

La construcción de su privacidad, la protección y el desarrollo de su intimidad, no son tareas educativas valoradas, ni respetadas. Ni por nuestra sociedad ni, consecuentemente, tampoco por nuestros adolescentes, siempre atentos a los modelos que nuestra sociedad ofrece. ¿Que cuales son estos?...el hacerse ver a todas horas…el cobrar por transparentar sus intimidades (casi siempre falsas)…el teatro del famoseo…la acumulación de "entradas" en sus "facebooks". "…"Cuanto más twittees más famoso eres ...y cuanto más famoso, más rico serás".

En esta contraposición entre optar discretamente por disfrutar de la privacidad o la desaforada promoción publicitaria de su perfil; entre protegerse de la intrusión ajena o hacerse ver exhibiendo el antipudor. Entre estar en boca (y en la pantalla) de todos o estar en paz consigo mismo; entre apariencia y autenticidad. Entre el contacto "on line", superficial y distante, o el contacto físico, la emoción corporal, el riesgo de la aventura afectiva.

Entre tanta confusión: ¿cómo van a construir la capacidad de disfrutar su soledad o la paciencia de la espera? ¿cómo soportar la construcción lenta de una relación profunda? Señalaré aquí que la multiplicación de relaciones de corta duración también afecta a los adultos que, cada vez más, prefieren mantenerse "eternamente adolescentes".

Como ya había anunciado el sociólogo Pierre Bourdieu, ya no dictan el estilo, "la distinción social", los pensadores[25]. La relevancia la da la visibilidad y mucho me temo que la credibilidad de cualquiera aumenta con el éxito de audiencia: cuantos más me escuchen, cuanto más ruido haga, más razón tengo. Al menos así analizaba Umberto Eco el fenómeno Berlusconi, ¡y su éxito!: le votan porque le están oyendo en todas partes y a todas horas. Lo que cuenta es la repetición del mensaje y no que sea cierto o falso. Recordemos que la perdición del personaje ha recibido el golpe definitivo cuando la divulgación pública –repetitiva, sarcástica y machacante- de sus auténticos vicios privados ha contrarrestado el de sus "virtudes" alardeadas en público. Así que ¿qué es lo que prefiere la sociedad actual?: ¿Protección de la intimidad o vanagloria mundana?

El mundo actual se asemeja al adolescente inmaduro: "me ven luego existo".

¿Qué más da lo que haya hecho alguien, bueno o malo, si le ha hecho famoso? En palabras de un adolescente lúcido: "Si les miran, algo tendrán…y si además se hacen famosos y les pagan". Se refería al éxito social de algunos participantes en el programa televisivo "Gran hermano" . Programa del que ha salido un vocablo nuevo: hacer "edredoning". Se trata de la "actividad" consistente, y al parecer rentable para sus protagonistas, en compartir -ante las cámaras permanentemente vigilantes - todo aquello que puede hacerse bajo un edredón. Ya no hay que fantasear la escena primitiva, la enseña – a todo aquel, de cualquier edad, que la quiera ver- a cualquier hora la televisión.

Todavía queda una pregunta que hacerse: ¿por qué sigue teniendo tan gran y tan fiel audiencia? ¿Habrá algo interesante en tan persistente pulsión voyeurista? ¿Qué busca quien está permanentemente pegado a una pantalla?

Seguramente la respuesta es compleja pero creo que al menos un componente del asunto está claro: ¿Y si el problema actual pasa por la falta de compañía, por la necesidad y carencia de contacto afectivo? ¿Y si está siendo sustituída por la presencia y disponibilidad permanente del otro? Un alguien de disponibilidad virtual pero inmediata; tan visible y cercano como cualquier pantalla activable y apagable a voluntad.

Hablemos de TWITER. Tratando de comprender este fenómeno actual uno aprende cosas apasionantes. Resulta que "Twitear" quiere decir "gorjear". Aunque el diccionario la atribuye dos acepciones preciosas -"Quiebro de la voz en la garganta" y "Articulación imperfecta del lenguaje de los niños"- parece que sus inventores se referían al lenguaje de los pájaros. Y los etólogos nos dicen que el gorjeo de los pájaros tiene dos funciones: 1.Mantenerse en contacto. 2. Impedir transgresiones de su territorio y protegerlo. Lo que me lleva al punto siguiente.

[25] P. Bourdieu. La distinción. Criterio y bases sociales del gusto, trad. de Mª. del Carmen Ruiz de Elvira, Madrid, Taurus, 1998.

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

LOS LÍMITES Y LAS FRONTERAS…DE SEPARACIÓN Y DE CONTACTO

La necesidad de proteger su territorio, su cuerpo, su intimidad está en los orígenes de la vida. Si la vida es vida lo es porque la célula, unidad de vida, tiene una membrana de protección que la protege del entorno y que regula lo que deja entrar y salir. Su característica esencial, la permeabilidad de membrana le permite varias funciones vitales: mantiene el medio intracelular diferenciado del entorno; percibe y reacciona ante estímulos externos; mide las interacciones que ocurren entre células y genera vesículas que transportan sustancias hacia fuera o que toman de fuera para incluirlas en el citoplasma (endocitosis y exocitosis). Así que su porosidad implica un dinámico transporte activo y pasivo que la hace reaccionar al entorno y , a su vez, ¡modificarlo! La exclamación que resalta este último matiz quiere indicar que no es un asunto menor.

Uno de los más duraderos debates en la teoría de la evolución es el que ha enfrentado a los partidarios del darwinismo clásico (que sostenía que la evolución se explica por mutaciones del material genético que ocurren por azar pero que provocan modificaciones de las especies que se adaptan así mejor a las exigencias del entorno, razón por la que se hacen predominantes frente a las que no se modifican ni mejoran su adaptación al medio) con nuevas teorías, que en principio fueron rechazadas por el darwinismo imperante, pero que progresivamente han venido a complementarlo en el "neodarwinismo" actual. Sostienen estas teorías que el enriquecimiento y las modificaciones del material genético – y de la evolución de la vida y la aparición de nuevas especies- no solo es un fenómeno de mutaciones casuales, sino resultado de las interacciones y fusiones entre diferentes células, y más concretamente entre bacterias que desde que hace millones de años - cuando eran las únicas célula vivas, la única materia capaz de reproducirse- se fueron fusionando con otras bacterias distintas haciendo que las que eran incluidas pasaban a constituir en el interior de la célula absorbente (podríamos imaginar que "devorante") un nuevo material genético, y una nueva unidad celular "simbiótica" más compleja.

Así pues, si la vida animal y vegetal apareció y sigue existiendo y si la evolución de la materia viva no se quedó en las bacterias, es porque aparecieron estas nuevas células "eucariotas". Son las que tienen en su citoplasma una membrana nuclear que rodea y protege el material genético (los cromosomas). Pero -ya lo decía Canguilhem: "la biología nunca será solo física y química"[26]- lo más interesante es que estas nuevas células, fundamentales para la evolución de la materia viva, nacieron de la simbiosis entre bacterias (células aún "precariotas"), y de la apropiación-inclusión por unas bacterias de otras bacterias externas que se incorporaban a su interior para constituir el núcleo y las mitocondrias en una nueva célula "simbiótica" unificada[27].

Completaré esta excursión por la biología con algunas reflexiones sobre la antropología que también tratan de enriquecer la comprensión del tema central: la dinámica de la adolescencia.

Claude Levi-Strauss (en "Les structures élémentaires de la parenté", de 1949)[28], revolucionó la antropología cuando estableció el origen de la cultura en la prohibición del incesto. Con ella la humanidad marcó una frontera -entre lo que se puede y lo que, aunque se pueda, no se debe- al dividir socialmente a las mujeres en permitidas y vedadas, estableciendo una diferencia (cultural) donde no existía una diferencia natural (igualdad biológica).

La cultura surge cuando la sociedad utiliza un significante, existente o construído, para dividir, diferenciar, clasificar, separar, limitar, prohibir. Establece objetos de percepción y evaluación y modos de responder a ellos: preferidos, recomendados, obligados, excluidos.

Surgen así las fronteras, que se trazan para crear diferencias: en el espacio, en el tiempo, en las categorías humanas. La masa informe se estructura y se diferencia.

Las fronteras separan pero también aportan confianza y seguridad. Las fronteras deben estar marcadas: vallas y setos; interior y exterior; residentes y forasteros: nosotros y ellos; autorizados y prohibidos: aceptados y excluidos.

[26] Georges Canguilhem- La connaissance de la vie, París, Hachette, 1942; Vrin, 1965; y 1992, ampliado. Tr: El conocimiento de la vida, Barcelona, Anagrama, 1976. Y: Idéologie et rationalité dans l'histoire les sciences de la vie, París, Vrin; 1977 y 1988, revisado. Tr: Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida, Buenos Aires, Amorrortu, 2005.

[27] Se trata de la Teoría de la endosimbiosis seriada de Lynn Margulis. Sintetizando y resumiendo propone varias fases en la evolución. Una 1ª consistente en la incorporación por parte de una bacteria nadadora de una espiroqueta que va a constituir el núcleo de la nueva célula. En una 2ª fase la absorción de una bacteria respiradora de oxígeno constituiría las mitocondrias y peroxisomas (apareciendo así animales y hongos). En una 3ª se incorpora una bacteria fotosintética (surgiendo así las plantas).

[28] Trad. Las estructuras fundamentales del parentesco. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica. (1998).

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

Crean un orden, lo que no ocupa el lugar adecuado está fuera de lugar y debe ser tratado como porquería, amenaza, peligro: barrido, eliminado, destruido, trasladado…al lugar que le corresponde. La limpieza de lo indeseable, preserva y restaura el orden[29]. El orden espacial divide a los humanos en deseables e indeseables y sus comportamientos en tolerables y condenables.

Así lo propuso la antropóloga Mary Douglas que, desde una perspectiva culturalista, desarrolló una teoría ambiciosa sobre la forma en que los individuos conciben su relación con la sociedad y construyen su escala de valores. Desveló la influencia determinante de las motivaciones culturales para decidir tanto en cuestiones de la vida cotidiana -los hábitos alimenticios por ej.-, como en cuestiones de vida o muerte. Propuso por primera vez -a partir de su interpretación del libro del Levítico, (y las leyes kosher en él incluidas)- que las leyes religiosas no debían interpretarse como medidas elementales de higiene o pruebas arbitrarias de la fidelidad de los judíos a su Señor, sino que su verdadera función consistía en trazar fronteras simbólicas. Por ejemplo, resultan prohibidas aquellas viandas que no quedan incluidas de forma clara en una categoría y así, la prohibición de la carne de cerdo se debe a que este animal presenta rasgos ambiguos, confusos, pues tiene las pezuñas hendidas propias de los ungulados, pero no rumia[30].

Volviendo a los adolescentes, para comprender sus comportamientos, recogeré algunas de estas enseñanzas procedentes de la biología y de la antropología.

Las fronteras, como las membranas de las células vivas, protegen y separan, pero también crean puntos de contacto y de intercambio, de tensión, de contención. Regulan mecanismos de ósmosis, de permeabilidad, de penetrabilidad.

Como cualquier límite, tienen y permiten una doble función:

- **SEPARATIVA**: protege del miedo a lo desconocido; satisface un deseo de seguridad; introduce y marca la diferencia y protege de la mezcla indiferenciada y la confusión.
- **PUNTO DE CONTACTO**: sirve de superficie de encuentro y de intercambio; permite la fusión, la simbiosis, la interpenetración entre sujetos y grupos diferentes; despierta la inquietud de la intrusión, la invasión, la posesión abusiva o la contaminación.

Todo ello puede trasladarse a la simbología y al lenguaje habitual con que los adolescentes viven y narran (o silencian) sus acercamientos y espantadas, sus pasiones y pánicos, asociados a nuevas experiencias relacionales - y los temores y deseos que las acompañan- y en particular a las primeras experiencias y relaciones sexuales. No en vano, la sexualidad conlleva, una interpenetración corporal y una transgresión de íntimas fronteras corporales , que pueden cerrarse y proteger o abrirse a la emoción y al riesgo del encuentro. Cualquier terapeuta de grupos de adolescentes puede observar la extraordinaria movilización emocional colectiva que aparece cuando alguien evoca experiencias sexuales iniciáticas (…."el primer beso con lengua" por ejemplo).

PLANTEAMIENTOS TERAPÉUTICOS: DEL "CÓMO COMPRENDER" AL "QUE PROPONER" AL ADOLESCENTE

En mi experiencia con adolescentes pienso que es fundamental encontrar el "que" y el "cuando" proponer (los adolescentes tienen una limitada capacidad de espera) y el "como" hacerlo (tampoco toleran cualquier lenguaje).

Se trata de un diálogo con interlocutores sensibles porque están en una situación de crisis, de inquietud y angustia:

- *Hacia el exterior*: temerosos ante la duración y solidez de las relaciones y deseosos de encontrar alguien que asegure confianza, continuidad y presencia permanente…deseo contradictorio con su necesidad de dejar de depender de los adultos y de rechazar su ayuda.
- *Hacia el interior*: crisis de la discreción ("¿en quién y qué confiar?" "¿cómo formularlo"); del respeto ("que me escuchen aunque no sepa explicarme bien"); de la (im)paciencia (que alguien haga o por lo menos diga algo que cambie las cosas ya"); intolerancia a la soledad ("nadie entiende nada de lo mío").

[29] Lo que nos lleva a pensar en la brutalidad de ciertos grupos adolescentes con quienes juzgan indeseables…y también al horror de los genocidios y de las inhumanas decisiones políticas de la civilizada Europa actual para "protegerse" de los inmigrantes que tratan de atravesar sus fronteras.

[30] Mary Douglas, Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo (1966) .Trad. castellano: Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú (Siglo XXI, 1973)

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

En definitiva hablar y pensar de los límites y de la contención, de la confusión y de la impaciencia, aclarar y calmar, remite a plantearse el doble problema terapéutico central: El de la distancia tolerable y el del acompañamiento fiable.

Para finalizar desglosaré algunas de las dificultades y características del diálogo terapéutico (prefiero formular así a lo que también solemos llamar "problemas de la técnica").

- Delimitar una buena distancia: de interés no intrusivo; de respeto afectuoso[31]. Ni la seducción, ni la frialdad ("la rígida aplicación de una "neutralidad" mal entendida). Ni colegas, ni solemnes
- Conseguir construir y mantener una relación que proteja, respete y ayude a construir su intimidad.
- Encontrar un diálogo fiable: ayudarle a diferenciar entre palabras huecas (la falsedad es imperdonable para un adolescente) y equivocadas (sin embargo le parece más aceptable y tolera el error en quien, como él, busca sin encontrar del todo).
- Facilitar y no rehuir sus palabras de violencia o apasionadas (también la pasividad y el aburrimiento pueden vivirse como intensamente insoportables). Detectar, nombrar y explicar su palabra desconfiada y paranoide; pero saber captar también y compartir, quizás mejor sin nombrarlas, sus muestras de confianza.
- Palabra certera pero tolerable. Ni demasiado escasa ni peroratas excesivas, construidas con nuestra mente pero indigeribles para la suya.
- Oído fiable y atento pero discreto. Saber callar: a veces sentirse entendido demasiado rápido puede provocar el temor de sentirse desnudado e incapaz de proteger su intimidad. Una interpretación correcta pero prematura puede ser un error irrecuperable[32].
- Especial cuidado con la interiorización de lo que ocurre en la relación (empleo muy prudente de la transferencia) y con la permanencia del marco en que transcurre (solidez del encuadre). Que sobreviva a su ambivalencia: sus dudas y olvidos; sus desidias y abandonos. Entender que su cólera, como muchas cóleras desesperadas, busca y está destinada a vincularse a alguien.

Obviamente la experiencia clínica enseña que la dosificación de todo ello debe variar en función de su fragilidad (diferenciar entre neuróticos, psicóticos y border-lines); de su vulnerabilidad narcisista; de su capacidad de elaboración psíquica y de reconocer su propio psiquismo (mayor o menor tendencia a mecanismos de negación) y -también fundamental y nada ajena al psiquismo del adolescente- de la realidad de su entorno familiar.

La participación de los padres (o del entorno que los sustituye) suele ser determinante en la evolución de los planteamientos terapéuticos. Solicitarles una colaboración responsable –independientemente de que también ellos puedan necesitar además una ayuda terapéutica específica- no sólo no es algo que , si está bien propuesto, les culpabilice, sino algo que el sentido común, también el suyo, necesita. Para el adolescente que logremos una participación, respetuosa y no intrusiva, de su entorno puede ser algo definitivo para que pueda confiar en cualquier ayuda terapéutica.

De todo lo anterior se deduce una defensa de lo útil e imprescindible de la psicoterapia como herramienta terapéutica insustituible. Ya he insistido en otros textos que la cuestión no es "o psicoterapia o psicofármacos" -ambas tienen sus indicaciones y limitaciones- pero que esta afirmación conveniente y diplomática no olvide los hechos: la prescripción de psicofármacos como tratamiento exclusivo (y excesivo) y la ausencia de cualquier ayuda psicoterapéutica son mucho más frecuentes actualmente de lo que las situaciones clínicas necesitan.

No quiero dejar de resaltar lo imprescindible, sobre todo para los adolescentes más gravemente afectados, de situar los tratamientos en un marco de tratamiento intensivo, sea institucional (centros y hospitales de día) o ambulatorio (programas específicos) y de su cuidadosa coordinación. La continuidad de cuidados en una fase de amenazas y riesgos de ruptura de relaciones fundamentales para el desarrollo, para la vida, puede suponer un factor decisivo para la consolidación o la fragilidad psíquicas posteriores.

[31] María Moliner, con la precisión y sensibilidad que la hacen única, define el respeto como: "actitud de la persona que guarda las consideraciones debidas a las personas y las cosas". Hanna Arendt piensa, lo que sin duda es un buen consejo para los que conviven y enseñan a adolescentes, que la educación debe incluir el "respeto a la tradición", que para ella consiste ante todo en "transmitir el conocimiento del conocimiento".

[32] Los aficionados a la lectura de La Rochefoucauld reconocerán aquí una de sus máximas: "Tener razón antes de tiempo es lo mismo que equivocarse". La Rochefoucauld: Maximes et Réflexions diverses.París.(1976)

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

Visto desde nuestra perspectiva de psiquiatras de niños y adolescentes, se entiende mal -cuando ya se han creado y asentado múltiples lugares de tratamiento intensivo y de rehabilitación para adultos- la escasez de lugares equivalentes para adolescentes que, de no ser tratados, tienen todas las probabilidades de perpetuarse en una trayectoria de cronicidad.

Volviendo a la adolescencia actual, con frecuencia vemos y oímos que son un colectivo preocupante. Recordaré, una vez más recordando con Elias Canetti, que el ser humano necesita dejarse ver, hacerse oír. Si es así, los adolescentes son muy humanos. Y si el mayor signo de respeto hacia el ser humano es no pasar por alto sus palabras, también el adolescente merece el máximo respeto. Sobre todo si queremos que respete al adulto y que respete a los otros: a sus iguales y a los diferentes.

© 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

XXVII CONGRESO NACIONAL SEPYPNA BURLADA (NAVARRA)
Talleres precongreso: día 14 de abril de 2016
15 Y 16 DE ABRIL DE 2016 Lugar: Casa de Cultura de Burlada

LA TÉCNICA EN PSICOTERAPIA EN SUS DIVERSAS APLICACIONES

JUEVES 14 DE ABRIL DE 2016
TALLERES PREVIOS-TARDE
Horario: de 17:00 a 20:00 horas

Taller 1	"PERINATALIDAD Y VÍNCULO: INTERVENCIONES EN EL COMIENZO DE LA VIDA"
Moderador	Margarita Alcamí
Ponente	Marta Baez Saioa Zarrazquín Remei Tarragó
Taller 2	Evolución del encuentro terapéutico con el adolescente
Modera	Alberto Lasa
Ponente	Luis Feduchi

VIERNES 15 DE ABRIL DE 2016
MAÑANA

08:30	Entrega de documentación
09:00	Fernando González-Serrano Presidente SEPYPNA Javier San Miguel (Comité Organizador Local)
09:30	Primera mesa: Parentalidad y Psicoterapia
	Moderador: Rakel Sueskun
	Ponentes • Fernando González Serrano "El lugar actual de las familias en la asistencia clínica en salud mental de niños y adolescentes" • Nathalie Nanzer "¿Qué aportan las terapias centradas sobre la parentalidad en la atención en psiquiatría de niños y adolescentes?
11:00	Debate con los ponentes
11:30	Pausa café
12:00	Segunda mesa Intervenciones en el trastorno mental grave.
	Moderador: Carlos Arango
	Ponentes: • Juan Larbán "La relación terapéutica en el tratamiento de los trastornos mentales graves. Continente y contenido de nuestras intervenciones" • Filippo Muratori "La participación de los padres en el tratamiento del autismo: fundamentos y métodos
13:30	Debate con los ponentes
14:00	Comida

TARDE

15:30	Actualizaciones sobre la técnica Moderador: Javier Huarriz
16:30	Tercera mesa: Psicoterapia en las adopciones
	Moderador: Arantza Martín
	Ponentes: • Alicia Monserrat y Mayte Muñoz "Retos creativos en las psicoterapias con niños y adolescentes adoptados • Vinyet Mirabent "Los padres de adolescentes adoptados en el trabajo clínico. Fantasías, inquietudes y conflictos"
18:00	Debate con los ponentes
19:00	Asamblea General Ordinaria (reservada a socios)

SÁBADO 16 DE ABRIL DE 2016
MAÑANA

09:00	Actualizaciones sobre la técnica Moderador: Paula Dukelsky
10:00	Cuarta mesa: Psicoterapia en la adolescencia
	Moderador: Juan Manzano
	Ponentes: • Mark Dangerfield "Tratamiento basado en la mentalización para adolescentes (MBT-A): aplicaciones para adolescentes con conductas autodestructivas"
10:45	Pausa café
11:15	Ponente: • Graziella Fava (Padua) "Combate contra el miedo: adolescentes a la búsqueda de sus orígenes".
12:00	Debate con los ponentes
13:30	Clausura

Solicitada acreditación como Formación continuada de Profesionales Sanitarios del Gobierno de Navarra.
Solicitada la acreditación como Formación continuada a la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)
Congreso reconocido dentro de los cursos de Formación Continuada de Psicopatología y Psicoterapia del Niño y del Adolescente realizados por SEPYPNA y ALTXA.

Precio del Congreso/Talleres e inscripción on-line próximamente a través de la página web de SEPYPNA.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 60 - Diciembre 2015

Ser y crear en el proceso terapéutico: Arteterapia en el Hospital de día de Leganés
Ana Serrano Navarro, Esther Carmona Pastor y Catalina Martín Gómez 9

El grupo terapéutico de juego en el trastorno mental grave infantil: Una aproximación a través de las teorías de BION Y KLEIN
Artaraz Ocerinjauregui Batirtze, Betancor Perez Daniel 17

Evolución de un paciente con diagnóstico de TEA en una terapia grupal
Julia Villar Silva, Asel Aristegui Urquia y Ana Ortega Heras 29

Un grupo terapéutico con adolescentes en institución de reforma
Agustín Béjar Trancón, Aurora Pimienta Serrano 33

Parentalidad positiva. Grupo psicoeducativo de madres y padres de bebés de 0 a 12 meses
Aurelio J. Álvarez Fernández y Paloma Esparza del Valle 39

Desarrollo emocional y social en un grupo de personas con discapacidad intelectual
Lorena Martín de la Fuente, Ma Nieves Barahona Esteban y Ma Teresa García Pinto 45

Investigar la comunicación en el grupo: El desarrollo de un instrumento observacional para un grupo de hermanos de niños con TEA
Mariella Venturella; Eulalia Arias; Víctor Cabré; Elena Fieschi.; Nuria Farrés, 53

Propuesta didáctica de estimulación de la competencia lingüística y del lenguaje infantil: Estudio de validez
Elsa Redondo Díez y Almudena Álvarez Fernández 61

Prevención de enfermedad mental en adolescentes a través del grupo
Laura Gallardo Borge, Cristina Domínguez Martín, Esther Martín Arranz, Isabel Sevillano Benito, Blanca Rodríguez Fernández 75

Implementación de un dispositivo psicoanalítico con niños institucionalizados
Elizabeth Villaseñor Vivanco y María del Carmen Rojas Hernández 83

De la confusión a la identidad adolescente.tratamiento interdisciplinar en un hospital de día
Asunción Soriano Sala y J. Karmelo Malda Bikarregi 93

Psicoterapia en la primera infancia
Maite Urizar Uribe 107

Apegos alienados (trastorno del relato moral)
Óscar Pérez-Muga García 111

Trauma Psíquico
Juan Larbán Vera 115

Los adolescentes y los límites: Contención y transgresión
Alberto Lasa Zulueta 127

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.)