Aixandri, Núria
Ayala Cuevas, Beatriz
Azpiri, Miriam
Barahona, Nieves
Boullón Gómez, Alejandra
Brun, Josep Mª
Burillo Gonzalvo, María
Cabús, Gemma
Cruz, Daniel
Dangerfield, Mark
Estalayo Hernández, Ángel
Feduchi, Luis
García Rubio, María José
Garran, Encarni
González Serrano, Fernando
Gordo, Leire
Jorquera, Cristina
Martínez Pampliega, Ana
Merino, Laura
Mirabent Junyent, Vinyet
Morer Bamba, Bárbara
Monserrat Femenia, Alicia
Moreno García, Mª Victoria
Muñoz Guillén, Mayte
Olives, Susanna
Panera, Consuelo
Risco Lázaro, Ana
Rodríguez, María Irene
Rodríguez Ochoa, Olga
Solana, Begoña
Vaccari, Francisco

N.º 63
1º semestre
2017

# 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.)

ISSN: 1575-5967

# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

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

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

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


## DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

## CONSEJO DIRECCIÓN

*Directora*: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
*Director Adjunto*: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

## COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. 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 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)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

# INDICE:

**Dialogando con Luis Feduchi sobre Hospitales de Día de adolescentes**
*Luis Feduchi (entrevistado por Daniel Cruz)*..... 9

**Retos creativos en las psicoterapias con niños y adolescentes adoptados**
*Alicia Monserrat Femenia y Mayte Muñoz Guillén* ..... 17

**Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia**
*Mark Dangerfield*..... 29

**Los padres de adolescentes adoptados en el trabajo clínico. Fantasías, inquietudes y conflictos**
*Vinyet Mirabent Junyent* ..... 49

**Programa AGIRA (2007-2015): Números para una reflexión**
*Josep Mª Brun, Núria Aixandri y Susanna Olives* ..... 63

**El sentido de la vida en universitarios españoles**
*Mª Victoria Moreno García, Ana Risco Lázaro y Nieves Barahona* ..... 75

**El duelo perinatal por muerte gestacional tardía**
*Bárbara Morer Bamba, Beatriz Ayala Cuevas, Alejandra Boullón Gómez, María Burillo Gonzalvo y María José García Rubio* ..... 85

**Desarrollo del programa de atención especifica a los trastornos mentales graves infantiles en la red de salud mental de Bizkaia**
*Begoña Solana, Cristina Jorquera, Consuelo Panera, Encarni Garran, Francisco Vaccari, Maria Irene Rodriguez, Miriam Azpiri y Gemma Cabús* ..... 91

**Abordaje terapéutico de adolescentes con graves problemas de conducta en un centro de menores. Evolución de un caso**
*Olga Rodríguez Ochoa, Ángel Estalayo Hernández y Fernando González Serrano* ..... 101

**Egokitzen infantil: Análisis de la eficacia de un programa de intervención grupal con hijos/as de padres/madres divorciados**
*Leire Gordo, Laura Merino y Ana Martínez Pampliega* ..... 113

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

Página web: www.sepypna.com

# INDEX:

**Talking with Luis Feduchi about Day Care Units for adolescents**
*Luis Feduchi (interviewed by Daniel Cruz)*..... 9

**Creative challenges in psychotherapies with adopted children and adolescents**
*Alicia Monserrat Femenia y Mayte Muñoz Guillén* ..... 17

**Mentalization-based treatment (MBT-A) contributions for adolescents who have suffered adversity in childhood**
*Mark Dangerfield*..... 29

**Parents of adopted adolescents in clinical work: Fantasies, worries, and conflicts**
*Vinyet Mirabent Junyent* ..... 49

**AGIRA Program (2007-2015): Numbers for reflection**
*Josep Ma Brun, Núria Aixandri y Susanna Olives* ..... 63

**The meaning of life in Spanish university students**
*Ma Victoria Moreno García, Ana Risco Lázaro y Nieves Barahona* ..... 75

**Perinatal bereament for late gestational loss**
*Bárbara Morer Bamba, Beatriz Ayala Cuevas, Alejandra Boullón Gómez, María Burillo Gonzalvo y María José García Rubio* ..... 85

**Development of the specific attention program for children's serious mental disorders in the mental health network of Bizkaia**
*Begoña Solana, Cristina Jorquera, Consuelo Panera, Encarni Garran, Francisco Vaccari, Maria Irene Rodriguez, Miriam Azpiri y Gemma Cabús* ..... 91

**Therapy for adolescents with severe conduct disorders in a young residential center. A case evolution**
*Olga Rodríguez Ochoa, Ángel Estalayo Hernández y Fernando González Serrano* ..... 101

**Egokitzen infantil: The efficacy analysis of a group intervention program for children of divorced parents**
*Leire Gordo, Laura Merino y Ana Martínez Pampliega* ..... 113

# DIALOGANDO CON LUIS FEDUCHI SOBRE HOSPITALES DE DÍA DE ADOLESCENTES*

# TALKING WITH LUIS FEDUCHI ABOUT DAY CARE UNITS FOR ADOLESCENTS

Luis Feduchi** (Entrevista realizada y transcrita por Daniel Cruz)***

Luis Feduchi (LF) - Mi experiencia es haber supervisado durante muchos años diversos equipos, haber organizado el arranque de un Hospital de Día (HD) colaborando con un grupo de profesionales, así como haberlo supervisado durante muchos años. He supervisado también dos HD más y he participado en la organización de otro HD.

**Daniel Cruz (DC) – El trabajo interdisciplinar es un aspecto fundamental en el HD. No sólo se trabaja en equipo sino que también se comparte información de los pacientes, se trabaja con pacientes que pueden estar muy disociados y que pueden hacerte reaccionar de diferentes maneras. Por ello son muy importantes los espacios de reunión del equipo, el intercambio de información clínica, que se realice un seguimiento de los casos tanto en lo puntual del día a día como en la evolución a lo largo del tiempo. Aquí la supervisión puede tener un valor en cuanto a detenerse y darse un tiempo para entender lo que está pasando con ese paciente. También creo que una formación específica es importante, es decir, formación no solo en temas generales de salud mental, sino también en temas concretos relacionados directamente con estas patologías y su abordaje en el HD. Son temas relacionados con el trabajo en equipo que podemos comentar, así como el debate que ahora hay sobre la titulación que ha de tener el personal que acompaña a los pacientes durante la estancia. Estuve en el primer HD que se abrió en Catalunya, gracias al Dr. Angulo en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, y en aquel momento ese personal se seleccionaba entre psicólogos y psiquiatras en formación. Luego se pasó a coger educadores sociales, y en otros lugares se cogen también terapeutas ocupacionales**.

LF – A mí me parece que cuando se contiene a un adolescente con una problemática en el HD, hay que atender todos los aspectos de la adolescencia, es decir, los aspectos sociales, biológicos y psicológicos. Allí tiene que estar atendido, no solamente en un aspecto, sino en los tres.

En el HD se distribuyen distintas disciplinas, educación, gimnasia, plástica, etc., y se encuentran, por tanto, distintos profesionales: educadores, trabajadores

* Al ponerse en marcha el grupo de trabajo de SEPYPNA sobre Hospitales de Día, Luis Feduchi ofreció su colaboración. Esta entrevista fue realizada el 9 de mayo de 2016 en su despacho de Barcelona.

** Psiquiatra. Psicoanalista. E-mail: lfeduchi@telefonica.net

*** Psicólogo clínico, psicoterapeuta. Coordinador CSMIJ y HD Granollers, Hospital Sant Joan de Déu.
E-mail: Dcruz@sjdhospitalbarcelona.org


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

sociales que se comunican con el exterior, pedagogos, maestros, psiquiatras y psicólogos. O sea que esté todo lo que expresa un adolescente, que sea observado y atendido por la disciplina correspondiente y que esto esté integrado, que no actúe uno más que otro, que no predomine una disciplina sobre otra, sino que todo el mundo esté cumpliendo su función. Sería similar a una UVI o un quirófano, donde todo el mundo es necesario y donde cada uno tiene su función y están todos haciendo una cosa determinada. Pienso que es peligroso lo que he visto suceder en algunos sitios, donde aparece un psiquiatra y les dice al resto de profesionales qué tienen que hacer. De este modo a lo que debemos apuntar es a un Hospital Biopsicosocial más que a un Hospital Psiquiátrico.

**DC – ¿Cambiarías la denominación de Hospital de Día?**

LF – No, porque el adolescente está todo el día y la denominación hace referencia al hecho de no dormir. No le cambiaría el nombre porque el término Hospital implica acogida y atención.

**DC – El trabajo en equipo integrado requiere flexibilidad, escuchar y tener en cuenta lo que te dicen los otros. Es lo hemos comentado, antes de iniciar la conversación, sobre la diferencia entre el trabajo multidisciplinar y el interdisciplinar**.

LF – Exacto, el trabajo multidisciplinar tiene un par de inconvenientes que he podido apreciar en mi trabajo, y es que se observa cierta competitividad entre las distintas disciplinas. También cierta invasión de unas a otras, por ejemplo, se psicologiza el trabajo social, se psiquiatriza la psicología, se biologiza la psiquiatría. De modo que de repente una disciplina se come a la otra, en vez de colaborar, en vez de intercambiar, en vez de "hasta aquí llego yo, a partir de aquí empiezas tú", se convierte en el "yo hago como tú" o "tienes que hacer como yo".

**DC – Y el hecho de que de formación sean educador social, terapeuta ocupacional, y sin menoscabo de sus diferentes competencias profesionales, ¿no crees que lo más importante es la función de acompañante que realizan con los chicos, manteniendo una relación terapéutica pero sin confundirse en pensar que hacen una psicoterapia?**

LF – Claro, yo creo que las disciplinas en general, aunque sean variadas, tienen unos conceptos teóricos comunes que comparten. Aparecen nuevas tendencias. Por ejemplo: de repente las escuelas cambian porque se atiende también a los padres y no solamente a los hijos al contrario de la postura anterior de atender sólo a los hijos y olvidarse de los padres. Y lo mismo que en la escuela sucede en la medicina, en la psiquiatría o en el gimnasio. La corriente a favor de la lactancia prolongada o contra ella, la moda de integrar a los padres en la guardería o de no llevar a los niños a la guardería. Todo eso tiene algo de "moda", no digo que sean tonterías, sino que son replanteamientos que hacen teóricos que vienen de una disciplina y que de pronto se aplican en varias. En ese sentido es verdad que un HD con un concepto psicodinámico de la persona sería diferente que uno con un concepto conductual. Sin embargo te encuentras que al hablar sobre ciertos temas no son modelos incompatibles. Pero sí, es verdad, hay teorías que se impregnan en todas las disciplinas.

**DC – Claro, este sería el tema de la especificidad de los acompañantes, de la función que desempeñan más que si son terapeutas ocupacionales o educadores sociales, lo importante es la integración en el equipo.**

LF – A mí me parece básico que sea un equipo, y cuando digo un equipo quiero decir que esté constantemente intercambiando, teniendo un espacio de comunicación que empieza con unas entrevistas de valoración, que quien las haga las comparta para poder llegar a un diagnóstico final, y que se pueda organizar una atención, un tratamiento, etc. Y ese tratamiento, tiene un rasgo que predomina y que recae sobre la disciplina que más atiende este tipo de problema. Es decir, no es lo mismo un adolescente que te viene y que es imposible que estudie nada, no ha pasado de la ESO, le han diagnosticado de falta de atención, hiperactividad, que el maestro sea el que observe más esta parte educativa, y que el psiquiatra o psicólogo lo refuercen o cambien ese predominio, o ese síntoma, a que te venga un paciente con otras tendencias, que se haya "chinado" por ejemplo. Yo creo que lo importante es que el equipo atienda en su totalidad, aunque alguien esté reforzando más un aspecto concreto.

**DC – ¿Sería la parte más psiquiátrica o más psicológica del HD?**

LF - Sí, por eso digo que a lo mejor una persona que haya venido con un fracaso escolar y que le han dado por inútil en el sentido del aprendizaje, y que no hay manera de que mejore, que ha ido al Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) y que el CSMIJ haya visto que ese chico tiene dificultades en prestar atención. Así, es posible que el maestro del HD haga una atención especial en ver qué capacidad tiene, una parte en primer plano más educativa, y ver si de verdad es un síntoma. El adolescente tiene que atender tantas cosas... Cuando


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

se habla que el desarrollo es bio-psico-social, en el caso de la adolescencia eso se da todo al mismo tiempo, a veces el trastorno escolar no es solamente biológico ni solamente social, cuando llega al HD está confuso, de modo que tiene que atenderse todo de una forma global, como cuando vamos al hospital en vez de al ambulatorio.

**DC – Aunque el HD esté dentro de la red, lo ideal es que tenga una autonomía de funcionamiento que permita esto, valorar conjuntamente los casos que recibe. En este sentido un HD no es únicamente un lugar de dispensación de tratamientos, como puede pasar en otras disciplinas. Pero al estar en la red, a veces te vienen casos directamente desde hospitalización o urgencias, es decir, que hay una parte de los casos que se atienden que no han seguido ese proceso de admisión habitual. Cada HD tiene una manera de funcionar, es muy importante que atienda individualmente cada caso y ver qué necesita ese adolescente, pero también se nos piden que hagamos programas específicos para perfiles psicopatológicos diferentes. Al igual que puede suceder con los pacientes que han seguido un proceso diferente de admisión, como en el caso de los que vienen directamente desde hospitalización o urgencias, puede haber riesgo de montar un HD atomizado, por ejemplo, los lunes por la mañana un grupo TEA, los martes uno TLP. ¿Qué opinarías sobre este funcionamiento?**

LF – Sí, en mi experiencia como observador, a medida que he ido trabajando, ha ido bajando la atención clínica en los CSMIJ, en el sentido de poder atender con tiempo a los pacientes, por recortes, burocracia, etc. El HD se está convirtiendo en un cajón de sastre, que es lo peor que le podría pasar. O bien, como tú dices, cuando te envían un caso con urgencia al HD, esto es un error, pero lo hacen porque al menos en el HD lo observan. La clínica empieza por la observación, y como esta parte ha desaparecido, alguien tiene que observar para poder diagnosticar.

**DC – Me parece muy importante lo que dices sobre el tiempo dedicado a la observación. Ahora los diagnósticos parece que se tienen que hacer en cuanto entra el paciente por la puerta y de ahí ya vas directo al tratamiento predeterminado para ese diagnóstico.**

LF – Claro, déjame exagerar, ahora el tratamiento lo tienes en primer plano en la cabeza y adaptas al paciente al tratamiento, esto está pasando y es muy grave. Tienes antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, y cuando ves un rasgo que encaja dentro de estos fármacos ya puedes hacer una indicación terapéutica. Como el tratamiento hasta dentro de tres semanas no le va a hacer efecto pues… que venga dentro de un mes, ¿no? Bueno, pero a mí me parece que hay dos cosas que son muy importantes, que no solamente es la falta de diagnóstico individual, sino que esta persona en un HD va a convivir con un grupo, y con un grupo difícil. Ingresar a una persona en un HD, cuando individualmente se le podría tratar, corres el riesgo de dañarlo a él o al grupo. De repente metes a un adolescente que tiene tendencias depresivas o que tiene tendencias suicidas o que es agresivo o que es violento, lo metes en un grupo y allí puede actuar su patología, por muy contenido que esté por los profesionales. Uno de los beneficios que tiene un HD es que a una persona se le conecta un grupo, un grupo organizado, claro, no es un grupo espontáneo, y allí va a tener rivalidades, va a sentir atracciones, odios… va a vivir toda su patología ahí, delante de tus ojos. Lo que a mí me parece interesante del HD, es que el tratamiento incluye la convivencia con un grupo, que en otros tratamientos no tienes en cuenta lo que hacen otros profesionales, pero en el HD lo están atendiendo todos allí mismo, y está contigo. Perdona que insista, el riesgo es indicar el HD por falta de recursos, como si fuera urgencias. En la medicina está pasando con los servicios de urgencias que suplen carencias asistenciales.

**DC - Los grupos son variables. A veces hay grupos que en su composición predominan chicos, otros en que predominan chicas; grupos en los que predominan más psicóticos, y hay un efecto de apagamiento, otros donde predominan más los trastornos límites y hay mucha excitación en el grupo.**

LF – Pero es muy beneficioso porque, desde mi experiencia, ves cómo evoluciona una persona en la parte de trabajos manuales, o en el deporte, o en los procesos educativos. Y ves cómo el profesional que sea, maestro, educador, observa cómo una persona que antes no jugaba, de repente se incorpora a un equipo, o de repente se pone a escribir o a hacer cosas por su cuenta, o se relaciona con una persona cuando antes era imposible. Y eso no es como cuando la familia te explica lo que hace, tú lo estás observando ahí. Y esa reacción que ves se llama grupo, es decir, cuando se trabaja en equipo, lo que se observa beneficia al psicólogo para la terapia que está haciendo, beneficia al psiquiatra si tiene que retirar o no la medicación, etc. Beneficia a todo el equipo.

**DC – Y el hecho de que a veces en un grupo pueden coincidir, por ejemplo, pacientes psicóticos con pacientes con trastornos de la personalidad, puede ser una convivencia conflictiva, los psicóticos se asustan**


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

**de la agitación de los otros, los otros se asustan de lo que perciben como extrañezas.**

LF – A mí me parece que la indicación de HD implica que esté conservado algo de la persona. Si entra una persona con un trastorno de personalidad en que lo que predomina es la violencia, o si hay un psicótico que sólo delira, puede crearse un conflicto mayor. O sea, tiene que haber una parte conservada que es en la que se basará el desarrollo terapéutico, una parte conservada de convivencia y eso es una indicación muy precisa para el HD. Si metes al primero que venga sin valorarlo, puede ser iatrogénico para el mismo paciente o para el grupo. Es muy importante no dejarse invadir por la presión externa y evitar, como he dicho antes, que el HD sea un cajón de sastre.

**DC – ¿Puedes ampliar un poco más el tema de las indicaciones y contraindicaciones?**

LF – Además de los factores que antes hemos hablado, es muy importante cómo se atiende a las familias e instituciones. A veces se deja la familia fuera o bien se la integra demasiado y se cuenta más con la familia que con el adolescente. Pasa muchas veces que te es tan difícil tratar a los adolescentes que prefieres tratar a los padres, que te entiendes mejor con ellos. Aquella frase que puso Diatkine en su servicio para niños que decía: "Este es un servicio de psiquiatría y psicología para niños, no para padres". Es importante porque a veces te produce tanta angustia cómo tratar al paciente que acudes en exceso a los padres o a los tutores.

**DC - En el HD el tema de la distancia adecuada en el trato está presente constantemente.**

LF – Sí, se me ocurre otro ejemplo: los HD que he atendido tienen todos formación dinámica, todos incluyen un tratamiento psicoterapéutico individual. Es importante saber cómo colocas ese espacio, en qué momento, porque a veces las terapias las vamos a hacer una vez cada tanto a tal hora fija, y resulta que le puede coincidir con lo que está haciendo en ese momento.

**DC - También puede hacerse de una forma más espontánea, a demanda o por disponibilidad, en vez de a una hora prefijada.**

LF – Bueno, los adolescentes, sienten la hora de terapia muchísimo más íntima, individualizada y separada del resto y todo el mundo sabe el horario de actividades, si va a hacer una cosa o va a hacer otra. Y la fantasía es: "qué va a contar este, qué le pasa a este, a ver qué cuenta de nosotros". La intimidad de la terapia, que dentro del HD se está viviendo a la vez grupalmente, es muy complicada pero es necesaria.

**DC - Hay que preservar ese espacio.**

LF – Es necesario, el terapeuta tiene que tener la experiencia técnica adecuada para saber que está tratando en un encuadre especial.

**DC - ¿Quieres añadir algo más al tema de las indicaciones y contraindicaciones?**

LF – Estas dos que hemos comentado son las más peligrosas. Por una parte cuando no conserva alguna capacidad de relacionarse e intercambiar. Si tú ingresas a una anoréxica grave en un HD, o un delirio o a una persona con un trastorno de personalidad violenta, puede ser un desastre. Hay situaciones en que el trastorno invade tanto la personalidad que no queda ningún resquicio de intercambio, de relación. Y la otra contraindicación sería al revés, síntomas que aparentemente son muy floridos, pero que son neuróticos. Y si lo metes en un HD podría contagiarse con el resto del grupo.

**DC – ¿Crees que faltan otro tipo de recursos o estructuras intermedias para algunos casos? A veces los HD se encuentran casos difíciles, sin estudios ni recursos, con familias muy deterioradas, ya han cumplido los dieciséis años de edad y si le das el alta es como echarlo a la calle. A pesar de que se hacen todos los esfuerzos posibles por buscar recursos prelaborales y otro tipo de actividades.**

LF – Sí, claro.

**DC – Yo pienso que el HD se debe basar en un contrato terapéutico. Hay algunos HD de adultos que funcionan exclusivamente como alternativa a la hospitalización. Entonces no tiene nada que ver con un HD donde la convivencia y una estancia más o menos larga tiene una finalidad concreta. Porque además ahora las hospitalizaciones en agudos suelen ser muy cortas, no son las hospitalizaciones de antes que permitían un proceso durante el ingreso más allá de la contención inicial. Si utilizas el HD para esto lo vas a quemar.**

LF - Sí, así es.

**DC - ¿Piensas que quizá nos faltan más estructuras intermedias, más recursos no sólo de sanidad, sino también de educación y laborales?**

LF – No, lo que yo he visto es que en HD estás atendiendo clínicamente todas las facetas que tiene el cuadro que presenta el adolescente y al salir el CSMIJ debería continuar ese tipo de atención, no debería dejarlo en la calle. Pero eso no existe aún, no existe un post-hospital ni un post-tratamiento adecuado.

**DC – ¿En qué sentido no existe?**

LF – Porque tú tienes que hacer indicaciones que


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

deberían de ser muy precisas. Toda alta en un hospital, o en cualquier situación que ha sido atendido globalmente, tiene un post. Es decir, una ayuda adaptativa y un seguimiento. Te pongo un ejemplo extremado: es como si sacaras a una persona de un quirófano y el postoperatorio no existiera.

**DC – La mayoría de los casos vuelven al CSMIJ, otros pueden encontrar algún tipo de recurso institucional.**

LF – Exacto, no le puedes dar tú el alta definitiva, sino que tiene que ser dentro de la red.

**DC – ¿Piensas que haría falta algún otro tipo de recurso educativo o centros residenciales que pertenezcan a la salud mental? Es un tema del que se habla desde hace mucho tiempo pero del que no disponemos, que pueda separarse temporalmente al adolescente de sus padres sin tener que retirar las tutelas, y mientras se va trabajando la conflictividad existente.**

LF – Sí, tendría que haber centros que continuaran el proceso educativo y el proceso terapéutico. Si a un chico lo puedes ingresar en un instituto o en actividades laborales donde se va a socializar, va a poder practicar lo que en un centro hospitalizado ha vivido y ha practicado, y lo va a verificar fuera, entonces ahí la socialización no la puedes hacer bruscamente, no puedes ir directo al instituto, sino que tiene que haber un módulo donde retome esas cosas para las que ha mostrado cierta facilidad e interés, pero manteniendo la continuidad terapéutica. Igualmente con la terapia, o sea, cómo puede seguir integrándose a un grupo terapéutico de adolescentes, algo que continúe su experiencia y sin que sea ya como un centro cerrado.

**DC - ¿Crees que un grupo de adolescente puede ser una buena indicación de salida?**

LF – Podría ser una buena indicación, hay HD que hacen grupos terapéuticos. Ya tiene una experiencia de lo que es vincularse a un grupo, también hay ahí un aprendizaje, como lo hay en los grupos de trabajo. Yo había trabajado con jóvenes que a partir de los dieciocho años quedaban en el aire y no se les podía tratar, iban con equipos de oficios, mecánicos, carpinteros, albañiles. Ese modelo era magnifico, eran profesionales que se interesaban de una forma muy viva por estos chicos.

**DC – En la Fundació Llindars, en Cornellà, hacen algo parecido, también en la Fundació Marianao de Sant Boi. Es un tema relacionado con el post-tratamiento. A veces vemos familias que están muy desmontadas y la crianza ha sido difícil, el HD es un soporte yoico importante para los pacientes.**

LF – Sí, donde hay identificaciones importantes, con figuras paternas y maternas.

**DC – Se busca cómo reforzar a las familias en sus funciones, pero puede ser muy difícil.**

LF – Nos queda una cosa un poco antigua en nuestro trabajo, que es la palabra familia, yo creo que la familia es difícil encontrarla ya (risas). Además están cambiando mucho los modelos, no ves solamente familias desestructuradas, también aparecen modelos de familia que antes no existían, progenitores solteros, parejas homosexuales, no es que sean mejores o peores, sino que llevamos la idea de la sagrada familia en la cabeza y esto ha cambiado.

**DC - Una vez leí una definición de familia como aquellos que lavan la ropa sucia juntos (risas).**

LF - Sí, en el HD hay muchos chicos que vienen directamente de centros tutelares de menores.

**DC – Hay familias donde se junta la presencia de enfermedades mentales con mucha dejadez, con carencias y negligencias importantes.**

LF – Y luego tienes el mundo de la inmigración, que es muy importante en este tiempo.

**DC – Sí, y algunos tipos de inmigración nos pillan muy descolocados. Algunos casos que llegan de Pakistán, por ejemplo, se mueven en coordenadas muy diferentes a las de Sudamérica o Marruecos.**

LF – Sí, es completamente distinto. Yo tengo una idea que la expongo con frecuencia sobre la inmigración, en cuanto a que no es lo mismo un inmigrante magrebí que ha venido solo, de un inmigrante latinoamericano que lo han traído, a veces, a la fuerza, que lo han arrancado tras haber emigrado los padres años antes y él quedarse en su tierra natal. Para mí es la diferencia entre exilio e inmigración. El latinoamericano al que han forzado a salir de su entorno, siente mucha rabia y desorientación, y puede meterse, por ejemplo, en una banda. O bien ves al magrebí que ha hecho lo imposible para mandar dinero a casa, incluso delinquir, para que así vean que ha tenido éxito. Simplificando, es una mala edad para cambios drásticos, pues está en juego la identidad de la persona.

**DC – El modelo de HD como terapia institucional también puede aplicarse a las unidades terapéutico-educativas, así como a tratamientos ambulatorios intensivos que pueden tener una frecuencia semanal pero siguen este tipo de modelo. Son aplicaciones importantes.**

LF – Claro, a mí lo que me preocupa es que no es lo mismo ir un día a la semana con las mismas personas,


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

con los mismos compañeros, que un día a la semana y que cada día cambie la gente. Porque la identidad es muy importante. Bueno, metes a un adolescente en un grupo y sabe dónde está, le sacas de un grupo y le pones en otro diferente y, generalmente, se repliega. Es importante la continuidad. Es como la discoteca, tienen que ir siempre a la misma, hay que echarle valor para ir a una discoteca nueva.

**DC – La cuestión principal de la psicoterapia institucional es cómo la institución puede devenir terapéutica de por sí. Esto viene dado, como hemos comentado al principio, por el trabajo en equipo con espacios para compartir información y analizar las dinámicas.**

LF – Hay algo que hay que tener en cuenta. Cuando trabajaba supervisando niños, veías que podía necesitar una reeducación antes de iniciar una psicoterapia. En una reeducación el objetivo es que pueda simbolizar, tener un pensamiento más o menos organizado, es entonces cuando se puede introducir una terapia. Creo que en estos casos es lo mismo; cuando digo reeducar, lo que entiendo es que ha habido una educación previa y que luego por lo que sea ha desaparecido; entonces reeducar es retomar un poco lo que había, volver a recuperar una parte que ha quedado bloqueada. Tú sabes la importancia de los primeros años de vida, si han ido bien sabes que ahí tienes algo que puedes retomar. Y hay veces que ahí no había nada y lo que tienes es que educar, no reeducar. En los casos de HD yo creo que hay una reeducación, pues como no haya habido una educación previa es muy difícil que se retome. Y después, puedes empezar por la parte intelectual que tiene que hacerse previamente a la parte psicológica. Tienes que mentalizar, tienes que ver cómo ha funcionado para poder intervenir, porque ¿cómo vas a rehacer sino algo que no se ha hecho? Es importante que la neurociencia haya puesto en primer plano el desarrollo del cerebro y los cambios que se dan en la adolescencia. En el HD lo que predomina en un primer momento es crear un pensamiento, crear una capacidad de relación, que se integre en un grupo, y ver cómo va pasando eso, el papel de los educadores ahí es fundamental, todavía no puede acceder a una terapia porque no hay todavía la posibilidad de intercambiar a nivel del pensamiento. Y eso se ha de hacer en equipo.

**DC – Una indicación de HD es la observación diagnóstica, eso requiere tiempo, trabajo en equipo, evitar ser demasiado intervencionista antes de haber permitido que el paciente despliegue sus capacidades relacionales. Seguramente es algo que sucede en todos los HD donde hay estancias suficientemente largas. Por ejemplo, hay HD monotemáticos de Trastornos alimentarios, con una orientación conductual, pero puedes ver que ahí están sucediendo muchas cosas relacionadas con la convivencia, con el efecto grupal, más allá de las técnicas concretas que se aplican.**

LF – Un tema importante y difícil de manejar en el HD es la obligatoriedad. Son pocos los adolescentes que piden voluntariamente ir a tratamiento. Suelen venir a indicación de la familia, de la escuela, desde otro recurso, incluso obligados por un juez. Entonces, ¿cómo tratas la obligatoriedad? Tienes que explorar su vivencia y explicarle por qué está ahí, que no piense que es una venganza por hacer las cosas mal.

**DC – Es útil hacer un contrato terapéutico que firman padres y paciente. Después se puede retomar cuando hay alguna actuación y recordarle que él se ha comprometido voluntariamente a venir y recuperar así el contexto terapéutico.**

LF – Sí, por eso digo de explicarle previamente por qué viene, qué va a hacer, y qué tipo de ayuda se piensa que se necesita en vez de dejarlo pensando que lo han encarcelado por haberla pifiado.

**DC – Un punto delicado es el desánimo que puede darse en los equipos cuando se encuentran con casos difíciles de mover, con familias con poca capacidad de colaboración.**

LF – La familia que tiene que ingresar a un adolescente en un HD, a veces se siente culpable de lo mal que lo ha hecho o lo vive como una herida narcisista. Por estos motivos puede aparecer una rivalidad y dejar el tratamiento alegando que no resuelve nada. Otras veces lo depositan como si por fin se libraran de él. Evidentemente también puede haber un reconocimiento de sus limitaciones y estar dispuestos a colaborar de una forma sana. La atención a la familia puede ayudar a esta motivación y la postura que adoptan puede ir evolucionando.

**DC – ¿Y cómo se puede mejorar la relación interdisciplinar? Las reuniones del equipo deben ser un verdadero intercambio, también es importante que sea un espacio estructurado, es decir, que puedan tener cabida los distintos aspectos de la vida institucional, el análisis de los casos, el de las dinámicas grupales, la organización de las actividades, sesiones formativas. Hay cosas que tienen que ver con la dinámica de los pacientes y otras con la dinámica institucional.**


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

**Especialmente en las unidades mixtas entre Educación y Sanidad, conviene tener muy claro el organigrama funcional para evitar situaciones de disociación y bloqueo.**

LF – Sí, de la misma forma que pasa en la sociedad, que cuando una cosa no funciona bien le echas la culpa al otro, por ejemplo el psicólogo a la escuela o la escuela al psicólogo, igualmente puede pasar dentro del HD entre los diferentes profesionales. La supervisión es básica, y tiene que ser alguien de fuera, que no tenga nada que ver con la institución, que no esté dominado por las tensiones que se generan dentro, alguien que pueda lograr que todo el equipo se sienta por igual, y transmitir esa realidad. Puedes tener el mejor hospital del mundo, pero si te falla la enfermera no te sirve para nada. O puedes tener una enfermera estupenda pero que el médico falle en la prescripción. En el HD esto es básico porque estás trabajando con muy poca colaboración por parte de este tipo de paciente en ese momento vital que está atravesando.

**DC – ¿Supervisión de casos o institucional?**

LF – Las dos. Pero es que con los casos se ve cómo funciona toda la institución, porque cuando se presenta un caso, todo el mundo cuenta cómo lo está viviendo desde su disciplina y entonces se hace un trabajo interdisciplinar. Y se organiza y se alivia a la persona que lo trae y todo el mundo se hace cargo de ese caso, y luego eso se generaliza y se aprende a trabajar así.

**DC – Sabes que a veces se hacían supervisiones únicamente institucionales, lo que se veía con mucha reticencia por parte de la organización a la que pertenecía el HD.**

LF – Sí, exacto. De hecho yo esto no lo he hecho, no sé hacerlo, siempre trabajo sobre casos. Igualmente, las instituciones siempre son muy suspicaces con las supervisiones, en la medida que alguien viene de fuera y que no saben lo que está pasando. Salvo excepciones que a mí me han pasado, siempre hay una sospecha, que pienso natural, porque la institución siempre tiene que controlarlo todo.

**DC – Aquí es fundamental tener una jefatura que defienda este modelo. No siempre se entiende bien la necesidad de poder reflexionar sobre la práctica y las vivencias que genera, y no poder pensar se acaba pagando. Si no cuentas con la figura del supervisor tienes que buscar que al menos se preserven espacios de pensar en común.**

LF - Es que además es una figura que existe en todas las disciplinas, tener a alguien ajeno a la asistencia directa, que observa e indica posibilidades. En términos vulgares se llama consultar o asesorar.

**DC – Claro, no debiera ser algo extraño. Además, el tipo de intervenciones que vas a hacer en un HD son muy distintas a las que harías en una psicoterapia individual con un setting establecido, requiere ser muy flexible.**

LF – Cuentas con toda una estructura que te permite aplicar tu disciplina en casos en que probablemente no se podría, como el chico que no iría nunca más a una escuela y sin embargo se le está dando clase en el HD, o que no vendría nunca a hablar contigo al despacho pero estás pudiendo realizar otro tipo de intervenciones terapéuticas. Es una doble función, por un lado puedes aplicar tu disciplina en esas situaciones, y al mismo tiempo estás contenido tú por toda la estructura hospitalaria, por ejemplo, si después de hablar contigo ha habido un conflicto se puede retomar sin poner en peligro la continuidad de tu espacio.

**DC – Es muy importante que le puedas transmitir al equipo tu comprensión del paciente, pero a la vez hay que ir con cuidado con mantener cierta intimidad.**

LF – Hay que informar al equipo de todo lo que este puede comprender y le puede beneficiar, pero no lo que te ha confiado únicamente a ti.

**DC – Hay pacientes que por sus disociaciones despiertan sentimientos contrapuestos entre diferentes profesionales.**

LF – Sí, hay rivalidades. Y lo importante es que todo el mundo tolere eso, y que sepa que se le está usando con ciertas proyecciones.

**DC – Tienes información del paciente que no viene únicamente de lo que te explica, sino de la observación de todo el equipo, y eso está presente en tus intervenciones.**

LF – En esto la supervisión es muy útil porque a veces se puede caer en rivalidades, en complicidades, manipulaciones casi: “estáis haciéndole creer algo para que haga una cosa porque os interesa a vosotros que haga esto”, “esto déjame decírselo a mí que conmigo lo va a entender muy bien”. Y lo mismo puede hacer el paciente intentando crear rivalidades entre los profesionales.

**DC – En el trabajo en sesiones con pacientes de HD, en ocasiones tienes una profundidad de comunicación importante, pero otras veces tu trabajo, más que lo que pasa dentro de las sesiones, es la comprensión a la que puedes llegar de lo que le pasa al paciente y que transmites al equipo. Quizá más adelante sí estará en condiciones de realizar una psicoterapia, pero ahora**


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

**no es eso lo importante y esto incide en el tipo de intervenciones que se hace.**

LF – Entiendo. Yo he supervisado a los terapeutas dentro del HD, no solamente he supervisado al grupo, sino también sólo a los terapeutas. Hay una cosa que es interesante, y es que la terapia sea histórica, que no sea una terapia dirigida sólo a que mejoren las relaciones dentro del HD, lo que puede venir inducido porque te habla de conflictos que tiene con otros pacientes o profesionales, sino que también hay que ir más a aspectos individuales, de él.

**DC – ¿Recuperar su historia?**

LF – Exacto, poder trasladar el material que te traiga sobre cosas del HD a su propia historia, ya que el objetivo no es que se adapte al entorno del HD, como a veces puede suceder por las problemas que crea dentro.

**DC – Claret comenta la importancia de la parte creativa, como un movimiento que a veces precede a la comprensión, es decir, que el adolescente a veces vive cosas que después las situará en su psiquismo, pero que no siempre lo va a comprender todo, o al menos no en ese momento. Hay algo bio-psico-social en estado naciente, todavía no está todo desarrollado o estructurado. Aquí es crucial la distancia adecuada que tengas con el adolescente para ayudarlo a sostenerse en las paradojas en que se mueve, como describe tan bien Jeammet. Tienes muy presentes aspectos de su funcionamiento que precisamente no le vas a explicitar. Sería un error intervenir como si estuvieses en una psicoterapia clásica, como a veces he visto que se intenta, es otro tipo de setting.**

LF – Porque tú estás dentro también y a la vez estás participando, te están viendo hablar con otros chicos, te están viendo que haces terapia con otros, no es que lo imaginan. Y se hablan entre ellos: “¿has estado con tu terapeuta?, ¿qué te ha dicho?” Estás allí.

**DC - Estoy completamente de acuerdo. Muchas gracias por tu colaboración.**

LF – Ya sabéis que siempre podéis contar conmigo.


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

# RETOS CREATIVOS EN LAS PSICOTERAPIAS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES ADOPTADOS*

# CREATIVE CHALLENGES IN PSYCHOTHERAPIES WITH ADOPTED CHILDREN AND ADOLESCENTS

Alicia Monserrat Femenia** y Mayte Muñoz Guillén***


## RESUMEN

El artículo trata de una puesta al día de algunas conceptualizaciones sobre la adopción, tomando en cuenta los aportes actuales y los importantes cambios que se han ido sucediendo en el campo de la adopción.

Se revisan conceptos tales como *abandono*, *parentalidad* y *familia*, tomando en consideración reflexiones de algunos psicoanalistas sobre el contexto actual y los valores vigentes, y se trabajan las vivencias de desarraigo y la herida narcisista que acarrea el no poder crecer en la familia de origen.

Se busca realizar un aporte a la construcción de una nueva cultura de la adopción en la especificidad de la psicoterapia, integrando recursos que engloben espacios diversos según el grado de sufrimiento que se detecte en la demanda del niño y/o adolescente.

Se presenta a través del conflicto, la elaboración de la necesidad de conjugar la voluntad integradora del análisis de una realidad siempre compleja, para enlazar las necesidades-deseos, acompañada del placer de pensar, de interrogar-se, de analizar-se, en un trabajo de apropiación y de elaboración fantasmática de la propia historia que conferiría a ésta, figurabilidad y una posible representabilidad psíquica.


**Palabras clave**: Adopción, Psicoterapia Psicoanalítica, Parentalidad, Nuevos retos


## ABSTRACT

The article it is an update of some conceptualizations on adoption, taking into account the current contributions and the important changes that have been taking place in the field of adoption.

Concepts such as abandonment, parenting and family are reviewed, taking into consideration the reflections of some psychoanalysts on the current context and current values, and the experiences of uprooting and the narcissistic wound that leads to not being able to grow in the family of origin.

It seeks to make a contribution to the construction of a new culture of adoption in psychotherapy, integrating resources that encompass different spaces according to the degree of suffering that is detected in the demand of the child and / or adolescent.

Through the conflict, the elaboration of the need to combine the integrative will of the analysis of a complex reality, to link the needs and desires, accompanied by the pleasure of thinking, of interrogating, of analyzing, in a process of appropriation and phantasmatic elaboration


* Ponencia presentada en el XXVIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “La técnica en psicoterapia en sus diversas aplicaciones” tuvo lugar en Burlada (Navarra) los días 15 y 16 de abril de 2016. Acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones Sanitarias de Navarra.

** Psicologa clínica. Miembro titular con función Didacta de la APM (IPA) con acreditación de la IPA de analista de Niños y Adolecentes, Mienbro del Turno de Intervención Profesional para Adopción Internacional (TIP-AI).

*** Psicologa clínica. Miembro del Insttituto de la APM, Miembro del Turno de Intervención Profesional para Adopción Internacional (TIP-AI). e-mail: mtmunoz@cop.es


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

of own history that would give to it figurability and a possible psychic representation.

**Key words**: Adoption, Psychoanalytic Psychotherapy, Parenting, New challenges

Si bien es cierto que la opción de vida en pareja, descartando voluntariamente la procreación, es cada vez más frecuente, también lo es que el anhelo de ser padre o madre, es decir, una forma de parentalidad, sigue estando fuertemente anclado en la naturaleza humana; y construir una familia, se ha presentado siempre y en cualquier sociedad como proyecto afectivo de vida compartida y también como proyecto social. Proyecto no exento probablemente de un cierto regusto narcisista de trascendencia. Los hijos, como continuidad y prolongación de una estirpe, pueden alimentar la fantasía de permanencia más allá del inexorable destino que a todo ser vivo aguarda. Los hijos, depositarios de una herencia que no deseamos que muera con nosotros, ya que nos produce satisfacción, sentirnos agentes activos de la continuidad de la especie.

El logro de proyectos investidos como respuesta a parámetros sociales de bienestar y sentimiento de completud, acrecientan en ocasiones la demanda de la vía por la que conseguir ese objetivo, percibido como culmen del deseo. Los ideales de felicidad que son inherentes y forman parte de toda cultura, se presentan a veces sustituidos por la urgencia de la inmediatez.

Actualmente no se tiende a evaluar si las motivaciones para adoptar son válidas o no, sino que sobre todo se tiende a estudiar la posibilidad de los adultos de construir parentalidad: su capacidad de proporcionar cuidados; de constituirse en figuras de apego confiables que puedan brindar un ambiente facilitador que permita que el individuo logre desarrollar su potencial, y que puedan ser padres aceptando la historia del hijo previa a la adopción y manteniendo lealtad a sus orígenes, respetando el derecho del hijo a su identidad, a ser él mismo.

Uno de los criterios establecidos por la ley es hacer lo posible para que el niño o adolescente crezca en su familia de origen. Por constituir un cambio de filiación definitiva y por el dolor que implica el corte en la cadena generacional es por lo que la adopción es concebida como un último recurso. No poder crecer en la familia de origen promueve sentimientos de abandono y una importante herida narcisista.

## NUEVOS RETOS FAMILIARES

En los tiempos que corren, la familia ha ido adquiriendo otras dimensiones, y al tiempo que su protagonismo parece disminuir al diluirse en multitud de confrontaciones ante las nuevas demandas que se proyectan sobre ella, surgen nuevos "modelos" para dar respuesta a acontecimientos que perfilan nuevos horizontes por definir. En la medida que el modelo tradicional de familia convive con otros modelos familiares, se generó la necesidad de replantearse conceptos tales como el de familia y aun el de maternidad/paternidad. Las modificaciones que se fueron realizando apuntaron a atender los cambios sociales y culturales que se vienen observando.

La posibilidad de la adopción por homosexuales fue uno de ellos. Generó una importante polémica a nivel parlamentario, en los medios de comunicación y en la opinión pública mostrando que en algunos casos la ley se ha anticipado a la demanda social real. Leticia Gloser Fiorini (2007) plantea que no se debería hablar de homosexualidad en bloque. Sostiene que «*desde los actos homosexuales ocasionales, pasando por las homosexualidades en las neurosis, hasta las homosexualidades en estructuras clínicas perversas y psicóticas, se despliega una gran heterogeneidad* ».

Hoy, cuando hablamos de nuevas formas de familia, no podemos dejar de lado la incidencia que están teniendo determinados cambios socio-económicos, científicos y culturales en la dinámica familiar y también en todo lo relativo a la crianza de los hijos con las modificaciones legales consiguientes. Se ha hecho necesario crear nuevos términos para denominar a nuevos conceptos que emergen de nuevas "formas de convivencia" o "*formas de vida familiar*". Estos nuevos conceptos dan cabida a posiciones de parentalidad, estructuradas como opciones de establecimiento de vínculos familiares, que se organizan en torno a cimentar elementos afectivos que posibilitan el acceso al encuentro del deseo compartido de vinculación familiar en un entorno que puede ir más allá de la concepción del núcleo familiar tradicional.

Se ha pasado de un modelo de familia nuclear tradicional, a otros múltiples modelos, ligados a valores post-modernos, inmersos en una sociedad de consumo, de pretendido bienestar y de búsqueda de "*zonas de confort*" según expresión del sociólogo Zygmunt Bauman.


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

## ¿YO IDEAL O IDEAL DEL YO?

Pero no siempre es posible la alianza con la biología para conformar la familia, por lo que, en ocasiones, esta configuración familiar se regula por una vía externa, que además del componente afectivo, tiene también un fuerte componente social. Hablamos de la familia adoptiva, aquella en la que unos padres sustitutos son los que pueden ofrecer al menor abandonado y desasistido la función parental cuando los padres biológicos no la han podido ejercer ellos mismos como tales, tomando de esta manera los padres adoptivos el relevo de la pareja originaria, lo que hace que haya una ruptura en la continuidad de la cadena generacional y una inclusión en otra biológicamente ajena. En el imaginario del hijo adoptado, va a haber siempre una doble pareja de padres, una superposición de parejas y tendrá que elaborar una doble renuncia, siendo espectador excluido de dos escenas primarias.

Desde el comienzo de lo que será el largo proceso de adopción del hijo, se entra en contacto con el binomio satisfacción/sufrimiento; bienestar/malestar. Los futuros padres fantasean con ser familia en toda su plenitud (*satisfacción/bienestar*), pero para ello tienen que atravesar la frustración que produce el *sufrimiento/malestar* de elaborar el duelo por el hijo biológico deseado y no tenido. Situación que puede hacerse muy difícil, dada la lógica social imperante que propone que está en nuestras manos el control absoluto de nuestras vidas y que podemos desterrar del horizonte cualquier sufrimiento (*castración*) que importune la consecución del objetivo máximo: la felicidad. Objetivo legítimo, por otra parte, si no fuera porque parece haberse constituido en un derecho que la sociedad está obligada a proporcionar a todos y cada uno de los sujetos.

El sufrimiento/malestar si no es devastador y autodestructivo, es parte de la existencia humana y como tal se debe aceptar y elaborar, lejos de propuestas encuadradas en teorías psicológicas que partiendo de un optimismo vital, lo patologizan, puesto que según ese prisma, el éxito o el fracaso dependen exclusivamente de uno mismo y no del azar o de las circunstancias vitales, produciendo por tanto una victimización del que fracasa o del que sufre, haciendo recaer las culpas sobre uno mismo. Ser feliz y disfrutar de grandes dosis de bienestar se impone casi como una obligación, aunque nos parece más auténtico y cierto como dice S. Bleichmar: "*la insatisfacción/malestar es constante aún para quienes tienen acceso a bienes de consumo y un estándar de vida supuestamente satisfactorio*". Ella lo definió como el "*malestar sobrante*".

O como dice el sociólogo francés Gilles Lipovetsky "*El derecho a la felicidad se ha transformado así en imperativo eufórico que crea vergüenza o malestar entre quienes se sienten excluidos de ella. El culto al bienestar conduce, paradójicamente, a que los individuos sean más sensibles al sufrimiento y en la época en que reina la "felicidad despótica", los individuos ya no se limitan a ser desdichados, ahora se sienten culpables por no sentirse bien" (La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo).*

El mayor mandamiento de nuestro tiempo parece ser la persecución de la felicidad a toda costa, negando y renegando todos los aspectos de pérdida o duelo.

La consecución de la satisfacción del deseo, puede suponer una presión insoportable en la línea de lograr la exigencia que para uno mismo implica "*vivir positivamente*" descartando el sentimiento de frustración que puede generar, -en el caso que nos ocupa- el dolor de la infertilidad. F. Ansermet dice (Cuando la ciencia supera la realidad) que "*el deseo tiene tendencia a convertirse hoy en día en un derecho, y este derecho puede volverse incluso una obligación que el sujeto se impone, un deseo a toda costa que puede superar lo que es deseado*".

El mandato social de instauración de un pensamiento positivo y poderoso que aleja de la consciencia toda presencia emocional de límite al deseo, todo elemento de displacer, todo contacto con la falta, la carencia, lo inabordable con los propios y limitados recursos, etc… nos hace preguntarnos si esto no está en estrecha relación con la "epidemia" de narcisismo actual, que trata de instalar su "*credo optimista*"; el propio M. Seligman, teórico de la Psicología Positiva dice que "*quizá sacrificando un poco de realismo*".

Cabe suponer que se trata del realismo necesario para poder entender la adopción como un encuentro entre padres e hijos, sí; pero también se trata de un encuentro entre dos duelos.

## DUELO COMPARTIDO

El duelo de los padres: porque la impronta biológica no posibilitó la procreación, y la pareja a través de su infertilidad tiene que entrar en contacto con la pérdida de lo no tenido. No ser productivos, biológicamente hablando, puede lesionar el narcisismo femenino cuando la mujer siente que no da la talla en su función de ser


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

madre y transmisora de vida; también el narcisismo masculino, cuando va asociado a pre-juicios sociales que mezclan confusamente fertilidad y virilidad. Hablamos en definitiva del sentimiento de castración, que no es patrimonio de parejas adoptantes, pero que adquiere rango específico en ellas. Se trata de renunciar a la parentalidad inscrita en el código biológico tratando de encontrar una nueva forma de vinculación familiar con lazos que no son de sangre.

Por otro lado está el duelo del niño, que trae tras de sí, una historia de rechazo y abandono porque su vida comenzó con una separación/pérdida. El niño adoptado es una conjunción de un "deseo" de sus padres adoptivos con un "no deseo" de los biológicos. En la mayoría de las adopciones se entrecruzan las historias de unos padres que desearon serlo mediante el engendramiento de un hijo y la de unos progenitores que rechazaron su condición de padres. Ambas historias convergen en la persona de un niño para el que no ha habido lugar en el espacio psíquico de la madre biológica.

"*La adopción le ha salvado la vida, pero no ha podido salvarle de la tragedia derivada de las condiciones de su nacimiento*" (León Grinberg).

## CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD

El niño –adoptado o no- no nace sujeto, sino que se constituye como tal a través del encuentro con el objeto de amor que le da las pautas de construcción de su subjetividad.

En las fases tempranas de la vida, todo niño necesita la presencia y el contacto de un "objeto" humano que pueda contener las emergencias pulsionales y organizar las funciones mentales y psíquicas, sin las cuales no es posible lograr el proceso de humanización. El niño adoptado, en los comienzos de su vida, probablemente no ha podido disponer de esa relación integradora del desorden pulsional, seguramente no ha podido disponer de una "*segunda piel*" concepto desarrollado por E. Bick*que señala que la piel del bebé y sus objetos primarios constituyen factores de cohesión de las partes del Yo que en esos momentos precoces de la vida se vivencian desunidas, carentes de una fuerza que pueda unificarlas. El objeto externo que se introyecta, es decir, se construye en un espacio interno, es el factor que cubre la función de contener las ansiedades catastróficas. El pezón en la boca del bebé, sostenido por los brazos de la madre, es el objeto óptimo para iniciar la relación primaria que hace funciones de piel -*segunda piel*- que refuerza, aglutina y cohesiona. No es habitual que los niños entregados en adopción hayan podido disponer de ella.

En el caso del bebé que es entregado para la adopción, se traslada la vinculación objetal a otra u otras figuras que habitualmente no pueden investir el cuerpo del bebé de los elementos necesarios para la contención de su pulsionalidad.

Será la madre adoptiva la que tenga que propiciar el encuentro entre las angustias de desintegración y fragmentación del niño y por lo tanto desligadas, y su capacidad de "*reverie*" que le proporcione las herramientas para metabolizar esas angustias y devolvérselas transformadas en pensamientos ligados a su investidura amorosa. Será la madre adoptiva la que funcione como la piel continente o "*segunda piel*".

Los padres adoptivos pueden aspirar a ser para sus hijos esa "segunda piel" que no tuvieron y restaurar el concepto de un sí mismo dañado en una difícil y lenta tarea que requiere grandes dosis de tolerancia a la frustración para poder soportar las identificaciones proyectivas que el niño depositará sobre ellos.

Los padres adoptivos serán los encargados de reparar la herida primaria que la experiencia de abandono ha producido, herida asociada a la desconfianza en la continuidad de los vínculos, toda vez que en la historia del niño, previa a la adopción, es frecuente la experiencia de vínculos fragmentados (instituciones…cuidadores… familias de acogida temporal…)

Proponemos que la adopción es un encuentro entre dos realidades subjetivas en búsqueda de un bien-estar, que se impone de una necesidad debida al desvalimiento. No es un derecho subjetivo de las personas, es una forma de parentalidad ligada a ser medida de protección a la infancia, que tiene como finalidad ofrecer a un niño sin familia que se encuentra en situación de abandono y desamparo, un marco familiar considerado favorable para su desarrollo, donde pueda vincularse afectiva y emocionalmente dando sentimientos de hijo a quien no los tenía y, recíprocamente, también de padre/madre.

Silvia Bleichmar (2007) recogiendo lo apuntado

* *"La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas"*
** *Comunicación en Congreso de SEPYPNA*


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

por Ferenzci en *Confusión de lenguas* (1932) plantea también que lo que determinaría la subjetividad sería la asimetría adulto-niño, y en especial «*la prohibición de la apropiación del cuerpo del niño como lugar de goce del adulto*». Ella insiste en que esta asimetría es constitutiva y el riesgo estaría en «*la parasitación simbólica*» que el adulto puede ejercer sobre el niño. Este riesgo podría darse tanto en padres biológicos como adoptivos, sean estos hetero u homosexuales.

## PARENTALIDAD

Ser padre o madre por la vía de la adopción, incluye un "plus" de trabajo vincular para la nueva familia, porque además de que el hijo es fruto de la relación sexual de otra pareja fértil, en el caso de la Adopción Internacional el hecho de provenir de otro país, grupo étnico, otro idioma, color de piel….etc, imprime características propias. En la Adopción Internacional, específicamente, no debe quedar fuera de consideración todo el peso de lo inter y lo trans-cultural (*M. R. Moro*)**. Además, hay que tener presente que en la adopción el niño ha sufrido un abandono real por parte de los progenitores y que las fantasías filicidas han podido, incluso, ser actuadas.

El trabajo de esta forma de parentalidad que viene definida por el deseo de ser familia adoptiva, no sólo tiene que ir en la línea de ayudar a configurar la nueva identidad del hijo, incluyéndole en un linaje de filiación familiar, sino que los "nuevos padres" habrán de reparar –en la medida de lo posible- la herida primaria que la experiencia de abandono ha producido.

Las construcciones imaginarias generadas en torno a cómo será el futuro hijo, quedan acotadas ante la presencia real con sus propias y específicas características físicas. Es el primer encuentro, el momento de acoger en los brazos reales al niño, también real, con el que se ha fantaseado tanto y ha ocupado tanto espacio mental y afectivo en la vida de los padres adoptivos, pero cuya presencia cierta y real no ha dependido de ellos (a diferencia de la paternidad biológica) sino de toda una serie de circunstancias, disposiciones y situaciones que fácilmente podrían considerarse ajenas al deseo de ser padres y que, sin embargo, encuadran y marcan dicho deseo.

Este proceso puede estar plagado de desencuentros porque en la adopción, se dan una serie de desuniones:

- desunión entre sexualidad y procreación cortocircuitando ese vínculo
- desunión entre filiación genética y filiación psíquica o social
- desunión entre origen y filiación. Los padres adoptivos deben construir su encuentro familiar gestionando el desencuentro de no haber sido actores de la escena originaria. El origen-engendramiento, es del orden de lo biológico y está anclado a lo corporal, la filiación es del orden simbólico y sus referencias son con la cultura y la sociedad.

No es aventurado pensar que en el psiquismo infantil del niño adoptado, las fantasías inconscientes sobre la escena primaria se desenvuelvan con un mayor nivel de complejidad. La familia adoptiva, se tiene que nombrar como tal, aceptando la diferencia con lo biológico en una nueva re-significación.

## BIEN-ESTAR/DESEO

Si el *bien-estar* puede identificarse como la satisfacción de un deseo, cabe preguntarse en la adopción por la naturaleza de ese deseo ¿de dónde viene? ¿qué fuerza lo impulsa? Nos ha parecido de interés la lectura de Silvia Tubert señalando la diferencia entre deseo de hijo y deseo de maternidad y no hay que olvidar que uno de los elementos clave en la valoración psicológica de los padres adoptivos es tratar de conocer en profundidad la auténtica motivación que les mueve a adoptar. Qué gestión interna son capaces de tramitar sobre esta forma de parentalidad. Saber sobre su discurso latente más que sobre el manifiesto. Según esta autora, la diferencia entre deseo de hijo y deseo de maternidad es capital porque parte de niveles psíquicos de muy distinto grado de elaboración. El deseo de hijo sería el resultado de la constitución del Ideal del Yo, supone el reconocimiento de la castración y la triangulación y es por lo tanto objetal, y por lo tanto edípico, sin embargo, el deseo de maternidad vendría definido desde el Yo conformado a partir de identificaciones narcisistas primarias lo que le sitúa en el campo pre-edípico. Presentamos este planteamiento teórico a la discusión, que puede ser útil en el interrogante sobre deseo y bienestar, pero que no necesariamente compartimos si pensamos en la dificultad o incluso podemos decir, imposibilidad de disociar en el sujeto humano el orden narcisista del objetal.

## INCÓGNITAS Y CERTEZAS

La incógnita sobre lo que el niño aporte desde su disposición hereditaria, aumenta en los padres adoptivos fantasmas relacionados con el origen del niño y es desde la incógnita, (con todo lo que puede conllevar de "mal-estar") y no desde la certeza (asociada a "bien-estar")


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

desde donde tendrán que ver, descifrar y entender el deseo. Los padres adoptivos pueden quedar atrapados así en una posición frágil que amenaza con romperse ante cualquier interpelación de los hijos tal como "*no eres mi verdadero padre…*" si no pueden asumir la diferencia entre paternidad biológica y adoptiva, dándose cuenta de que es esta última la verdadera, porque como decía el Dr. José Rallo "*los padres afectivos son los padres efectivos*"

## RELATOS DESDE LA CLÍNICA

***Jack y las habichuelas mágicas***

Los padres de Lucas, que era un niño de seis años, consultan por la conducta oscilante de su hijo, que generaba un sentimiento en ellos de desconcierto e incomprensión sin saber a qué atenerse en el trato con su hijo. Tanto era un niño dócil, incluso retraído e inhibido como estallaba en accesos de cólera e irritabilidad con los que no sabían cómo manejarse, los padres se encontraban desbordados cuando Lucas mostraba su impulsividad y sus dificultades de autocontrol.

En el colegio presentaba numerosos problemas de conducta, su nivel de atención y de concentración para la realización de las tareas escolares era muy escaso -nulo, en ocasiones- lo que dificultaba enormemente su aprendizaje y creaba frecuentes problemas de convivencia con el grupo escolar. No tenía incorporada ninguna disciplina, lo que implicaba dificultad en el acatamiento de normas. En el trato con los otros niños, se mostraba agresivo, y lo era especialmente con las niñas.

Había sido adoptado con algo más de dos años y medio aproximadamente. Cuando Lucas llegó a la casa de sus padres proveniente de la institución donde había estado acogido, tuvo algunas conductas que hacían pensar en trastorno severo pre-psicótico, tales como autobalanceos, inexpresividad afectiva, etc… pero fueron remitiendo conforme se fue instalando el vínculo afectivo familiar y Lucas pudo empezar a integrar relaciones objetales continuadas y estables, a pesar de que el padre, debido a su profesión, debía pasar a veces largas temporadas fuera del hogar. La madre era profesional del campo de la salud y desde el primer momento inició una relación con su hijo no exenta de aspectos adhesivos y con rasgos simbióticos. Era una mujer afectuosa y cariñosa pero excesivamente apegada al niño porque, según decía, trataba de compensar las ausencias del padre y sobre todo las carencias que había padecido Lucas en los primeros momentos de su vida.

El vínculo de Lucas con su madre parecía ofrecer un nivel de conflicto más alto que el que estableció con el padre a pesar de la discontinuidad de la presencia de éste.

Hay que destacar que una de las cuidadoras de la institución en la que estuvo acogido hasta que se produjo la adopción había establecido una relación cercana y cariñosa con el niño. Podría decirse que la cuidadora llevó a cabo con Lucas unas ciertas funciones de maternaje. De inmediato pensé que Lucas, no sólo había sido objeto de una separación y pérdida precoz (*madre biológica*) sino de dos (*cuidadora*) lo que suponía una situación traumática doblemente intensa. Así pues, parecía que Lucas tenía que elaborar un doble duelo.

Lucas había sido valorado en algunos gabinetes médicos y psicológicos, y aunque no había un diagnóstico claro, los profesionales que le habían visto, apuntaban a un posible TDAH. Los informes clínicos informaban de *déficit atencional, trastorno de conducta o dificultades conductuales, etc….* Había sido explorado también neurológicamente habiéndole hecho algún electro.

En mi primer encuentro con él, me encuentro con un niño desorganizado y actuador que realiza dibujos espontáneos también desorganizados y sin conexión entre los distintos elementos del dibujo (manchas de colores… círculos…garabatos…) quiere verlo todo, tocarlo todo y tengo que introducirle la presencia de límites porque él no parecía regirse por ninguno, así como las normas de "convivencia" entre él y yo para poder trabajar juntos.

Hace un dibujo de la familia de tres miembros, todos del mismo tamaño y con caras que más bien parecen gatos y en actitud como de enfrentamiento entre ellos.

Lucas comenzaba habitualmente las sesiones con una actitud ambivalente hacia mí, se lanzaba queriendo agredirme o romper algún objeto en actitud exigente, impaciente y/o repentinamente se abrazaba y quería darme besos. Dibujaba cabezas con un pelo que más parecían ondas eléctricas. Yo le decía que parece que me estaba queriendo mostrar "*cómo se siente, con cosas raras en la cabeza que a lo mejor le hacen sentir que no puede estar quieto*".

En general, trataba de mostrarse desafiante, autoritario, más que proponer juegos cuyas reglas se saltaba a conveniencia, daba órdenes para que yo las cumpliera.

En las primeras sesiones me hace muchas preguntas personales, quiere saber si tengo hijos, padres, familia…. y donde están y también si vienen más niños y a qué juegan conmigo. Le digo que quiere saber sobre cosas mías porque a lo mejor le resulta difícil saber sobre las suyas. Las primeras interpretaciones cuando preguntaba sobre otros niños eran en la línea de señalarle su deseo de


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

ser único para mí: "*bueno yo creo que tú, sí piensas en que vengan otros niños pero me parece que te gustaría que no, que sólo vinieras tú a jugar conmigo*" pasado un tiempo pensé que interpretar un deseo de exclusividad terapéutica conmigo podría reforzar el sentimiento opresivo que la madre de Lucas mantenía con él.

Un día me dice "*…la verdad es que tienes muchos muñecos…*" los alinea contando cuatro, yo le digo "*¿estás seguro?*", se da cuenta de que son cinco y dice que 2 de ellos son payasos otros dos son albañiles, y el último, al que le ha puesto una corona, es un rey. Jugando con ellos, uno se desarma y se cae y dice que en su casa tiene un muñeco al que le pone una pistola y una escopeta y ese no se rompe como el de aquí.

"…. bueno, entonces me estás diciendo y quieres que yo *sepa que en casa eres muy fuerte, que a veces haces lo que quieres como si fueras un rey, pero a veces también haces payasadas… y otras puedes hacer cosas buenas como los albañiles que arreglan y construyen casas… y si tengo muchos muñecos, piensas que también puedo jugar con otros niños, además en casa puedes jugar con tu papá cuando él está*". Se me hacía claro que era necesario tener muy presente la presencia masculina. Me lo estaba diciendo desde aspectos de su personalidad que parecían poder sustraerse a la invasión materna. Por otra parte, me preocupaba que Lucas pudiera registrar psíquicamente las ausencias de su padre como otro abandono.

En el material de la caja de juegos que utilizábamos había un pequeño libro de cuentos clásicos, de entre ellos Lucas me pedía que le leyera insistentemente el cuento de "Jack y las habichuelas mágicas", se había quedado ligado emocionalmente a este cuento y hacía (es decir, se hacía) muchas preguntas sobre Jack (el personaje del cuento).

Jack vivía sólo con su madre en la clásica cabaña del bosque (*un entorno cerrado y aislado, metáfora de la relación de Lucas con su madre*) no hay presencia masculina (padre) hasta la aparición del anciano que le propone el cambio de la vaca (*animal suministrador de leche y de alguna manera un representante de la figura materna*) por las semillas de habichuelas. La madre de Jack le regaña severamente y se enfada con él por el cambio que ha hecho (*Jack se ha atrevido a transgredir el mandato materno y a aceptar algo proveniente de una figura masculina*). La fase fálica, simbolizada en la enorme planta de habichuelas que le entrega una figura masculina, sustituye a la oral simbolizada en la vaca que ya no da leche.

El simbolismo del lenguaje de los cuentos resulta ser también una vía regia al mundo interno, un recurso que permite expresar de forma sencilla la complejidad de las emociones humanas.

Llega un día a sesión con una flauta y quiere enseñarme algunas notas que ha aprendido a tocar "*¿sabes que dentro de poco es Navidad?" me dice "sí, claro tú también lo sabes ¿quién te lo ha dicho?*"

"*…nadie, lo sé aquí…*" dice tocándose la frente "*…y además, lo he soñado…*"

"*….. ah, pues ¿por qué no me cuentas el sueño?...*" pero me dice que esas cosas no se cuentan, está mal hacerlo y él es un guardia.

"*….que bien, celebrar la Navidad con tu mamá y tu papá, pero por otra parte, a lo mejor te fastidia que como vamos a tener vacaciones y no vas a venir….*"

"*…..ya está…te pongo una multa por decir eso, mira este es el pito del guardia* (flauta)"

"*….ah, y el guardia/Lucas siente que es muy fuerte… me castigas porque no voy a estar, yo me quedo castigada y tú tienes un pito/colita….*"

"*….la colita la tengo aquí*" dice señalándose la zona del cuerpo.

A Lucas lo que más le impresionaba del cuento era el hecho de que las habichuelas crecieran desmesuradamente. El tronco de las habichuelas erecto era capaz de llegar hasta las nubes.

Gracias a esta cualidad, Jack vive una serie de aventuras que le permiten conseguir recursos para salir de la pobreza en la que vivía con la madre (en el caso de Lucas, se trataba de la pobreza relacional, propiciada por una actitud castrante inconsciente de la madre, que le hacía tener incluso algunas dificultades en la construcción y organización de su identidad masculina)

La construcción de la identidad es un proceso que empieza incluso antes del nacimiento, cuando ese bebé fantaseado está ya en la cabeza y el deseo de los padres, y sabemos que el vínculo interactivo con la madre en el contacto corporal es uno de los precursores de la identidad. Lo habitual en los niños adoptados es que ese vínculo haya sufrido cortes traumáticos que afectan a que el sentimiento de identidad haya podido quedar fracturado, en razón de ese traumatismo o herida narcisista inicial que ha supuesto el abandono, por lo que el proceso de organización e integración de la identidad se presenta más laborioso cuando tanto padres como hijos han de construirse como familia adoptiva con dificultades específicas añadidas.

Lucas se quedó con la parte del cuento que más


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

directamente interpelaba a su inconsciente. Estaba confundido, desorientado…. las figuras femeninas que poblaban su mundo interno le habían abandonado (*madre biológica*) habían desaparecido de su entorno, -lo que no deja de ser otro abandono (*cuidadora en el orfanato*)- o le habían incluido en un deseo de fusionalidad mortífero con un avasallamiento sobreprotector (*madre adoptiva*).

La figura masculina se le presentaba demasiado ausente, dificultando la ruptura necesaria de la díada madre-hijo aunque me infundía cierta tranquilidad que en entrevistas que mantuve con los padres, el padre parecía ser capaz de transmitir que podía hacer función de tercero separando y triangularizando la relación familiar que obliga a salir de esa fusionalidad y permite entrar en la posición edípica, estructurando así la personalidad y organizando la identidad –en este caso, masculina- de Lucas.

Como a Jack con el Ogro, el cuento le ayudó a Lucas a enzarzarse en el conflicto edípico. Cuando Jack corta la planta de habichuelas, renunciando así a lo fálico-mágico, es que puede abrir el camino hacia su propia identidad masculina.

"Jack y las habichuelas mágicas" fue un instrumento terapéutico, en un primer momento inesperado pero que Lucas supo aprovechar muy bien. Jack acompañó a Lucas durante el tiempo que éste necesitó de su presencia, podría decirse que durante un tiempo prolongado, en la sesión éramos tres: Lucas, yo y Jack.

***El adolescente R.***

"**Yo soy…yo he sido…. yo seré……**"

R. es un adolescente de 14 años en el momento de la consulta. En la actualidad tiene 18.

Lo recibí como paciente derivado de un servicio de atención de un equipo de reeducación para la Adolescencia. Había sido expulsado del establecimiento escolar por sus conductas desafiantes y su rendimiento escolar era muy bajo, consumía marihuana y alcohol y se lo identificaba con una banda-tribu, que causaban hechos delictivos y a la vez profesaban creencias como si fueran los elegidos.

R. entró a formar parte de los pacientes-adolescentes para orientar su conducta, concurría a actividades de orientación dictadas para prevenir su posible ingreso a en un centro de menores de la Comunidad de Madrid para cumplir "condena por los delitos infligidos", con mucha resistencia al principio, poco a poco comenzó a participar en los talleres y encontró también su propio espacio en el grupo terapéutico.

Por mi parte en mi consulta privada, trabajaba con él dos veces por semana. Al año siguiente pudo reintegrarse al Colegio, previo trabajo realizado entre la orientadora del Colegio y el Equipo del Programa. Asimismo el padre, aceptó concurrir al Grupo de padres o familiares a cargo.

Vino a la consulta, traído por su padre después de un infortunado accidente de moto. Se había fugado de casa por una semana y había tenido -junto con otros dos "colegas"- un aparatoso accidente contra un coche aparcado.

Los padres de R. están separados y el padre tiene otra pareja desde la ruptura.

El padre, abogado de profesión, de 46 años, comentó que estaba muy preocupado por su hijo que se pasaba el tiempo subido a una moto, iba mal en el colegio y tenía una novia de 16 años, un "espanto" de niña, que era punk, aunque no era la única con la que mantenía una relación.

Desde los 11 años se fuga de la casa, y ha tenido participación en varios hechos delictivos con una tribu, de robos, destrozos de coches, ahora justificado porque son "elegidos".

A causa del último, estuvo detenido en sede policial. Una brigada policial lo encontró en los alrededores de la casa familiar, ebrio y empastillado, con una pistola de juguete en su mano. "No se puede más con este chaval. La madre lo ha echado de la casa y quiere ingresarlo en un manicomio o dejarlo cargo de la comunidad de Madrid".

El padre comenta que el hecho es grave emocionalmente para él, porque según R. el policía de la Comisaría le dijo que si él lo hubiera encontrado con la pistola lo hubiese matado.

R., no es consciente del peligro y lucha por causas pérdidas". ¿Pérdidas?, le pregunto. "Quiere cambiar el mundo porque no siguen el diseño planificado, y todo se pudre".

Sigue hablando que a partir de ahí, R. vive con él y la nueva mujer, para quienes es una "verdadera carga". Fue adoptado a la edad de seis meses.

Ha tenido en su historia curricular escolar participación en peleas en el Colegio, que dejaron como saldo, importantes destrozos en el aula. Ha sido expulsado del colegio en varias ocasiones.

Relata que la madre de R., fue la que lo embarcó para adoptar, aunque acabó por dejarla ya que hacía más de cuatro años que llegaba tarde del trabajo y se "dejaba" caer en el sillón, viendo la televisión, sin preocuparse de la atención de la casa y menos de los hijos.

Según el padre, para R. fue "traumática" la separación y él no lo comprende porque ya que piensa que R., no ha


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

tenido la verdadera dedicación de una madre.

En la primera cita R. vino acompañado por su padre y su hermano. Impresionaba su imagen física, pues aparentaba más de 14 años.

Hablaba sobre todo de lo mal que le trataba su madre, y dijo que él no quiere vivir con ninguno de sus padres, aunque ha determinado el juez que él tiene que vivir con su padre. Su madre lo rechaza, a tal punto que quiere devolver la custodia a la Comunidad de Madrid.

R. me dice que no quiere estudiar y sólo desea tener 18 años para marcharse a vivir fuera de su casa con su novia. Me preguntó qué podía hacer la analista para influir sobre sus padres, que ha venido porque no quería irse a vivir con su padre y apuntó que trataría con un abogado… esa era la solución hasta que tuviera 18 años. Agrega que no quiere que nadie sepa que viene a este "lugar para locos". En ese momento le dije que si me preguntaba era porque no lo tenía claro, y le sugerí que sería necesario revisar la tensa relación con sus padres, porque a mi entender a él le estaban pasando cosas muy importantes.

R. dijo que no se sentía aliviado de venir aquí, el único motivo era que yo pudiera darle un informe para que los padres y los memos de los profesores y demás lo dejaran en paz. Que sentía decirme que los psicólogos son seres acomplejados y que atienden a sus clientes para sacarles las pasta, y el desconfiaba de todos ellos.

En resumen, los primeros encuentros versaron sobre el mal vínculo con su madre y la decisión de las autoridades que otorgaban la custodia al padre, esto ha producido y grandes discusiones y peleas entre ellos hasta llegar a las manos.

R. comenta que los conflictos con su madre surgen porque ella es una impostora, él no es ya pequeño y por tanto hace lo que le viene en gana porque él es mayor. La comunidad de Madrid tampoco es la solución, me dice. La solución es que me escuchen a mi todos esos gilipollas! Tengo las justas razones para hacer lo que hago.

Le dije en ese momento que tal vez él deseaba expresar aquí su situación, para comprender qué estaba viviendo…, responde "*seguro que tu piensas en los cuentos de hadas, te llamas Alicia… ¿de qué país? no me dirás que te crees lo de las maravillas!!! Eres una sudaca apestosa*".

Me sentí una terapeuta en jaque.

Veo que R. tiene conductas de riesgo, se siente fracasado y me lo hace sentir en sus dardos proyectivos y en su desempeño en el mundo (ya sea a nivel escolar, social, amoroso).

R. es "incapaz de esperar" y me exige certidumbres, por una parte, y los padres por otra. se suma el contexto del entorno.

La tensión creada en ese vínculo que comenzaba me hizo experimentar como si se estuviera en una embarcación sacudida por tormentosas olas y a la deriva. Me pregunté si en este espacio terapéutico ya se anunciaba una derrota antes de embarcarse y navegar.

En los siguientes encuentros R. en la casa paterna, se queja que su padre está no solo ocupado con el trabajo sino con esa "otra mujer" con la cual convive. La casa de su padre es una cárcel domiciliaria. Su padre actúa según él como un guardia civil. Pero él se escapa de noche para encontrarse con su banda y hacer su vida. Señalé que él parecía que como planteaba su situación de vida tenía una libertad condicionada…

***Líneas a tejer en R. en este comienzo***

R. significaba una pseudomadurez. Creía lograr de esta forma una adaptación social y tapar la sensación de haber sido engañado y traicionado por la intolerancia de sus padres.

Pensé que el estudio exhaustivo de R. debería ser encarado en su interrelación con el medio familiar y social.

En relación a las actuaciones violentas de R., una de las cuestiones a considerar es que lleva a la acción aquello que puede fantasear, una tendencia a pasar al acto sin reflexionar demasiado y que eso lo pone necesariamente en riesgo.

Esto es muy importante, en la medida en que me encuentro con unos padres que declinan su lugar, que se ubican como impotentes, como "fracasados" frente al embate de R., y entra en desbordes violentos, intentando que el otro cobre vida.

El padre le ofrece una cárcel-hogar, con una fantasía de protegerlo de los embates del mundo, funciona como lugares de encierro endogámico, dejando a R. a merced de sus propias pulsiones, sin tenerlo como otros con los que intercambiar deseos eróticos y hostiles, traslada a la pareja actual del padre un profundo rechazo.

***Dedicación***

Al inicio del proceso estoy con él, interesada en conocerle y acompañándole en sus esfuerzos; sus miedos declinan. Desde el comienzo entramos en un período del proceso repleto de relatos, que él vive y cuenta como gestas, con los cuales siento que R. quiere impresionarme.

***Proceso…camino terapéutico:***

Iniciada la terapia, observo a R. atrapado en un mundo terrorífico, a la vez que presenta áreas de personalidad


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

liberadas que le permiten establecer una relación de confianza conmigo.

Durante su primer año de tratamiento mostraba una intensa dispersión y confusión. La confusión impide en el interior del psiquismo el trabajo del pensar. Había que crear las condiciones de pensamiento.

***Transgresivo …la fatalidad lo gobierna***

Describía su vida cotidiana en las sesiones, que llegaba al establecimiento del instituto escolar fumando un cigarrillo de marihuana, a la vista de sus "colegas" y profesores, en actitud ostentosa.

Él relata situaciones en las que ha consumido diferentes tipos de drogas, así como actitudes violentas, estallidos descontrolados, desde la clase. Diciéndome que consume cocaína, falta con frecuencia al Instituto y no puede estudiar.

***Por fin hay madre:***

En una entrevista, que por fin tengo con la madre a solas me llama la atención el sentimiento de desconfianza. Siendo natural que los padres se interesen por la persona a la que confiarán a su hijo, a la madre de R. le invadió una angustia y desconfianza infrecuentes en el momento de venir a verme. Necesitó hacer preguntas del tipo: ¿Qué le meterá usted en la cabeza a R.? ¿Qué le dirá? ¿Usted le influenciará? ¿Cómo? ¿Le dañará? ¿Lo pondrá en contra de mi?

En un primer momento, me centré en resolver con ella sus temores, que fueron adquiriendo sentido durante el proceso de R.

Y luego dijo: "En verdad, era el hombre de la casa. Es mucho más fuerte que el hermano que le llama "gallinita" porque éste ha hecho una elección de pareja homosexual. Siempre nos peleamos mucho pero yo siento que es el único que puede."

Cuando fue a adoptarlo le pareció un "angelito negro"...si le llegó al alma al verlo estaba muy enfermo, ella es enfermera y lo rescató de la miseria y de la muerte segura. Su única salida que le dio Dios para sobrevivir fue dejarlo en sus manos. Le dieron el bautismo pronto porque podría haber muerto, y estaría en el limbo, lo rescató del diablo. Bueno en ese momento, ahora está en manos de ese diablo, comenta.

Pienso después de la entrevista con la madre en el relato de los orígenes míticos de R. La madre fue a rescatarlo de las fuerzas diabólicas para las fuerzas divinas.

**Sesiones siguientes**: "Los pájaros del mismo plumaje forman bandadas". Son sus grupo de colegas y las drogas….dice son mi refugio.

A la vez, R. sigue quejándose de no haber sido escuchado durante su niñez y, sobre todo, de la ausencia del padre como contenedor de sus crisis "Es un pringado".

Se podría pensar que hay en el consumo de drogas, un modo de tapar sufrimientos muy intensos con ambos padres.

Y R., trae un recuerdo que relata situaciones infantiles en las que se olvidaron se él en una estación de trenes, y que lloraba desbordado y quedaba solo en sus ataques de angustia, en estados de terror insoportables.

En esos momentos vimos como las drogas aparecen siendo un calmante para el dolor, el modo de evitar el sufrimiento, de olvidar.

En la consulta queda sobrepasado por cantidades: escenas de terror sin nombre.

En algunas sesiones, la angustia lo desbordaba, más bien yo tendía a realizar intervenciones que apuntaban a que pensara por qué tendría esa fuerte necesidad de que pensara por él y guiara sus actos.

***Segundo año de análisis***

Fantasma de un objeto absoluto como destrucción vengadora

Llega un día a la sesión durante el segundo año de análisis, y comienza diciendo que tuvo un sueño, el primer sueño en este tratamiento:

Todo era muy blanco como si fuera neblina, pero insiste que de color blanco, siente que si camina en la neblina desaparecerá. Luego se oscurece todo o se vuelve demasiado negro y aparece un águila rapiña.

Asoció inmediatamente que el fin de semana estuvo con sus abuelos paternos, que hablaron de que su madre era más mala que una víbora y luego dijo: "*empecé a sentir un sentimiento extraño, de mareo, y frente al espejo veía desde lejos a esa persona* (la del espejo) *y luego a la tarde no sabía quién era*".

Le señalo que si puede decir algo sobre el blanco y el negro. Y dice: *Yo soy negro*, (primera vez que lo enuncia en palabras).

Mi interpretación estuvo relacionada con sus dificultades en el proceso de separarse, de sus padres de tez blanca y él de tez negra y que probablemente, tenía sentimientos que se despertaban en él confundiéndose.

Me inclino a pensar que en este sueño se aprecia su


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

grado de confusión, relacionado con la separación del objeto materno, arcaico.

Luego de dos años de tratamiento, en una sesión comenta que descubrió, para su sorpresa entonces, un juguete de él cuando era un bebé, era una marioneta, *no era una pistola*!! exclama.

Despertó en él gran curiosidad y dio para elaborar varias representaciones en el espacio analítico.

R. me había comentado que era lo único que le quedaba de recuerdo y ya a partir de ahí contó vivencias que lo ligaban a sus abuelos maternos que habían muerto cuando él tenía 9 años. Poco a poco, esas huellas fueron ligándose hasta transformarse en cadenas de representaciones que iban conformando su recuerdo.

***Seis meses después el segundo sueño:***

A su regreso de las vacaciones, luego de expresar por primera vez que había echado de menos a la analista y que se había sentido perdido, pasó a quejarse diciendo:

Luego de un largo silencio, recordó que su padre le contó este verano que en la época de las papillas lloraba todo el tiempo, "*lloraba de hambre, desesperado, porque no me alimentaban*", expresó; al tiempo que se movía caminando en la consulta mostrándose muy angustiado.

Continuó diciendo: que había tenido un sueño, "Estaba en una selva y había una madre con un niño en brazos, y muchos otros niños a su alrededor, la madre deslumbraba".

Comenta que cree que este sueño es un presagio y que él tiene que volver a buscar a su madre de verdad con sus hermanos. R., comienza a indagar sobre sus orígenes, transforma sus creencias en relación al objeto primordial de ser en el mundo.

Me pregunto con respecto a R., que si las primeras inscripciones son fundamentalmente sensoriales, corporales, Inscripciones sensoriales, ligadas al placer o al displacer, significadas o no, traducibles o no.

Y también otro tipo de inscripciones, aquellas que remiten a un vacío en relación a sus orígenes, a la irrupción de lo no dicho, a la marca de lo que rompe las tramas.

Por otra parte, sabemos que el modo en que estas marcas se articulen está determinado por una transmisión que hace la madre adoptante de los orígenes de R. que permite un marco en el que las escenas se reorganicen.

Marcas que en el fragor de los cambios puberales de R., que se derivan en actuaciones, adicciones, pura descarga de lo no tramitado o, también, en inhibiciones y prohibiciones.

En R., se esperan movimientos transformadores… A medida de que iba transcurriendo el proceso terapéutico, los intentos destructivos de R. iban cediendo. La ligazón de su historia a través de las sesiones funcionó a la manera de una red de representaciones, que le permitió a R. comenzar a reparar y elaborar experiencias traumáticas tempranas. La historia en las imágenes con los sueños que él iba relatando, que íbamos compartiendo en sesión, funcionó a la manera de un lazo afectivo que permitió tejer una malla de neo-relaciones entre su yo y sus objetos internos.

Esto se consigue en R., con la elaboración a través del conflicto, necesidad de conjugar la voluntad integradora del análisis de una realidad siempre compleja, evitando demonizaciones así como su opuesto la angelización: cruce fructífero en R. para conjugar la necesidad de crecer, acompañada del placer de pensar, de interrogar-se de analizar-se.

## A MODO DE EPÍLOGO

En la psicoterapia con niños y adolescentes adoptados se hace patente la necesidad de construcción de un relato que facilite la historización que permita al joven paciente ligar el elemento traumático de sus orígenes. Para ello consideramos recursos terapéuticos que actúan a modo de retos creativos ampliando el campo de la técnica.

Además, como muestra la clínica desde la vertiente de lo intergeneracional, la ausencia de este elemento, podría obligar a asumir sobre sí la sombra de un fantasma, repetición de lo no elaborado en la historia parental y/o en la trama fantasmática familiar, imponiendo a las funciones de parentalidad adoptiva tener que integrar inconscientemente la identidad del intruso temido (aquella pareja biológica).

Esa presencia fantasmática intrusiva que se desearía expulsar: el retorno reprimido de los orígenes, que debe ser recreado en la propuesta de psicoterapia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ansermet, F. (2014). *Cuando la ciencia supera la realidad*. Madrid: APM Trabajos psicoanalíticos.

Bauman, Z. (1999). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. y Bordoni, C. (2016). *Estado de crisis*. Barcelona: Paidós.

Bick, E. (1968). La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas. I*nternational Journal of Psychoanalysis*, XLIX, 2-3.

Bleichmar, S. (1984). *En los orígenes del sujeto psíquico*.


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

Buenos Aires: Amorrortu.
Cadoret, A. (2003). *Padres como los demás. Homosexualidad y parentesco*.Barcelona: Gedisa.
Ferenczi, S. (1928). *Psicoanálisis*. Madrid: Espasa-Calpe.
Ferenczi, S. (1933). *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño*. En Psicoanálisis Tomo IV. Madrid: Espasa Calpe.
Glocer Fiorine, L. (2001). *Lo femenino y el pensamiento complejo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama.
Rius, M., Beà, N., Ontiveros, C., Ruiz, M. J. y Torras, E. (2011). *Adopción e identidades*. Barcelona: Octaedro.
Tubert, S. (1998). *Mujeres sin sombra: maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI
Roudinesco, E. (2003). *La familia en desorden*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B
Ungar, V. (2016). *De la función materna/paterna a la parentalidad*. APM: III encuentro de Psicoanalistas en Lengua Castellana


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

# APORTACIONES DEL TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN (MBT-A) PARA ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO ADVERSIDADES EN LA INFANCIA*

# MENTALIZATION-BASED TREATMENT (MBT-A) CONTRIBUTIONS FOR ADOLESCENTS WHO HAVE SUFFERED ADVERSITY IN CHILDHOOD

Mark Dangerfield**


## RESUMEN

El artículo se ocupa del tratamiento basado en la mentalización para adolescentes que han sufrido grandes adversidades en la infancia. Aborda el concepto de mentalización según el modelo desarrollado por Anthony Bateman, Peter Fonagy y otros autores del Centro Anna Freud de Londres. Se ilustra el abordaje basado en la mentalización con una viñeta clínica para ejemplificar algunos de los aspectos técnicos descritos.

**Palabras clave**: Adversidades en la infancia, adolescencia, mentalización.

## ABSTRACT

The article deals with treatment based on mentalization for adolescents who have suffered great adversities in childhood. It addresses the concept of mentalization according to the model developed by Anthony Bateman, Peter Fonagy and other authors of the Anna Freud Center in London. The approach based on mentalization is illustrated with a clinical vignette is to exemplify some of the technical aspects described.

**Key words**: Advesities in childhood, adolescence, mentalization.


## INTRODUCCIÓN

Existe una sólida evidencia que demuestra que las adversidades en la infancia son experiencias extremadamente comunes en aquellas personas que desarrollan trastornos mentales graves (Goff, Brotman, Kindlon, Waites y Amico, 1991; Mullen, Martin, Anderson, Roamns y Herbison, 1993; Read y Fraser, 1998; Kendler et al. 2000; Janssen, Krabbendam, Bak, Hanssen, Vollebergh, de Graaf y Van Os, 2004; Read, Van Os, Morrison y Ross, 2005; Bendall, Jackson, Hulbert y McGorry, 2008; Shevlin et al., 2008; Cutajar et al. 2010; Sorensen et al., 2010; Ashcroft et al. 2012; Dangerfield, 2012; Varese et al., 2012; Cater et al. 2014; Watson et al. 2014; Boyda et al. 2015; Fuller-Thomson y Lewis 2015). Hay también evidencia clara sobre el hecho que las personas que han sufrido adversidades en la infancia suelen ser reticentes a revelar sus historias de abuso y/o maltrato, así como que los profesionales de salud mental solemos ser reticentes a explorarlas (Jacobson et al, 1987; Craine et al, 1988; Mills, 1993; Muenzenmaier et al, 1993; Wurr y Partridge, 1996; Read, Hammersley y Rudegeair, 2007; Dangerfield, 2012).

* Ponencia presentada en el XXVIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "La técnica en psicoterapia en sus diversas aplicaciones" tuvo lugar en Burlada (Navarra) los días 15 y 16 de abril de 2016. Acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones Sanitarias de Navarra. Este artículo es una versión revisada de un artículo titulado "Sense un lloc a la teva ment, sense un lloc al món. Aspectes tècnics del treball amb adolescents negligits" publicado en el número 2 del año 2016 de la Revista Catalana de Psicoanàlisi.

** Psicólogo clínico y psicoterapeuta del Hospital de Día para Adolescentes de Badalona (Fundación Vidal y Barraquer). Psicoanalista (SEP-IPA). Profesor del Instituto Universitario de Salud Mental (Universidad Ramón Llull). Supervisor MBT-A acreditado por el Anna Freud Centre de Londres. AMBIT Associate Trainer en el Anna Freud Centre de Londres. Email: markdangerfield@hotmail.com


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

En el Hospital de Día de Adolescentes de Badalona (Fundación Vidal y Barraquer) trabajamos con adolescentes que presentan cuadros compatibles con trastornos mentales graves. A la vez, se ponen de manifiesto dinámicas familiares disfuncionales en un porcentaje muy elevado de los casos. Los datos que hemos recogido en los últimos años, que detallaré brevemente en este trabajo, apoyan la evidencia existente que demuestra la relación entre el hecho de sufrir adversidades en la infancia y un mayor riesgo psicopatológico, así como la relación entre las adversidades sufridas en la infancia de los adolescentes atendidos con el hecho de que sus progenitores también sufrieran adversidades en su propia infancia. Este hecho nos ayuda a entender la transmisión transgeneracional del trauma relacional y sus repercusiones a nivel conductual, psicosocial y psicológico-relacional.

En términos muy generales e independientemente de las manifestaciones a nivel clínico-fenomenológico, podemos entender las adversidades sufridas durante la infancia como experiencias traumáticas a menudo pre-conceptuales (Grimalt, 2012; López-Corvo, 2014), que han causado importantes daños en la organización de la esfera emocional, afectando la capacidad de modular las emociones, la capacidad de dar sentido a la propia experiencia emocional y las capacidades de mentalización.

Las complejidades del trabajo clínico con este perfil de jóvenes y la necesidad de implementar cambios técnicos en el abordaje psicoterapéutico me llevaron hace unos años a formarme en el Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres en el modelo del Tratamiento Basado en la Mentalización –MBT– y el Tratamiento Basado en la Mentalización para Adolescentes –MBT-A– . Mi formación previa como psicoterapeuta de orientación psicoanalítica y como psicoanalista son de gran valor de cara a la comprensión del funcionamiento mental, de la dinámica relacional y de los aspectos predominantes de psiquismo primitivo en este tipo perfil de jóvenes. Sin embargo, las aportaciones a nivel técnico del MBT-A contribuyen de forma muy valiosa al establecimiento de una alianza terapéutica y al desarrollo del proceso terapéutico, como trataré de mostrar en este trabajo. A la vez, hay evidencia que apoya el modelo basado en la mentalización para el tratamiento de pacientes jóvenes con trastornos de personalidad así como de adolescentes con conductas autodestructivas (Bateman & Fonagy, 2008 y 2009; Rossouw & Fonagy, 2012).

Para concluir esta introducción, considero importante mencionar las dificultades del trabajo psicoterapéutico con este perfil de jóvenes. Es una tarea dura y compleja, sobre todo por lo que implica de tener que hacernos cargo de las intensas ansiedades no mentalizadas y del predominio de los vacíos emocionales en la vida psíquica de estos jóvenes: un muy intenso sufrimiento sin palabras que predomina en su mundo interno. Necesitan ayuda de forma desesperada, pero es frecuente ver que el contacto con sus necesidades emocionales es algo muy amenazador, por como desestabiliza su frágil sistema de supervivencia. Tolerar la dependencia y la necesidad de afecto es algo vivido a menudo como catastrófico, por la falta de confianza en una relación suficientemente disponible y fiable, siendo muy frecuente observar el hecho que viven el contacto con otro ser humano como algo que implica el miedo a una repetición traumática de la vivencia de abandono, de desprecio y de maltrato. Una vivencia de no existir para los demás o de una profunda desconfianza en las relaciones humanas que les ha acompañado casi siempre y que, a su vez, les hace vivir mucha rabia hacia el mundo, algo que comprensiblemente también les causa terror. Por todo ello, en la relación terapéutica hay que ser muy activos para tratar de construir una relación de confianza, que es la única vía para poder ayudar a estos jóvenes. La actitud técnica del psicoterapeuta de permanecer en una posición más neutral o distante tiene importantes contraindicaciones, ya que muy probablemente aumentará la ansiedad persecutoria del joven o bien será vivido como algo que confirma la vivencia de desprecio y falta de interés del adulto hacia él.

Fonagy, en una entrevista que publicamos en la revista Temas de Psicoanálisis en 2013 –tuve la suerte de poder formar parte del consejo editorial de la revista a lo largo de los seis primeros números– explica cómo llegó a entender la necesidad de repensar el modelo terapéutico para trabajar con pacientes tan dañados: “Yo trabajaba en ese momento con pacientes graves (...) les ofrecía interpretaciones y esperaba que mis insights de alguna manera transformaran sus vidas (...) No sucedía. El tratamiento clásico simplemente no tenía efecto. Mis interpretaciones eran irrelevantes para ellos (...) no importaba lo que yo dijera. Yo podía sentir en una sesión que había entendido especialmente bien e interpretado exitosa y copiosamente, pero eso no era lo importante. Entonces empecé a preguntarme qué era lo importante. Así fue como mis ideas cristalizaron en torno al concepto de mentalización: el pensar sobre los pensamientos y sentimientos era lo importante; lo fundamental no


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

era el contenido de la interpretación, sino el trabajo de orientarse hacia este contenido".

Como dice Fonagy, es importante implementar medidas terapéuticas adaptadas a las características de estos jóvenes, con modificaciones técnicas considerables del psicoanálisis o de la psicoterapia psicoanalítica. Pienso que muchos compañeros psicoanalistas o psicoterapeutas de orientación dinámica ya introducen modificaciones técnicas al trabajar con este perfil de jóvenes, aunque quizás sin una sistematización o manualización de esta intervención, algo que sí se ha hecho desde el Tratamiento Basado en la Mentalización para Adolescentes –MBT-A en sus siglas en inglés–.

Presentaré primero un resumen de algunos de los datos que ilustran la dramática realidad de las adversidades sufridas en la infancia, así como el grave problema de la falta de detección de las mismas por parte de los profesionales de salud mental, para luego abordar el concepto de mentalización según el modelo desarrollado por Anthony Bateman, Peter Fonagy y otros autores del Centro Anna Freud de Londres. Seguidamente plantearé algunas características del abordaje terapéutico basado en la mentalización, y lo ilustraré con una viñeta clínica para ejemplificar algunos de los aspectos técnicos descritos.

## DATOS SOBRE LAS ADVERSIDADES EN LA INFANCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en 2014 unos datos alarmantes sobre las estimaciones que hacen del maltrato que sufren los menores en Europa. La OMS dice que de los 190 millones de menores de edad censados en Europa en 2014, 18 millones sufren abuso sexual, 44 millones maltrato físico y 55 millones maltrato psicológico. Esto representa que un 30% de los menores en Europa sufre algún tipo de maltrato, sin contabilizar la negligencia parental que es siempre más elevada (Dangerfield, 2012; Varese et al., 2012) y que también conlleva graves consecuencias en el desarrollo emocional de los niños. Son datos muy preocupantes, pero lo más alarmante es que la misma OMS dice que el 90% de los casos de maltrato nunca son detectados.

Una historia de trauma o abuso ha sido claramente identificada como un factor de riesgo de trastornos mentales graves así como un factor de riesgo de suicidio en la adolescencia (OMS, 2013, 2014). Zsuzsanna Jakab, directora regional para Europa de la OMS afirmó en 2013: "Ha llegado el momento de que se reconozca el maltrato infantil como un problema de salud pública y no sólo como un problema de justicia penal o social". Desgraciadamente todavía estamos lejos de ese momento, aunque es complejo o quizás debería decir preocupante entender los motivos por los que no está sucediendo este cambio.

En el año 2012 se publicó un artículo sobre el primer meta-análisis llevado a cabo sobre trabajos de investigación realizados entre 1980 y noviembre de 2011, con la idea de examinar la relación entre la psicosis y las adversidades sufridas en la infancia (Varese, Smeets, Drukker, Lieverese, Lataster, Viechtbauer, Read, Van Os y Bentall, 2012). El título del trabajo es concluyente: "Las adversidades en la infancia aumentan el riesgo de psicosis". Los autores explican que se demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre las adversidades sufridas en la infancia y un aumento del riesgo de desarrollar algún trastorno psicótico.

Hay muchos otros trabajos de investigación –que por cuestiones de espacio no citaré en este trabajo– que demuestran la relación entre diferentes tipos de adversidades sufridas y el riesgo aumentado de padecer diferentes trastornos psicopatológicos, así como un riesgo aumentado de conductas autodestructivas que se manifiestan habitualmente a partir de la adolescencia.

También hay evidencia de que los acontecimientos adversos en la infancia son insuficientemente explorados en el ámbito de la salud mental. Las historias de abuso no se tienen en cuenta o muchas veces ni siquiera se exploran (Cavanagh, Read y New, 2004). Estudios realizados en Estados Unidos y el Reino Unido han descubierto que los profesionales de salud mental identifican menos de la mitad de los casos de abuso reportados a los investigadores. La proporción identificada por los clínicos varía de 48% a 0% (Jacobson y Richardson, 1987; Craine et al, 1988; Mills, 1993; Muenzenmaier et al, 1993; Read, Hammersley y Rudegeair, 2007).

Quisiera citar brevemente algunos datos del proyecto de investigación que estamos llevando a cabo en el Hospital de Día de Badalona donde, habiendo estudiado los casos atendidos entre 2008 y 2015 (N = 182), encontramos que un 95% cumple criterios de inclusión en una o diversas categorías de adversidades en la infancia –abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental, muerte parental y bullying–, con un 12% de los menores que han sufrido abuso sexual, un 13% maltrato físico, un 44% maltrato psicológico, un 28% negligencia parental y un 3% bullying. Estos datos se refieren al indicador principal detectado, pero entendiendo que si un menor sufre abuso sexual en el entorno familiar más cercano –que según todos los estudios son la mayoría


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

de los casos de abuso sexual– también está sufriendo maltrato físico, psicológico y negligencia parental. Esto implica que las cifras absolutas en cada categoría sean en realidad las siguientes: un 12% de los pacientes ha sufrido abuso sexual, un 25% maltrato físico, un 69% maltrato psicológico y un 97% de los adolescentes negligencia parental.

Un dato muy preocupante en nuestro estudio es la falta de detección de las adversidades, encontrando por ejemplo en el caso de los abusos sexuales que sólo el 22% habían sido detectados antes del ingreso en nuestro centro, mientras que el 78% de los casos fue detectado durante el ingreso. En el 22% de casos detectados antes del ingreso no había ningún caso de intento de suicidio, mientras que en el 78% de los casos donde los abusos no habían sido detectados a pesar de estar siendo atendidos por diferentes servicios de salud mental, nos encontramos que un 47% de los jóvenes nos llegan después de haber hecho un intento de suicidio. Los datos hablan por sí mismos, aunque no es la intención de este trabajo profundizar en esta cuestión. Sólo quisiera citar a Read (Read, Hammersley y Rudegeair, 2007) cuando nos recuerda que los profesionales de la salud mental no tenemos que estar convencidos de la relación causal de las adversidades sufridas con las diferentes categorías diagnósticas –relación causal sobre la que existe mucha evidencia científica– para entender la importancia de preguntar a la gente que estamos tratando de ayudar sobre lo que ha sucedido en sus vidas. Creo que es muy grave que a día de hoy no se exploren sistemáticamente las adversidades en la infancia de forma activa en todos los pacientes atendidos en los diferentes servicios de salud mental. También es muy preocupante que no se forme a los profesionales de salud mental sobre esta cuestión.

Otro dato que quisiera subrayar de nuestro estudio es que de la totalidad de los casos (N = 182), un 84% de los progenitores había sufrido adversidades en su propia infancia, mientras que sólo en un 11% de los casos no se pudo confirmar que las hubieran sufrido y en un 5% de los casos no fue posible recoger los datos. Estos datos confirman la hipótesis de la transmisión transgeneracional del trauma relacional, que he mencionado en la introducción y que tampoco tengo intención de desarrollar en este trabajo. Lo que sí que vale la pena mencionar es que hay estudios que demuestran que la capacidad de mentalización no se hereda biológicamente, sino que se desarrolla en el contexto de relaciones de apego o de vínculo temprano (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). La capacidad de mentalización se desarrolla de manera óptima en el contexto de un vínculo seguro (Allen, 2013; Allen y Fonagy, 2008; Bleiberg, Rossouw, y Fonagy, 2012) y de la misma manera la experiencia clínica nos muestra que las peores capacidades de mentalización se dan en las relaciones donde ha predominado un vínculo desorganizado. Esto se ve en las personas que presentan trastornos graves de personalidad, donde también se ha demostrado que han crecido en entornos relacionales donde ha predominado el estilo de apego desorganizado.

Este es el drama de la transmisión transgeneracional del trauma relacional, ya que si una persona ha sufrido adversidades severas en su infancia sin haber recibido ayuda adecuada y suficiente, muy probablemente no tendrá los recursos internos necesarios como para poder ofrecer una relación emocional mínimamente segura a sus hijos, con el consecuente impacto sobre el desarrollo de las capacidades de mentalización en los hijos. Para ser capaz de proteger y cuidar hay que tener experiencias relacionales fiables internalizadas, hay que sentir la esperanza en las relaciones humanas como algo fiable, es decir, la posibilidad de confiar en alguien que nos pueda ayudar. Si no es así, la historia se repite: para un adulto que no haya conocido otra opción en esta vida, el mundo no es fiable y se convierte en un lugar inhóspito, un lugar en el que se sobrevive organizando un "falso self" que lo sostenga, pero que esconde una enorme fragilidad y déficits a nivel emocional. Los déficits en las capacidades de mentalización de los progenitores hacen que se muestren torpes en las relaciones afectivas profundas, con importantes dificultades en la capacidad de gestionar su propia vida emocional y, en consecuencia, la relación con los demás.

Antes de entrar en aspectos del abordaje terapéutico desde el tratamiento basado en la mentalización, que considero muy indicado para adolescentes que han sufrido adversidades durante su infancia, quisiera detenerme brevemente para exponer algunas ideas que ayuden a aclarar de qué estamos hablando cuando hablamos de mentalización.

## ¿QUÉ ES LA MENTALIZACIÓN?

Combinando el marco de la teoría psicoanalítica, la teoría del apego y aspectos de la investigación sobre el desarrollo social-cognitivo, un grupo de profesionales de salud mental liderados por Peter Fonagy han propuesto un marco de referencia para la psicopatología y la psicoterapia. El propio Fonagy dice que en realidad es un modelo poco innovador, ya que más bien se trata de un


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

intento consciente de agrupar conocimientos de diferentes disciplinas académicas y prácticas clínicas, creando una terminología común y dando una importancia capital a la investigación y la evaluación de la intervención terapéutica.

Estos autores entienden la mentalización como la capacidad de comprender las acciones propias y ajenas en términos de pensamientos, sentimientos, esperanzas y deseos. Es una función que permite comprender y comunicar sobre la conducta propia y ajena en términos de estados mentales intencionales.

Me gusta particularmente una definición sencilla que dice así: la mentalización es la capacidad de vernos a nosotros mismos desde fuera y a los otros desde dentro. Es la capacidad para entender que las ideas y las emociones, tanto propias como ajenas, son representaciones mentales y no copias fieles de la realidad externa (Fonagy y Target, 1997). En este sentido, la mentalización es un proceso y no un contenido. Un proceso según el cual el individuo trata de dar un sentido al mundo que le rodea, atribuyéndose a sí mismo y a los demás estados mentales. Esto le permite prever y comprender su propio comportamiento, el de los demás y las relaciones interpersonales.

Mentalizar, la representación de nuestros estados mentales, es la columna vertebral de nuestro sentido de sí mismo y de nuestra identidad (Fonagy y Target, 1997) .Vernos a nosotros mismos y a los demás como seres agentivos e intencionales conducidos por estados mentales que son significativos y comprensibles, crea la coherencia psicológica sobre uno mismo y los demás que es esencial para manejarse en el complejo mundo social (Bateman y Fonagy, 2016).

Implica también la capacidad de diferenciarnos psicológicamente de los demás y, además, está fuera de toda duda que los estados mentales influencian la conducta: creencias, deseos, sentimientos y pensamientos, tanto si somos conscientes de ellos como si no, siempre influencian lo que hacemos (Bateman y Fonagy, 2016).

Una mentalización efectiva implica tener curiosidad sobre los estados mentales propios y ajenos, conciencia del impacto emocional que pueden tener las cosas que decimos y que hacemos sobre los demás, conciencia de que los estados mentales son opacos –una obviedad, aunque vale la pena recordar que por mucha experiencia que tenga un profesional de salud mental nunca será, afortunadamente, un “lector de mentes”–, capacidad de tomar diferentes perspectivas sobre una misma realidad, una actitud no-paranoide y poder tener confianza en los demás.

La mentalización tiene una naturaleza multidimensional, ya que desde la neurociencia han identificado 4 dimensiones diferentes (Lieberman, 2007) que son muy útiles en contextos clínicos: 1. La mentalización automática vs controlada o mentalización implícita vs explícita. Es imposible estar mentalizando todo el tiempo, pero eso no quiere decir que en ciertos momentos no esté en marcha a pesar de que no seamos conscientes de ello. El trabajo terapéutico siempre va encaminado a estimular la mentalización explícita del paciente. 2. Mentalización de uno mismo vs de los demás. 3. Mentalización en relación a las características internas vs externas. 4. Mentalización cognitiva vs afectiva: mentalizar lo que tanto nosotros como la otra persona podemos estar pensando, o bien mentalizar lo que podemos estar sintiendo.

La mentalización será efectiva si el individuo puede mantener un equilibrio a través de estas dimensiones y si las aplica de manera apropiada en función del contexto. Si lo pensamos, podremos ver como diferentes tipos de trastornos psicopatológicos pueden distinguirse en base a diferentes combinaciones de alteraciones a lo largo de las 4 dimensiones.

Debemos recordar que la mentalización es frágil y que el ser humano no es demasiado bueno en mentalizar, ya que estamos diseñados para perder esta capacidad de forma continuada. Es una capacidad que se ve muy fácilmente desbordada y nunca es enteramente estable, consistente o unidimensional. Cuando recibimos un impacto emocional que perturba nuestra capacidad de mentalización recurrimos a una figura de apego que nos dé tranquilidad y confianza, para recuperarnos, o bien a los objetos internos fiables –experiencias de relación suficientemente buenas que hemos internalizado– que nos acompañan desde dentro y nos permiten reencontrar cierta calma para recuperar las capacidades de mentalización mermadas por la ansiedad vivida. Todos tenemos más dificultades para mentalizar en situaciones de ansiedad elevada, mientras que la capacidad de recuperar la mentalización en estas situaciones nos hace más resilientes. En este sentido, el proceso terapéutico tiene como objetivo principal que los adolescentes desarrollen mejores capacidades de mentalización en situaciones potencialmente desestabilizantes que les llevan a actuaciones de riesgo.

Cuando se pierde la capacidad de mentalización se da una re-emergencia de unos modos de experimentarse a uno mismo y a los demás que tienen paralelismos con las formas en las que se comportan los niños pequeños


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

antes de que hayan desarrollado plenas capacidades de mentalización. Son los modos de "no mentalización", que se denominan equivalencia psíquica, el modo teleológico y el modo de simulación. Son el resultado de desequilibrios entre las dimensiones de la mentalización mencionadas anteriormente. Es importante para el clínico poder reconocer y entender estos modos de "no mentalización" para tratarlos cuando aparezcan ya que suelen ser causa de importantes dificultades interpersonales y resultar en conductas destructivas (Bateman y Fonagy, 2016).

La equivalencia psíquica implica tratar la propia mente y los contenidos de la misma como si fueran hechos concretos de la realidad externa, es decir, estados donde la realidad mental es vivida como la realidad externa, sin posibilidad de tomar una perspectiva diferente. Es lo que a menudo se llama un pensamiento muy concreto en los jóvenes que atendemos (Bateman y Fonagy, 2016).

En el modo de simulación, se observa una tendencia a llenar el discurso de palabras o teorías que están muy desconectadas de la emoción y de la realidad que estamos viviendo. El discurso del paciente suena vacío, sin sentido, inconsecuente y circular. Son estados donde predomina la disociación y en casos extremos la desrealización. En este estado el paciente puede hipermentalitzar o pseudomentalitzar, que son estados en los que hay mucho discurso sobre supuestos estados mentales pero con muy poca conexión con la realidad (Bateman y Fonagy, 2016). Este estado es también observable en ciertos momentos de reuniones de equipos o sesiones clínicas donde se entra en grandes discusiones teóricas sobre un caso, pero alejándonos del contacto con la realidad del estado emocional y sufrimiento del paciente.

En el modo teleológico, o pensamiento tipo "quick fix thinking", de soluciones concretas rápidas y mágicas, se comprenden las acciones en términos de lo físico en lugar de lo que sucede a nivel mental, buscando el alivio rápido del malestar a través de acciones sin pensamiento. En este modo de funcionamiento hay mucha actuación y los estados mentales son reconocidos sólo si sus resultados son físicamente observables (Bateman y Fonagy, 2016). También se observan con cierta frecuencia en equipos cuando la ansiedad de un determinado caso que nos ocupa nos mueve a una actuación precipitada.

## DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN Y EL CONCEPTO DE "ALIEN SELF"

En el momento de nacer, el bebé es incapaz de regular sus emociones. Para ello, necesita un vínculo seguro con alguien que entienda y responda a los cambios momento-a-momento en su estado emocional. La mentalización se da por el retorno al bebé de su experiencia emocional de manera marcada –marked mirroring–, algo que etiqueta la emoción y comunica que es controlable. Esto va formando lo que se conoce como "representación secundaria" de la experiencia del niño en su mente (Bateman y Fonagy, 2004). Esta experiencia repetida gradualmente formará el "sí mismo" nuclear del niño (Fonagy, 2000), que es una representación basada en la comprensión de los sentimientos del niño por parte del cuidador en el contexto de un vínculo seguro, así como la percepción del niño por parte del adulto como un ser intencional. Esto lleva a una representación interna de sí mismo como ser intencional y como agente, que se generaliza a la representación de los otros dando lugar al desarrollo de un modelo de mentalización del mundo (Fonagy, 2000). Este modelo ayuda al niño a percibir el mundo relacional con sentido y en cierto modo predecible, así como responder a las complejidades de la realidad social con resiliencia (Fonagy, 2000).

En el caso en que este proceso no se desarrolle de forma mínimamente adecuada, lo que sobre todo sucede en las relaciones donde predomina un tipo de vínculo desorganizado, puede dar lugar a la constitución de lo que Fonagy ha llamado "alien self" (Fonagy, 2000). Para definir este concepto, propondría hacer un ejercicio de imaginación de ponernos en el lugar de un niño muy pequeño, poniendo palabras –que este niño aún no tiene– a cómo nos explicaría lo que representa este proceso desajustado y de falta de contingencia del adulto desde su perspectiva. Podríamos imaginar que podría decirnos algo como: "si quien me cuida percibe mal mi estado interno, si se asusta o se enfada por mi malestar, lo que yo veré y experimentaré es el miedo o rabia en el otro. Entonces, la experiencia que internalizo es la experiencia que mi malestar asusta o enfada al otro a quien necesito mucho, lo que me lleva a la experiencia interna que yo doy miedo o hago rabiar al otro, cuando lo que realmente me ocurre


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

es que estoy solo y aterrorizado". Sería como si ese niño fuese incorporando esta experiencia negligente como un aspecto nuclear de su sentido de "sí mismo", cuando en realidad es un estado de quien le cuida que se convierte en un "estado alien" del niño, mientras que su estado real es que está solo y muy asustado por ansiedades que le desbordan y no puede procesar.

Este concepto de "alien self" se refiere al proceso en el que las representaciones del cuidador sobre el niño están basadas en atribuciones erróneas, algo que promoverá que el niño internalice representaciones desajustadas de sí mismo. La representación secundaria en la mente del niño será ajena, extraña al estado mental e intencionalidad auténtica del niño. Esta representación extraña se convierte en parte del concepto interno del self: "alien self" (Fonagy, 2000). Si la relación con los cuidadores está predominantemente marcada por experiencias repetidas de este tipo, se dará una situación donde la mente del niño esté dominada por un "alien self".

La experiencia interna del "alien self" es similar a la experiencia de un atormentador interno: constante autocrítica, odio a sí mismo, ausencia de validación interna y expectativa de fracaso. El self es odiado y, a través de las lentes proyectadas del "alien self", el mundo externo puede ser percibido como potencialmente hostil, humillante y persecutorio. A la vez, las representaciones internas son incongruentes con las propias experiencias y las representaciones de los otros serán también desajustadas y llevarán a la experiencia que el mundo relacional no tiene sentido ni es predecible o manejable. De todo ello se desprende que el "alien self" impide el desarrollo de la mentalización (Rossouw y Fonagy, 2012) y es un elemento importante para comprender aspectos del funcionamiento de los adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia.

Estas adversidades vividas por los jóvenes en su niñez hacen que hayan sido poco capaces de internalizar e integrar una "presencia de mente" (Mitrani, 2007) capaz de recibir, digerir y transformar las experiencias emocionales desde las etapas más tempranas de la su vida. Por este motivo, tal como describe Mitrani, se pueden sentir empujados a utilizar su propio cuerpo y las sensaciones de su cuerpo como continente para los hechos no mentalizados, algo que desde el modelo de la mentalización se explica también como una necesidad de recuperar un cierto control frente las ansiedades de fragmentación. Unas ansiedades que tienen una fuerte relación con la vivencia primitiva del abismo catastrófico delante del objeto impermeable o el objeto ausente, que forman parte de sus experiencias relacionales tempranas.

## NEGLIGENCIAS EN LA INFANCIA Y FALLAS EN LA CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Tal como hemos visto, es en las relaciones de vínculo temprano donde los niños aprenden a mentalizar. Todos hemos tenido experiencias de falta de sintonía con nuestros cuidadores, incluso hay datos que dicen que la media de veces en las que la percepción de la madre está en sintonía con el estado mental de su hijo pequeño es de un 30% (Fonagy, comunicación personal). Entonces, ¿cómo podemos entender el hecho de que no todos tenemos un "alien self" similar? La respuesta es bien sencilla, ya que tiene que ver con la cantidad de experiencias de falta de sintonía, con la calidad de la relación cuando hay sintonía y con la presencia de la reparación que nos valida. Todos los cuidadores se equivocan o leen mal los estados mentales de los niños, pero la posibilidad de que esta falta de sintonía sea reconocida y reparada es también una experiencia valiosa de cara a favorecer la mentalización. Este es un aspecto importante a tener en cuenta en la relación terapéutica, como expondré más adelante.

El problema aparece cuando la falta de sintonía se convierte en una negligencia: cuando el cuidador es consistentemente desajustado o ausente. El niño no desarrollará la representación secundaria del mundo interno que le ayuda a darle sentido y tendrá mucha más probabilidad de actuar las experiencias internas –sobre todo las que implican malestar– en lugar de ser capaz de regularlas por sí mismo. En estos casos nos encontramos con niños con un mundo interno dominado por una prevalencia de experiencias emocionales no integradas, en el contexto de dinámicas patológicas de los objetos tempranos que han sido internalizadas. Esto incidirá en diferentes esferas fundamentales de la organización de su vida emocional y relacional, aumentando a la vez considerablemente el riesgo psicopatológico. La capacidad de mentalización queda seriamente dañada.

En la adolescencia, estas mermadas capacidades de mentalización tienen una incidencia directa en una mayor dificultad para encontrar sentido a la conducta de los demás, una mayor dificultad para saber o entender nuestros propios sentimientos, mayor ansiedad, sensación de pérdida, rabia y desesperación. También hay más


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

presencia de sentimientos paranoides y de miedo a perder a las personas más cercanas. Pero uno de los sentimientos que es fuente un sufrimiento más intenso y de un mayor riesgo de actuaciones tanto auto como heterodestructivas es el sentirse malo, el sentirse destruido desde dentro. Es muy frecuente encontrarnos con jóvenes que se sienten desbordados por un intenso odio hacia sí mismos y pensamientos tipo: "soy horrible, me odio, debería estar muerto/a, nadie me echará de menos…". Como consecuencia, el joven tiene la necesidad de recuperar el control sobre la espiral de ansiedades confusionales y catastróficas que le invaden, por lo que recurre a la actuación como forma desesperada de sentir que vuelve a tener cierto sentimiento de agencia sobre su propia vida.

Al perder capacidad de mentalización hay un sentimiento de fragmentación, de pérdida de coherencia y pérdida del sentimiento de agencia sobre la propia vida. La búsqueda de la figura de apego no contiene, por la negligencia severa imperante en la relación o sencillamente por ausencia. Las experiencias internalizadas de relación a los que uno recorre para buscar contención desde el mundo interno tampoco sirven, ya que no hay una presencia suficiente de objetos internos mínimamente continentes, sino más bien un predominio del "alien self" que aumenta la desesperación. Esta situación estimula la actuación violenta, tanto auto como heterodestructiva, una violencia que podemos entender como escudo ante estas ansiedades catastróficas, como una especie de ilusión de recuperar un control ante la vivencia catastrófica y no sólo como una evacuación de un malestar que no puede ser procesado de otra manera.

Una experiencia violenta intensa crea un foco y contiene la fragmentación, ya que hace sentir que se recupera un control frente al caos y el vacío. Estas actuaciones son claros síntomas de los déficits en la capacidad de mentalización (Bateman y Fonagy, 2004) así como también desesperados intentos de liberar al self del "alien self" (Fonagy et al., 2002).

En las autolesiones encontramos un dramático ejemplo de este desesperado mecanismo de supervivencia, ya que además de toda la lectura que podemos hacer desde la dimensión sensorial del acto auto-lesivo, es valioso pensarlo también desde la sensación de recuperar un cierto control sobre un dolor psíquico insoportable para el adolescente.

Cualquier mecanismo que haga sentir que se detiene la fragmentación es valioso, como el moverse hacia proyecciones masivas sobre objetos externos estimulando vivencias altamente persecutorias. Una ansiedad persecutoria es algo mentalizable ya que hay un perseguidor, mientras que la vivencia más primitiva y catastrófica de la ausencia sería el vacío no mentalizable, el dolor no mentalizable del que se puede huir volviendo a la esfera sensorial, aferrándose a las sensaciones como forma de supervivencia psíquica (Coromines, 1991, 1994). Es el agujero negro, el abismo, un área mucho más terrorífica y primitiva que la del objeto malo perseguidor, que permite recuperar un cierto control sobre la amenaza catastrófica de la des-mentalización.

En la necesidad de recuperar un cierto control vemos como las acciones y las asunciones reemplazan al pensamiento. Esto es algo que nos pasa a todos cuando perdemos nuestra capacidad de mentalización: nos sentimos seguros de que tenemos la razón; aumentan las certezas que tenemos sobre los demás y sobre nosotros mismos; hacemos más generalizaciones, etiquetamos y actuamos; nos sentimos seguros sobre lo que alguien está sintiendo y/o pensando; asumimos que los demás se sienten exactamente como nosotros. Todo queda al servicio de tratar de controlar lo que sentimos como fuera de control.

El adolescente con déficits de mentalización que no se siente entendido, puede sentir el mundo en contra de él, lo que ataca y destruye su sentido de "sí mismo" que, además, está en proceso de formación. Esto destruye lo que él es y desata ansiedades de fragmentación, lo que conforma una realidad insoportable que le empuja a la actuación.

## ASPECTOS TÉCNICOS: ALGUNAS APORTACIONES DE LA MBT-A

Un concepto desarrollado Fonagy que considero fundamental para entender el trabajo terapéutico es el concepto de confianza epistémica (Fonagy y Allison, 2014) –de la palabra griega episteme: conocimiento o las raíces del conocimiento–, que se refiere al tipo específico de confianza requerida para permitir una disponibilidad a aprender del otro, sobre todo el aprendizaje de competencias sociales. La confianza epistémica es un tipo de confianza particular en la que predomina un sentimiento de que el conocimiento humano y la información humana comunicada por otros seres humanos es fiable.

Fonagy describe como en la relación terapéutica esta confianza se basa en –o se estimula por– el conocimiento que el paciente tiene sobre el hecho de que el terapeuta ha conectado con autenticidad y empatía con él, entendiendo fundamentalmente su sufrimiento. Esta conexión empática, que podemos entender como el hecho de que el paciente se ha sentido adecuadamente mentalizado, es lo


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

que permite sentir al paciente que puede confiar en lo que el terapeuta ofrecerá en términos de conocimiento. Es lo que permitirá que el paciente pueda aprender sobre sí mismo a través de la mente de alguien en quien confía. A la vez, cuando el paciente tenga experiencias de falta de contingencia por parte del terapeuta, las probabilidades de una apertura hacia recibir aprendizaje del mismo disminuirán. Esta teoría deriva del trabajo experimental de Gergely y Csibra (Gergely y Csibra, 2005) sobre la construcción social del yo subjetivo.

Si pensamos en el perfil de adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia, siguiendo lo descrito Fonagy en relación a la confianza epistémica, podemos entender que en su historia relacional las experiencias relacionales adversas les han llevado a un cierre de esta vía de aprendizaje, quedando dañada su capacidad de aprender a través de la experiencia emocional con otros, mostrándose más inflexibles y rígidos ante el cambio. Este es un obstáculo fundamental que enfrentamos en el trabajo terapéutico, ya que configura un escenario inicial de la relación donde el joven muy a menudo no pide ayuda, sino que más bien la puede rechazar activamente. En estos casos puede ser frecuente que el clínico o el equipo que trabaja con el joven trate de encontrar la manera de introducir algún cambio en esta forma de pensar o de sentirse del joven, cuando desde la intervención centrada en la mentalización lo primero que deberíamos preguntarnos es qué debemos cambiar en nuestra propia mente para poder llegar a este joven que no espera nada bueno de una relación con un adulto.

Nuestra tarea principal es tratar de ofrecer una relación donde puedan tener la experiencia de alguien que está genuinamente interesado en ellos, alguien que tiene su mente en mente, que les hace sentir que ellos importan como seres humanos y que tratamos responder de forma contingente en un amplio abanico de situaciones diferentes. En diferentes trabajos Fonagy describe cómo esta experiencia relacional puede tener un efecto terapéutico porque favorece un cambio en su disponibilidad y actitud mental hacia las relaciones, de tal manera que puedan estar más abiertos a ser influenciados por posibles relaciones benignas y benévolas que ya podían tener en su entorno, pero que eran incapaces de ver y aprovechar. Esto es lo que les ayuda a mejorar: el poder abrir la puerta a la confianza epistémica, que había sido cerrada dando lugar a unas muy dañadas capacidades de aprender por la experiencia emocional, lo que ha hecho vivir a estos jóvenes dominados por una hipervigilancia epistémica y una desconfianza epistémica, en lugar de la confianza que les permita recibir lo valioso que las relaciones humanas afortunadamente pueden ofrecer.

Por todo lo mencionado, el objetivo general de este modelo es “desarrollar un proceso terapéutico en el que la mente del paciente se convierta en el foco del tratamiento” (Bateman y Fonagy, 2016), es decir, estimular la mentalización explícita del paciente y ayudarle a desarrollar una mejor comprensión de lo que él siente y piensa sobre sí mismo y sobre los demás, sobre cómo esto afecta directamente a la forma en que responde a sí mismo y a los demás, así como el poder entender que los errores en la comprensión de sí mismo y de los otros pueden conducir a actuaciones para mantener una cierta estabilidad mental y para amortiguar el impacto de emociones incomprensibles (Bateman y Fonagy, 2016). El terapeuta deberá recordar este objetivo al paciente en todo momento, ya que un aspecto esencial del trabajo es ayudar a ver que el proceso terapéutico no es algo misterioso que sucede sin que el paciente se dé cuenta, sino que el joven ha de entender el foco que siempre tendremos presente (Bateman y Fonagy, 2016).

Para muchos de estos jóvenes, acercarnos a pensar sobre aspectos centrales de su historia pasada y presente es insoportable, así como el contacto con las emociones y con la necesidad es catastrófico, debido a tener un mundo interno poblado de objetos abandónicos, negligentes y/o maltratadores, que les lleva a esperar lo mismo de la relación terapéutica. Por este motivo, lo que nos planteamos como objetivo principal es la necesidad de darnos tiempo para intentar desarrollar el pensamiento en áreas que sean más tolerables. Esto se puede conseguir más fácilmente si los acompañamos desde el nivel más primitivo: desde el nivel sensorial a partir del cual comenzar a construir juntos el pensamiento, es decir, desde la mentalización de la nueva experiencia emocional compartida con nosotros. Es más importante estimular la mentalización sobre el nivel sensorial de lo que estamos compartiendo –que se ponga en marcha el proceso de mentalización– que el contenido concreto del discurso.

Un problema central para muchos pacientes es su vulnerabilidad a la pérdida de la capacidad de mentalización. Esta vulnerabilidad se asocia con una sensibilidad interpersonal que dispara la desregulación emocional y la impulsividad. Hay evidencia que demuestra que las mejores capacidades de mentalización son resilientes, por lo que nuestro objetivo principal es abordar esta vulnerabilidad, tratando de mejorar la capacidad de mentalización del adolescente y su familia, dejando como algo secundario al abordaje de las realidades insoportables que a menudo presentan estos casos. El tratamiento está basado en la relación y el terapeuta


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

es visto como un participante activo y contribuidor al impacto emocional sobre el paciente, con el objetivo de crear una experiencia de relación nueva donde ayudar al desarrollo de la capacidad de mentalización.

Siguiendo esta idea, un principio de la MBT-A es que no podemos abordar los estados en los que predomina la no mentalización con mentalización. Cuando alguien no está mentalizando no debemos forzarlo a mentalizar, porque no nos podrá escuchar. Habrá que indicar que estamos a su lado, validar su estado emocional aunque sea por vías no verbales, pero mostrando que estamos a su lado, que estamos con ellos y que los apoyamos. A medida que pase la tormenta emocional, podremos tratar de recuperar la capacidad de mentalización en áreas menos sobrecargadas emocionalmente, con el foco puesto en estimular y ayudar a desarrollar la mentalización explícita del paciente.

Se ha definido la posición o actitud del terapeuta –"mentalizing stance"– como una mesa con cuatro firmes patas que la sostienen y facilitan el proceso terapéutico. Estos cuatro principios que sostienen la actitud del terapeuta son: la curiosidad hecha explícita, interrumpir los momentos en los que el paciente no mentaliza, mantener el equilibrio entre las diferentes dimensiones de la mentalización y destacar los momentos en los que el paciente mentaliza. Explicaré a continuación un poco más en detalle estos principios.

## CURIOSIDAD

No es una idea muy nueva, pero sí muy útil, porque no hay nada peor para un adolescente que pretender que sabemos lo que es estar en su piel. Es la vía directa para que el joven nos diga que no nos quiere ver más. Debemos mostrar la humildad necesaria de no saber qué es realmente estar en el lugar del otro, aunque sí podemos hacer un trabajo de imaginación. Es importante poder decir a los chicos que no sabemos leer el pensamiento y que los necesitamos mucho a ellos para que nos ayuden a nosotros a entenderlos. Hay que hacer explícita nuestra curiosidad, haciendo explícita nuestra posición del no saber, diciendo por ejemplo: "estoy un poco confundido, ¿me puedes ayudar a entender lo que pasa?". "No sé qué es estar en tu piel, pero tengo imaginación y la puedo utilizar para hacer algunas hipótesis"; "no sé si te servirá lo que te diré, pero ..."; "En el trabajo que haremos juntos te ofreceré ideas, hipótesis y te preguntaré qué te parece, si crees que encaja con algo de lo que te pasa o si no". Nunca se dirá nada a un joven sin pedir la confirmación de si cree que lo que les hemos dicho es pertinente para él en ese momento o no. Si no entendemos algo de lo que nos dice, o vemos que está perdido en un discurso donde no está mentalizando, podemos decir algo del tipo: "mira, es que aquí me he perdido... no sé si porque estoy un poco espeso hoy, pero antes has dicho algo que sí me ha ayudado a entender...", poniendo en nosotros la dificultad de seguir el discurso, algo que resultará menos persecutorio y que facilitará el acompañarles a recuperar la capacidad de mentalización perdida. En el siguiente apartado veremos en más detalle la intervención para detener la no mentalización, pero adelanto que un aspecto técnico valioso es detenerles y pedir que rebobinen a un momento anterior donde sí estaban mentalizando.

Los adolescentes descritos llegan a nuestras consultas muy desconfiados y a menudo perseguidos, aún más por el hecho de tener que ver a un profesional de salud mental, por lo que esta explicitación de la curiosidad e interés sincero en ellos es muy importante. También está bien hacerles saber que no sabemos leer el pensamiento, ya que tratar de leer el pensamiento o imponer ideas sobre lo que pensamos de los demás es precisamente lo contrario de una buena mentalización. Les diremos que no tenemos respuestas, pero sí mucha curiosidad por encontrarlas juntos. Esta posición implica diferenciarse del terapeuta que se mantiene en una posición más neutral y distante, algo que sólo les hará sentir más perseguidos de lo que ya están. Además, es muy irritante para un joven entrar en un despacho y ver a un adulto silencioso que lo mira y se supone que ya sabe lo que le pasa.

El tratamiento basado en la mentalización se basa mucho en ofrecernos como modelo que hace explícitos sus procesos implícitos de pensamiento. De esta manera, ofrecemos un modelo de alguien que no es perfecto, de alguien que es consciente sobre el hecho de que hay límites en nuestro conocimiento: "soy curioso porque sé que no sé". También ofrecemos un modelo de interés sobre los estados mentales propios y ajenos, haciendo reflexiones sobre cómo nos podríamos sentir o lo que pensamos nosotros sobre una determinada situación y preguntándonos en voz alta cómo debe sentirse y qué debe pensar la otra persona.

## INTERRUMPIR LA NO MENTALIZACIÓN

Tiene que ver con mantener el equilibrio. No se hace siempre que el joven y/o la familia no mentaliza, porque hay que dejar desplegar un poco el discurso, aunque


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

no demasiado. Podemos permitir que se despliegue un poco, pero interrumpirlo cuando vemos que se convierte en algo inútil que no nos lleva a ninguna parte. Hay un papel activo del clínico cuando lo detecta, especialmente si es un patrón conocido del joven o de la familia. Hay diferentes maneras de hacerlo, pero con este perfil de pacientes es muy recomendable ponerlo en uno mismo, porque aparte de ser mucho menos persecutorio también es comunicar un estado mental nuestro de este preciso momento. Lo podemos decir de diferentes maneras, como por ejemplo: "perdona, podemos parar un momento? Es que me siento un poco confundido o perdido...". Si no sabemos qué decir al paciente, muy probablemente no está mentalizando, lo que será a la vez un indicio de que hay que detener el discurso para tratar de llevarlos a mentalizar de nuevo: "mira, es que ahora no sé qué decir, pero si volvemos a cuando decías tal cosa...". "Mira, yo no estoy entendiendo nada ahora, no sé si estoy un poco dormido o confundido, pero la última parte que he entendido era...". También sería adecuado decir algo como: "Si ahora digo algo sobre lo que explicas estaría haciendo ver que te estaba entendiendo, pero no es así. Lo último que he entendido ha sido... por favor, ¿podemos volver y tratar de ver si puedo entender mejor lo que me estás contando?". Es nuevamente la técnica de parar y rebobinar a un momento anterior donde había algo que tenía sentido. Si hacemos ver que entendemos o nos mantenemos en silencio es mucho peor, porque el paciente no está entendiendo nada de lo que le pasa y nosotros podemos estar en un modo de simulación, con lo que la situación puede resultar verdaderamente caótica.

En situaciones de desregulación emocional y desbordamiento –como veremos en la viñeta clínica– buscamos la manera de detener y activamente tratar de focalizar en áreas menos conflictivas para recuperar una cierta mentalización efectiva. A la vez, debemos ayudarles a entender por qué este estado no les ayuda, así como a entender e identificar qué es lo que estimula la no mentalización, o como se ha llegado a este estilo de funcionamiento.

## MANTENER EL EQUILIBRIO

Entre las diferentes dimensiones de la mentalización: entre el mundo interno y el mundo externo, entre uno mismo y los demás, entre lo que ocurre aquí y ahora y lo que ocurre en otros momentos, entre lo que piensa el adolescente y lo que siente, entre lo que imagina que piensa el otro y lo que imagina que siente el otro, etc. Cuando estamos trabajando con la familia hay que buscar también un equilibrio entre intervenciones de diferentes miembros, entre lo que piensan que sienten uno u otro miembro, etc. También requiere un papel muy activo del clínico que interviene en todo momento en que la mentalización desaparece debido a que se descompensa este equilibrio y el joven puede estar por ejemplo muy centrado en hablar de algún adulto con quien ha tenido un conflicto. En este caso podemos buscar el equilibrio que lo devuelve a un estado de mejor mentalización haciendo una pregunta como: "y tú ¿cómo te sentiste en ese momento?".

## DESTACAR LA MENTALIZACIÓN

Lo hacemos trabajando centrados en el aquí y ahora, describiendo lo que entendemos de las capacidades de mentalización que está desplegando el joven con el que estamos trabajando. El objetivo es detectar, destacar y valorar cuando vemos que aparece una mentalización efectiva, reforzando positivamente los momentos en que aparece la mentalización: "me gusta mucho tu forma de pensar que estás siendo capaz de mostrar ahora. Fíjate en lo diferente que es de la manera en que estabas pensando hace tan sólo 5 minutos cuando parecías tan seguro, con tanta certeza sobre esto que decías sobre tal persona... en cambio, ahora te estás preguntando sobre cómo se puede sentir esa persona cuando tú haces algo como lo que habías hecho... ¿Te das cuenta de la diferencia?".

El tratamiento basado en la mentalización se focaliza mucho en esta calidad particular de la mente cuando aparece, tomando el clínico una actitud activa en modo psicopedagógico: "esto es de lo que te hablo que buscamos, lo que acabas de hacer ahora mismo, este tipo de pensamiento que acabas de ser capaz de hacer es lo que nos interesa potenciar".

## SÍNTESIS DE ASPECTOS IMPORTANTES DE NUESTRA INTERVENCIÓN

Por razones de espacio no puedo pretender abordar de forma detallada en este trabajo las diferentes fases y estructura del proceso terapéutico, pero sí quisiera nombrar algunos de los aspectos que considero bastante valiosos para trabajar con este perfil de adolescentes.

En primer lugar, como todos sabemos, destacar la importancia capital de los primeros contactos con el adolescente y de cómo son decisivos para el resto del proceso. He descrito las dificultades de vinculación de los jóvenes y la persecución aumentada por el hecho de ir a un servicio de salud mental o a un lugar con un


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

nombre tan poco atractivo como "Hospital de Día". Desde el modelo basado en la mentalización se plantea ir a encontrar al adolescente donde sea, es decir, en el lugar que él sienta como seguro. Implica un vuelco del planteamiento asistencial, ya que no se trata de seguir pidiendo a los jóvenes que se adapten a lo que nosotros podemos –o queremos– ofrecer en nuestros servicios de salud mental, sino pensar cómo nos tenemos que adaptar y acercar nosotros a ellos para que se pueda empezar a establecer una relación. Esto resulta inquietante para el clínico, puesto que implica plantearnos salir del despacho e ir a encontrar al joven a su casa, al instituto o en el parque. Pero también hay que recordar que, en principio, nosotros contamos con mejores recursos internos para hacer frente a estas nuevas situaciones relacionales mientras que, para los jóvenes que han sufrido adversidades, el hecho de pedirles que tomen un papel activo para establecer una relación con un adulto desconocido que dice que le quiere ayudar, es bastante más complicado. Pero no se trata de que el clínico se lance a la calle solo a buscar al joven, sino de repensar ciertos aspectos del trabajo en equipo y en la red para facilitarlo.

A menudo lo que vemos es que los profesionales de salud mental se las ingenian muy comprensiblemente en tratar de desarrollar mejores maneras de intervenir y mejores maneras de estar con el paciente, pero dando demasiado poco énfasis a lo que tenemos que hacer para darnos apoyo a nosotros como clínicos y para mejorar la relación con otros que nos ayuden en esta tarea. En este sentido, en el centro Anna Freud de Londres han desarrollado el proyecto AMBIT (Bevington et al., 2012) –inicialmente era "Adolescente Mentalization Based Integrative Treatment", aunque ahora amplía las franjas de edad y han cambiado "Adolescent" por "Adaptive"–, que es un modelo asistencial basado en la mentalización para equipos que trabajan con jóvenes que presentan múltiples y graves dificultades. Fue desarrollado por profesionales del Anna Freud Centre de Londres, destacando entre ellos Peter Fonagy, Dickon Bevington y Peter Fuggle, en respuesta a la necesidad de una intervención bien estructurada y basada en la evidencia que pueda ser implementada de forma realista para atender estos adolescentes de alto riesgo. AMBIT amplía el campo de intervención proporcionando herramientas para estimular la mentalización aplicando principios y prácticas basadas en la mentalización en cuatro niveles diferentes: en el trabajo con los jóvenes y sus familias –lo que habitualmente predomina en todos los equipos o consultas privadas de salud mental–, entre los compañeros del equipo, en las redes inter-institucionales más amplias y en el apoyo a los equipos a fin de adoptar una posición de aprendizaje respecto a su propia práctica.

Desde AMBIT se entiende que hay que dar la misma importancia a cada uno de estos aspectos –algo que nunca ocurre en los servicios de salud mental– ya que, de no ser así, no tendremos éxito en el trabajo con el joven. En este artículo no me puedo dedicar a explicar este modelo de intervención para equipos pero, en la línea de lo que estaba exponiendo en relación al papel activo del clínico fuera del despacho para tratar de favorecer la relación con el joven, a fin de proporcionar ayuda accesible, asequible y sobre todo inmediata para las situaciones de crisis, lo que AMBIT proporciona es un abordaje diferente desde el equipo que da un apoyo activo a las capacidades de mentalización del clínico, para que en esta nueva tarea esté más acompañado y seguido por sus compañeros. Es un abordaje terapéutico que se lleva a los jóvenes estén donde estén. Es altamente flexible ya que se puede llevar a cabo en la calle, en un parque o en casa. AMBIT busca trabajar en cualquier marco de trabajo que el joven sienta como seguro. Un objetivo clave en AMBIT es mejorar la relación de los jóvenes con la "ayuda", para incrementar la probabilidad de una actitud de búsqueda de ayuda por parte del joven en el futuro, así como afrontar las dificultades actuales en múltiples dominios.

En los encuentros iniciales con los jóvenes y su familia es necesario que pasemos de las intenciones implícitas en las explícitas. Debemos reconocer que a menudo no somos nada fáciles de entender para los adolescentes, por lo que hay que abrir espacios de intenciones explícitas compartidas entre nosotros y el paciente, con acuerdos sobre dónde tenemos que ir, sobre la que hay que trabajar, definiendo objetivos y planes. Las ideas de los jóvenes sobre por qué hacemos lo que hacemos pueden ser muy diferentes a las nuestras. Debemos ayudarles a que nos mentalicen a nosotros, tomando una actitud activa y decidida para explicar por qué estamos haciendo lo que estamos haciendo o intentando hacer. Debemos devolverles una imagen de sí mismos que ayude a que se sientan entendidos, así como un planteamiento del camino de tratamiento y objetivos, lo que puede ayudar a que mejore el sentimiento de control del adolescente y su familia respecto al proceso terapéutico.

Las visitas domiciliarias tienen un alto valor de cara a facilitar la vinculación con el joven y también en el proceso diagnóstico, ya que a menudo podemos obtener información que no obtendríamos nunca desde nuestro servicio de salud mental. Mi experiencia en este tipo de


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

relación asistencial muestra también que una muy buena manera de hacer explícita nuestra curiosidad e interés sincero por el adolescente que funciona a un nivel muy concreto, es pedirles si nos quieren enseñar su habitación y lo que les gusta hacer cuando tienen tiempo para ellos: videojuegos, música, etc.

La clave para estimular, reparar y mantener la función de mentalización en una persona joven es el desarrollo de algo parecido a un vínculo seguro con una figura de confianza. Esto puede ser experimentado por el joven como que el profesional tiene su mente "en mente". El adolescente con daños severos no puede ir hacia la persona que le puede ofrecer ayuda, es el profesional quien tiene que ir hacia él. Por eso hay que insistir mucho en el papel activo del clínico en este momento inicial para conseguir esta meta, así como en la necesidad de ser auténticos con los adolescentes: explícitamente auténticos y cálidos. Hemos de explicitar lo que pensamos y sentimos en relación a él: "estoy aquí porque me gustaría poder hablar contigo, tratar de entender un poco más lo que te pasa, cómo te sientes...". No podemos ser silenciosos, aunque hay que tener cuidado con la distancia y no mostrarnos demasiado próximos o "colegas", algo que podría generar confusión.

El tratamiento basado en la mentalización no es tanto un conjunto de técnicas, sino sobre todo una manera de estar del clínico con el adolescente. El papel del clínico no es tanto la capacidad de leer siempre con precisión los estados internos propios o ajenos, sino más bien una forma de aproximarse a las relaciones que refleja la expectativa de que el propio pensamiento y sentimientos serán iluminados, enriquecidos y modificados por el hecho de aprender sobre los estados mentales de los demás. Al mismo tiempo vamos haciendo explícita nuestra curiosidad, conciencia del impacto de la emoción, conciencia de que la mente del paciente es opaca y moldeando la capacidad de tomar diferentes perspectivas. Bateman y Fonagy (2012) describen esta actitud del clínico diciendo que implica la curiosidad y un foco explícito puesto en identificar y explorar las rupturas en la mentalización y patrones comunes de respuesta en estos estados, enfatizando una comunicación coloquial.

Las intervenciones más frecuentes del clínico serán las de validación de la experiencia emocional del joven, seguidas por las de clarificación, elaboración y desafío de posiciones del paciente –una valiosa recomendación de Fonagy: utilizar "¿qué crees que...?", en lugar de preguntas que se inician con un "¿por qué?", ya que estas últimas son más persecutorias–. Serán menos frecuentes las intervenciones centradas en la mentalización básica de las emociones que se expresen y todavía menos frecuentes las intervenciones centradas en mentalizar la relación o transferencia. Se habla de mentalizar la transferencia y no de interpretar la transferencia. Este tipo de intervención sirve para hacer pensar a los pacientes sobre la relación en la que están aquí y ahora, con el objetivo de hacerles poner la atención en otra mente, acompañándolos en el proceso de contrastar la propia percepción de sí mismos con la percepción del otro sobre ellos. De esta manera les llevamos a mentalizar sobre aspectos de la relación (Bateman y Fonagy, 2016), siguiendo unos pasos donde primero validamos la experiencia vivida en el aquí y ahora, explorando la reacción actual del paciente, aceptando y explorando nuestra contribución a lo pasa o está sintiendo él, con la idea de colaborar en llegar a una comprensión. También presentaremos una perspectiva alternativa a la situación vivida, explorando la reacción del paciente a la nueva comprensión (Bateman y Fonagy, 2016).

Hay que hacer intervenciones cortas y simples. Nada largo porque los perdemos. Centrarnos en lo que pueden sentir, pero no sólo eso. Hay que explorar hechos, detalles de las cosas que han pasado, ya que sólo podremos entender lo que sienten de verdad si exploramos juntos los detalles de su vida. Así también tenemos más información para imaginarnos cómo nos sentiríamos nosotros en esta situación. Es valioso utilizar el sentido del humor, un lenguaje ordinario, evitando cualquier tipo de jerga profesional, tratando de mantener el clima de la sesión en tono calmado –mantener el equilibrio– para no generar emociones intensas que disminuyan la capacidad de mentalización. Evitar hacerles sentir que lo que hacemos es algo raro o estresante, porque esto aumenta clima de ansiedad. Tener presente también que después de cualquier cosa que les decimos sobre lo que creemos entender sobre ellos, siempre lo acompañaremos con una pregunta para comprobar si lo sienten como algo pertinente o no. En este sentido, Bateman y Fonagy (2016) nos recuerdan que NO debemos hacer intervenciones tipo: "lo que realmente sientes es...", "creo que lo que realmente me estás diciendo es...", "creo que tus expectativas sobre esta situación están distorsionadas..." , "lo que quisiste decir es que...", ya que nos ponen en una actitud donde tenemos certezas y hacemos atribuciones sobre estados mentales del paciente, algo típico de un funcionamiento donde no se está mentalizando.

Haciendo una síntesis de nuestra intervención,


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

diríamos que hay que identificar las rupturas o fallas en la capacidad de mentalización; rebobinar al momento antes de esta ruptura; explorar el contexto emocional antes de la ruptura; intentar mentalizar lo que no ha podido ser mentalizado, tratando de identificar nuestra contribución a la ruptura de la mentalización en el caso de que hayamos contribuido.

## TRABAJO CON PADRES

Muy brevemente, decir que el objetivo es ayudar a los padres a desarrollar habilidades que les ayuden a entender mejor a sus hijos, de manera que puedan mejorar la forma que tengan de hacerse cargo de sus necesidades. Si podemos ver el mundo desde la perspectiva de nuestro hijo, podremos entender mejor sus necesidades. A la vez, esto puede llevar a los padres a pensar sobre lo que pasa en sus propias mentes y lo que interfiere en que puedan ver más claramente a su hijo, o en el modo en que piensan sobre las necesidades de su hijo. El objetivo es tratar de que un padre o una madre pueda tener a su hijo en mente, que es una de las experiencias más importantes que un hijo puede tener.

En las entrevistas familiares dominadas típicamente por proyecciones masivas entre los diferentes miembros, donde lo habitual es que se activen dinámicas donde se acusan mutuamente de todas las dificultades familiares, hay que intervenir invitando a mentalizarse los unos a los otros. De esta manera detenemos activamente el caos que sólo estimula los modos de no mentalización y les invitamos a que tengan a su hijo en mente, o al menos que lo intentan ante nosotros y el joven. También pedimos al adolescente que haga lo mismo con sus padres, todo ello facilitado por una serie de técnicas y juegos que no tendré espacio de exponer aquí –desarrollados desde la MBT-F (tratamiento basado en la mentalización para familias)–, aunque, a modo de ejemplo, expongo una de ellas: es cierto que si preguntamos a un miembro de la familia qué cree que piensa o siente otro miembro de la familia allí presente, lo más probable es que nos diga que no lo sabe. Pero la situación es muy diferente si hacemos uso de la técnica de los “globos de texto”, donde dibujamos en un folio un globo de pensamiento típico de los cómics, pidiendo al miembro de la familia al que estamos invitando a mentalizar al otro, que en este juego se trata de imaginarse que él es ese otro miembro de la familia y que ahora debe llenar lo que está pensando y/o sintiendo en este momento, sobre lo que está pasando o sobre lo que se está diciendo en este momento de la sesión. Los resultados son valiosamente sorprendentes.

***Viñeta clínica***

Para concluir, presentaré una viñeta de un chico de 16 años al que llamaré Juan, que atendí en el Hospital de Día y que provenía de un entorno relacional muy dañado, donde había sufrido severas negligencias durante su niñez. El chico había sido expulsado de varios institutos y presentaba trastornos de conducta graves, caracterizados por explosiones verbales muy violentas hacia los otros y conductas autodestructivas. La situación que describiré tiene lugar seis meses después del ingreso del chico, por lo que ya hacía tiempo que habíamos podido establecer una relación bastante buena, algo que entiendo se vio facilitado por una actitud muy activa hacia él, así como por ofrecer mucha contención de las intensas ansiedades persecutorias que vive. Se muestra fácilmente desbordado por estas ansiedades, perdiendo sus capacidades de mentalización que por otra parte puede ir desarrollando en los momentos en los que está más tranquilo.

La sesión que transcribiré tuvo lugar en el mes de septiembre, coincidiendo con el primer día del espacio de aula con la profesora del Hospital de Día, en la que cada chico trabaja durante unos 50 minutos temas relacionados con el nivel académico en el que se encuentran. Pasados menos de 5 minutos del inicio del espacio de aula, escucho golpes y fuertes gritos procedentes del pasillo. Me dirijo rápidamente hacia allí al reconocer la voz de Juan. Cuando me encuentro con él está completamente fuera de sí, en medio de un estallido explosivo –un buen ejemplo de un estado donde no hay mentalización–, gritando con ira todo tipo de insultos contra la profesora y pegando patadas y puñetazos a una puerta y la pared. Tengo miedo de que se haga daño, ya que se ha roto la mano varias veces en episodios similares –sólo una vez durante el tiempo que ha estado con nosotros–. Cuando me acerco dice en tono amenazador:

*Paciente- ¡Déjame Mark! ¡No me toques, no me toques hostia!*

Yo le digo que no le tocaré y él sigue dando patadas y puñetazos a la pared e insultando a la profesora. Yo le digo entonces que tengo miedo de que se haga daño y no quiero que esto suceda. Él sigue insultando a la profesora y dando puñetazos a la pared y yo insisto:

*Terapeuta- estoy preocupado porque creo que te puedes hacer mucho daño a las manos si sigues golpeando la pared.*

*Paciente- ¡A la mierda, no me importa una puta mierda!*

*Terapeuta- A mí sí Juan. A mí me importa. No quiero que te hagas daño.*

Juan tolera que yo me acerque cada vez más. Entonces,


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

con la idea puesta en tratar de mover su foco de atención hacia un lugar donde pueda ser más factible recuperar la capacidad de mentalización, a la vez que alejarnos del foco de persecución, le digo:

Terapeuta- Oye, ¿Qué te parece si salimos de aquí? ¿Por qué no nos vamos ahora? Sólo tú y yo.

*Paciente- ¡Vale! ¡Vámonos de esta mierda de sitio!*

Continúa golpeando puertas y pared mientras caminamos hacia la puerta principal. También soltando insultos. Salimos del edificio y vamos caminando por el patio. Yo lo sigo, caminando a su lado. Se dirige hacia un rincón agradable del patio donde hay un banco con árboles que ofrecen una valiosa sombra en este aún muy caluroso día de verano. Se sienta con bastante rapidez en el banco y yo me siento a su lado. Sigue profiriendo insultos con mucha rabia hacia la profesora y yo trato de validar su estado emocional diciendo:

*Terapeuta- Ya veo. Hoy no ha sido fácil con ella ...*

*Paciente- No es nada fácil, joder! Te digo Mark que la quiero matar!*

Sigue desbordado, acusando a la profesora de todos sus males e insultándola. Yo sigo a su lado, diciendo algo más en la línea de validar y acompañarlo en su estado. Al cabo de un rato paso a tratar de estimular la mentalización en otro ámbito que creo que será mucho más tolerable, y opto por el nivel sensorial que estamos ambos sintiendo:

*Terapeuta- Ostras, aunque hace bastante calor, ¿verdad? Este verano hace mucho calor, no? Suerte que ahora tenemos esta buena sombra.*

Él me escucha y parece que va rebajando la desesperación y la rabia.

*Terapeuta- Escucha Juan, como la llevas tú este calor? Porque yo siento que ya he tenido más que suficiente para este año.*

Aquí lo invito activamente a mentalizarse sobre cómo vive esta sensación de calor, mostrando primero mi propio proceso de pensamiento sobre el mismo.

*Paciente- No me gusta... a mí tampoco... ¡tan jodidamente pegajoso!*

Aquí vemos como él añade otro calidad sensorial sobre lo que está sintiendo: el efecto pegajoso de la intensa humedad. Entonces ve un mosquito, que se convertirá en un valioso co-terapeuta.

*Paciente- ¡Joder, mira! Y también mosquitos... ¡mira este puto mosquito que ahora nos quiere picar!*

*Terapeuta- ¡Ostras, tienes razón! Y es un mosquito tigre, no? ¿Qué piensas?*

Aprovecho para invitarle a mentalizar sobre el mosquito.

*Paciente- Sí tío, ¡joder sí lo es! Estos son los peores...*

Juan se empieza a calmar, centrado en el mosquito. Yo sigo con la idea de desarrollar la mentalización en esta experiencia que ahora compartimos.

*Terapeuta- ¿Te ha picado alguna vez uno de estos?*

*Paciente- Sí tío... más de una vez... y es una mierda tío, ¡hace un daño de cojones!... Peor que los normales, mucho peor... pero espera... ¡Voy a matar este hijo de puta!*

El valioso co-terapeuta está volando a nuestro alrededor y yo trato de estimular la mentalización que va desplegando en Juan en diferentes dimensiones:

*Terapeuta- Hay gente que tiene mucho miedo de éstos. ¿Cómo te sientes con este mosquito a nuestro alrededor?*

*Paciente- No me mola nada... ¡Pero yo voy a por ellos! No me voy corriendo como una maricona... Siempre intento matarlos... y sobre todo si encuentro uno en mi habitación, porque eso lo odio...*

*Terapeuta- Ostras, tienes razón. Es realmente molesto. Yo también lo odio.*

*Paciente- Cuando quieres dormir y se siente el puto ruido "bzzzz... bzzzz". ¡Un puto mosquito que te quiere picar! ¡Es que lo odio esto!*

*Terapeuta- Sí, es realmente pesado querer dormir y tener un mosquito allí que te quiere picar. Oye, ¿y este? ¿Qué crees que hará?*

*Paciente- Nos quiere picar el hijo de puta... pero nos estamos moviendo demasiado... así que mejor no nos movemos... no te muevas ahora Mark... deja que se acerque, porque entonces irá por nosotros, porque si nos movemos no se quedará quieto encima nuestro... porque el asustamos si nos movemos...*

*Terapeuta- Sí, buena idea Juan. Está bien pensado.*

Vemos como Juan ha pasado de un momento en el que estaba desbordado y totalmente incapaz de mentalizar, a un estado donde ha recuperado la capacidad de mentalización, algo que valoro con la idea de destacar la mentalización.

*Paciente- Ves... ya viene... el hijo de puta se acerca...*

El mosquito va a por Juan, que después de un par de intentos consigue matarlo. Se pone muy contento cuando lo consigue y yo valoro que lo haya conseguido. Siguiendo con el objetivo principal del tratamiento basado en la mentalización, lo que me interesa en este momento es este proceso en el que Juan está siendo capaz de recuperar su capacidad de mentalización, sin ninguna otra intención que ésta. Como veo que lo estamos consiguiendo, disminuyendo en consecuencia el estado de desbordamiento emocional, trato de abrir más el foco


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

de atención interesándome por lo que ha hecho durante el fin de semana, ya que hoy es lunes. Me dice que no ha hecho gran cosa y yo le pregunto si ha visto con alguien.

*Paciente- Bueno... ya sabes... había quedado con María y Anna (nombres ficticios de dos chicas que ha conocido recientemente y con las que está haciendo una buena relación) pero Anna dijo que no...*

*Terapeuta- Vaya. Y ¿como te sentiste con eso?*

*Paciente- No mola...*

*Terapeuta- Ya veo. Pero oye, ¿me podrías ayudar a ver qué significa para ti eso de no mola? Para ver si te puedo entender mejor.*

*Paciente- Pues no mola es que no mola Mark... ¡Qué coño!... Pues que me cabreó bastante, pero bastante eh... esto es no mola: muy cabreado... porque tenía ganas de verla el sábado y la tía y me escribe un mensaje para decirme que no...*

A pesar de la reticencia inicial puede desarrollar la emoción que acompaña el episodio que me cuenta. Yo intervengo validando y devolviendo lo que estoy entendiendo de lo que me cuenta.

*Terapeuta- Ya veo, es decepcionante, sí. Así que, si te entiendo bien, estabas esperando verla sábado y recibes un mensaje de ella diciendo que no.*

*Paciente- Sí, eso es lo que pasó... ella dijo que no... y sí... quería verla, pero entonces ella dice que no... (se inquieta un poco).*

*Terapeuta- Oye Juan, ¿qué opinas al respecto? Quiero decir, ¿qué crees que hizo que Ana dijera que no?*

*Paciente- Ella dijo que estaba enfadada conmigo... y que no me quería ver por esto... ¡Joder! ¡Enfadada conmigo! ¿Y por qué cojones estaba enfadada conmigo?*

*Terapeuta- Bueno, esta es una buena pregunta Juan. ¿Que pasó? ¿Qué piensas?*

*Paciente- Pues... lo que pasó fue que ella dijo que estaba enfadada porque dije algo sobre un tipo que ella también está viendo... Es que este tío es muy "chungo"... ¡Es un puto "chungo"! (Chungo queriendo decir indeseable y peligroso). Es que yo lo conozco a este hijo de puta... vive en mi barrio... es un desgraciado y sé que este hijo de puta siempre va jugando con las chicas, las provoca y se aprovecha de ellas... y yo no quiero que Ana se meta en líos con este tío porque te digo que es muy chungo... y eso pasó, que se lo dije a Ana...*

*Terapeuta- Vale, está muy bien. Así que si te entiendo bien lo que tú querías era advertir a Ana sobre este tío, ¿verdad?*

*Paciente- Pues sí cojones... eso es lo que hice...*

*Terapeuta- Escucha y ¿qué es lo que le dijiste a Ana?*

*Paciente- Pues estábamos en el whatsapp y le escribí un mensaje... mira... Tengo la conversación aquí... (me la enseña)... ella dice que tiene que va a ver a este tío y yo le digo: "cuidado que te estás arrastrando como una perra con este tío que es un chungo hijo de puta".*

*Debo decir que este es un lenguaje habitual de Juan, que suele utilizar una gran cantidad de palabras groseras e insultos en su discurso.*

*Terapeuta- Ya veo. Entonces ella lee esto que le escribes tú y enfada.*

*Paciente- ¡Sí tío! Va y me dice "se ha acabado, ya no hablo más contigo... hoy no nos vemos", y cierra la conversación y no me abre más... ¡cojones!*

*Terapeuta- Vale, se enfadó. Pero, ¿entiendes qué es lo que la hizo enfadar de lo que le dijiste?*

*Paciente- ¡Joder Mark tío!... Pero es que ella ya sabe que yo hablo así... pero ya sé por donde vas...*

*Terapeuta- ¿Qué piensas?*

*Paciente- Pues eso de cómo se dicen las cosas y como lo siente la gente...*

Aquí Juan muestra que tiene presente los objetivos de lo que vamos trabajando, respecto a tratar de mentalizarnos a nosotros, a los demás y el impacto emocional que tenemos sobre los otros, aspectos sobre los que a menudo le recuerdo bien explícitamente que debemos ir pensando juntos. Yo le digo:

*Terapeuta- Claro, porque escucha, yo supongo que tú no le querías hacer daño a Ana. ¿Es así?*

*Paciente- Joder, claro que no le quiero hacer daño a Ana... si ella es colega.*

*Terapeuta- Pero entonces, con lo que has pensado sobre cómo se dicen las cosas, eso que sabes que vamos trabajando tú y yo de cómo impactan en las otras personas las cosas que dices o haces, como les hacen sentir, tal vez podemos pensar en otra forma de decir lo mismo.*

*Paciente- Si... si...*

*Terapeuta- Esto imaginarnos estando en el lugar del otro, pensar cómo se puede sentir. Decirlo de otra manera. ¿Qué piensas?*

*Paciente- Si que es verdad que no mola mucho como se lo dije... si... pero escucha Mark, ¿como se lo dirías tú? ¿Como la aviso de que este tío es un chungo?*

*Terapeuta- ¿Por qué no pruebas tú ahora?*

*Paciente- No, no... hazlo tú Mark venga... ¿como se lo dirías tú?*

*Pienso que muestra un interés sincero sobre lo que yo puedo pensar como alternativa y decido decirlo.*

*Terapeuta- Pues a ver, algo así como: mira Ana, me*


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

*caes muy bien y no quiero que este tío te haga daño, así que ten cuidado por favor porque le conozco y sé que ha hecho daño a otras chicas.*

*Paciente- ¡Qué cabrón tío! ¡Está de puta madre!... Joder, es que así claro que suena diferente... así seguro que no se cabrea… tío… qué cabrón, ¡qué buena frase!*

En este momento hace un giro, mostrando que ha pensado algo y diciendo en tono de sorpresa:

Paciente- ¡Ostia puta! ¡Ostia puta!... ¡Pero es que es lo mismo que me acaba de pasar con la profesora Mark! ¡Es que ahora he pensado que es justo lo mismo que me acaba de pasar con la profe!

*Terapeuta- ¡Pues está muy bien pensado Juan! Me parece que lo que haces ahora es lo que siempre decimos que es nuestro objetivo, que puedas pensar de una manera que te ayude a entender lo que sientes y lo que te pasa con la gente. ¡Muy bien!*

*Paciente- Pues sí tío... porque hoy lo que ha pasado es que la profe va y me pone una hoja delante con un montón de texto para leer, que era muy largo tío, además, ¡el primer día de clase! ¡Que hoy es el primer día coño! Y me he cruzado mucho... ya me he cruzado y me ha pasado que lo he visto y le he dicho que se lo lleve y que se lo meta por el culo…*

*Terapeuta- Vaya, entonces quizá podemos entender cómo se ha sentido ella con eso que le has dicho.*

*Paciente- Si, si… claro… se ha enfadado mucho conmigo… con razón claro…*

*Terapeuta- Oye, y ahora ¿puedes pensar en una forma diferente de decirle eso mismo a la profesora?*

*Paciente- Si… le podría decir: mira profe, que hace dos meses que no leo nada, ¿no puedes ponerme algo un poco más corto para leer?*

*Terapeuta- Está muy bien Juan, muy bien. ¿Y como te imaginas que se puede sentir ella si le dices así?*

*Paciente- Pues bien, no se cabrea como ha ocurrido, seguro… y todo hubiera ido mejor… no se hubiera disparado todo como ha pasado.*

*Terapeuta- Vale, escucha, y ¿qué crees que es lo que hace que se disparen las cosas?*

*Paciente- Cuando yo salto… cuando me cabreo yo por algo es que ya me cruzo y empiezo a decir de todo… es eso… eso es lo que hace que se dispare todo… porque joder, es que la he liado bastante hoy eh…*

*Terapeuta- Y ¿como te sientes ahora?*

*Paciente- Bien… mucho mejor… ya no estoy cabreado…*

*Terapeuta- Y ¿qué piensas de lo que hemos hablado este rato?*

Esta última intervención mía es un recurso técnico que se recomienda utilizar cuando se termina una sesión, a fin de hacer que el paciente se vaya mentalizando sobre la misma.

Paciente- Que está bien… mola esto… lo probaré… tengo que pensarlo, tengo que controlar este momento cuando me cruzo… lo probaré, seguro…

Terapeuta- Pues, ¿te parece si volvemos dentro? ¿Quieres volver a entrar?

Paciente- Sí, ¡vamos!

Terapeuta- Y ¿sabes qué taller te toca ahora?

Paciente- Pues creo que música…

Terapeuta- ¿Cómo te ves ahora haciendo música?

Paciente- Bien, bien… me gusta la música…

Volvemos hacia dentro y Juan puede reanudar las actividades con normalidad. Como creo que se puede observar, lo que me guía todo el tiempo es el objetivo de ayudar a recuperar la capacidad de mentalización del chico en un intenso momento de desregulación emocional que le ha llevado a la actuación. Este es el objetivo principal del abordaje terapéutico que he tratado de sintetizar en este trabajo. Para profundizar en la modalidad de intervención terapéutica basada en la mentalización recomiendo dirigirse a las publicaciones sobre el tema de Fonagy, Bateman y otros autores que detallo en las referencias bibliográficas, aunque espero haber podido aclarar un poco algunos aspectos de este modelo, así como la utilidad y pertinencia para trabajar con adolescentes con daños importantes en la organización del pensamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, J. G., Fonagy, P., y Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Allen, J. G. (2013). *Restoring Mentalizing in Attachment Relationships: Treating Trauma With Plain Old Therapy*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Ashcroft, K., Kingdon, D. y Chadwick, P. (2012). Persecutory delusions and childhood emotional abuse in people with a diagnosis of schizophrenia. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 4, 168–71.

Bateman, A., y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as


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

usual. *American Journal of Psychiatry,* 165, 631-638.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient Mentalization-Based Treatment versus Structured Clinical Management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry,* 166 (12), 1355-1364.

Bateman, A., y Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.

Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. y McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 568-579.

Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P., Target, M., y Asen, E. (2012). Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) - a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(1), 46-51.

Bion, W.R. (1957). Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. International *Journal of Psychoanalysis*, 38:266-275.

Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*, London, Tavistock.

Bleiberg, E., Rossouw, T., y Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder, in Eds. Bateman y Fonagy, Handbook of mentalizing in mental health practice. 463 – 510. *American Psychiatric publishing*, Washington DC.

Boyda, D., McFeeters, D. y Shevlin, M. (2015). Intimate partner violence, sexual abuse, and the mediating role of loneliness on psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 7, 1–13.

Cater, A., Andershed, A.K. y Andershed, H. (2014). Youth victimization in Sweden: Prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioural problems in young adulthood. *Child Abuse y Neglect,* 38, 1290–302.

Cavanagh, M.R., Read, J. y New, B. (2004). Sexual abuse inquiry and response: a New Zealand training programme. *New Zealand Journal of Psychology*, 33(3), 137-144.

Coromines, J. (1991). *Psicopatologia i desenvolupaments arcaics, Assaig psicoanalític*. Barcelona Espaxs.

Coromines, J. (1994). Possibles vinculacions entre organitzacions patològiques de l'adult i problemes del desenvolupament mental primary. *Revista Catalana de Psicoanàlisis*, vol. XI, núm. 1-2.

Craine, L.S., Henson, C.E., Colliver, J.A. y MacLean, D.G., (1988). Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 3, 300–304.

Cutajar, M., Mullen, P., Ogloff, J., Thomas, S., Wells, D. y Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse y Neglect*, 34, 81–822.

Dangerfield, M. (2012). Negligencia y violencia sobre el adolescente: abordaje desde un Hospital de Día. *Temas de Psicoanálisis*, nº 4, Junio 2012. (www.temasdepsicoanalisis.org)

Fuller-Thomson, E. y Lewis, D. (2015). The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse y Neglect*, 47, 94–101.

Fonagy, P. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, August 2000, vol. 48, 4: 1129-1146.

Fonagy, P., y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York, NY: Other Press.

Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

Gregely, G., y Csibra, G. (2005). The social construction of the cultural mind. Imitative learning as a mechanism of human pedagogy. *Interaction Studies*, 6:3, 463-481.

Grimalt, A. (2012). Traumes preconceptuals: l'assassinat de la menti el self oblidat. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XXIX, 2:69-88.

Goff, D., Brotman, A., Kindlon, D., Waites, M. y Amico, E. (1991). Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research*, 37, 73-80.

Jacobson, A. y Richardson, B. (1987). Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence


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

of the Need for Routine Inquiry. *American Journal of Psychiatry*, 144, 908-913.

Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R. y Van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 109, 38-45.

-Kendler, K., Bulik, S., Silberg, J., Hettema, L., Myers, J. y Prescott, C. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953–9.

Lieberman, M.D. (2007). Social Cognitive Neuroscience: A Review of Core Processes. *Annual Review of Psychology*, 58:259–89.

López-Corvo, R.E. (2014). Traumatised and Non-Traumatised States of the Personality: *A Clinical Understanding Using Bion's Approach*. London, Karnac Books.

Mills, A. (1993). *Helping male victims of sexual abuse. Nursing Standard,* 7, 36–9.

Mitrani, J.L. (1992). On the Survival Function of Autistic Manoeuvres in Adult Patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 73:549-559.

Mitrani, J.L. (2007). Bodily Centred Protections in Adolescence: An Extension of the work of Frances Tustin. *International Journal of Psychoanalysis*, 88:1153-1169.

Muenzenmaier, K. et al. (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 666-670.

Mullen, P., Martin, J., Anderson, J., Roamns, S. y Herbison, G. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.

Read, J. y Fraser, A. (1998). Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask? *Psychiatric Services*, 49(3), 355-359.

Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P. y Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatryca Scandinavica*, 112, 330-350.

Read, J., Hammersley, P. y Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 101–110.

Rossouw, T. I., y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry,* 51 (12), 1304-1313.

Rossouw, T., (2012). Self-harm and young people: Is MBT the answer?, in Eds. *Midgely y Vrouva, Minding the child: Mentalization based interventions with children, young people and their families*. 131- 144, Routledge, London.

Shevlin, M., Houston, J., Dorahy, M. y Adamson, G. (2008). Cumulative Traumas and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 193–199.

Sorensen, H., Mortensen, E., Schiffman, J., Reinisch, J., Maeda, J. y Mednick, S. A. (2010). Early developmental milestones and risk of schizophrenia: a 45-year follow- up of Copenhagen Perinatal Cohort. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 41-47.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverese, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J. y Bentall, R.P.

Watson, S., Gallagher, P., Dougall, D., et al. (2014). Childhood trauma in bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 564–70.

Wurr, C. y Partridge, I. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse y Neglect*, 20, 867–72.


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

# LOS PADRES DE ADOLESCENTES ADOPTADOS EN EL TRABAJO CLÍNICO. FANTASÍAS, INQUIETUDES Y CONFLICTOS*

# PARENTS OF ADOPTED ADOLESCENTS IN CLINICAL WORK: FANTASIES, WORRIES, AND CONFLICTS

Vinyet Mirabent Junyent**


## RESUMEN

El adolescente adoptado vive con mayor inquietud y complejidad la crisis propia de esta etapa. Se le hace presente su genética y su diferencia racial, se le aparecen fantasías e identificaciones con sus padres biológicos y con los adoptivos, e interrogantes acerca de su historia previa a la adopción y acerca del sentido de su presencia en la familia.

Por otro lado a los padres se les pueden despertar duelos no resueltos, fantasías e inquietudes que contribuyen a que los conflictos se encallen y entren en una escalada de tensión. Entonces padres e hijos pueden irse alejando y poner en riesgo el vínculo filial.

Será importante que los profesionales ayudemos a los padres a dar significado a las conductas de los hijos, a mentalizar, para que aguanten, contengan i acompañen a su hijo/a en los conflictos y dolor que ahora revive, y le ayuden así a la resolución de la crisis adolescente.

**Palabras clave**: Adopción, adolescencia, dinámicas conflictivas, función parental.

## ABSTRACT

The adopted adolescent lives through the crisis proper to this vital stage with more worry and complexities. His genetics and race differences appear to him, coupled with fantasies and identifications with his/her biological parents and with the adoptive ones, and interrogation points appear about his history previous to adoption, together with the ones that have to do with the sense of his presence in the family.

On the other side, unresolved bereavements of the parents can be awaken in them; fantasies and worries that contribute to the conflicts get stuck and tension increases gradually. Parents and children can get distanced and the parental-filial bond be put under risk.

It will be of importance that as professionals we help the parents to give sense and signification to the behaviour of the children, and to mentalise, so that they can hold, contain and accompain their son/daughter in the conflicts and pain that he/she is now reviving and help them in this way to the resolution of adolescent crisis.

**Key words**: Adoption, adolescent, conflictive dynamics, parental function.


## INTRODUCCIÓN: ADOLESCENCIA / ADOLESCENCIA ADOPTADA

Como sabemos, la adolescencia es una etapa de reorganización física y psíquica, de profundos cambios corporales y emocionales, que conducen a la adquisición de la identidad adulta. Siempre implica un salto evolutivo hacia la autonomía después de una progresiva separación y diferenciación del núcleo familiar. En este camino

* Ponencia presentada en el XXVIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “La técnica en psicoterapia en sus diversas aplicaciones” tuvo lugar en Burlada (Navarra) los días 15 y 16 de abril de 2016. Acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones Sanitarias de Navarra.

** Psicóloga clínica. Psicoterapeuta. Fundació Vidal i Barraquer. Barcelona. E-mail: vmirabent@fvb.cat


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

podrá sentirse más o menos orgulloso de la pertenencia y, con ello, consolidar en más o menos su identidad. Puede ser a la vez una constatación que genera inseguridad, desconcierto, y a veces cierta despersonalización (Lasa, A. 2003).

La solidez y características de los vínculos afectivos que se han creado con los padres, la calidad de la crianza, cómo se han entendido y atendido las necesidades del niño, y la mayor o menor flexibilidad o rigidez de los equilibrios relacionales que han predominado, van a proporcionar una base más o menos sólida con la que el chico/a va a llegar a esta etapa. Cuando el adolescente no tiene espacio para diferenciarse y separarse debido a que el sistema defensivo de los padres es rígido y no admite el cuestionamiento, sólo le queda la confrontación, el choque y a menudo actuaciones preocupantes (Torras, 2004).

Paralelamente los padres se ven inmersos en un proceso de cambio. Pasan a ser de nuevo pareja, a reencontrarse o no, a sentir un vacío al no ser tan necesarios en los cuidados del hijo, y a descubrir en quien se está convirtiendo en la realidad, en contraste con el hijo que habían fantaseado, el hijo ideal (del que podían ser conscientes o no) y aceptarlo en su verdadera identidad. Todo esto constituye la conflictiva normal de las dinámicas familiares en la adolescencia. Se ha perdido el equilibrio de relación que tenían todos antes y se van a poner a prueba la consistencia de las relaciones familiares.

El adolescente adoptado vive con mayor inquietud y complejidad la crisis de esta etapa. Se encuentra con problemáticas añadidas relacionadas con su adopción que contribuyen a la eclosión de una conflictividad más intensa, que apunta a la raíz de su propia identidad, su sentido de pertenencia y su vinculación con los padres (Mirabent, V. 2014; San Marttino, M. 2014). En la búsqueda de su identidad deberá integrar su historia anterior a la adopción (orígenes, vínculos que han dejado huella pero de los que a menudo no tiene representaciones mentales, recuerdos…) y la que ha construido con sus padres adoptivos, es decir, su doble procedencia. La elaboración del abandono volverá a ponerse en primer plano, para dar sentido a esa experiencia vivida (Barudy, J. 2006). Su herencia genética y su diferencia racial van a estimular, por un lado, fantasías, identificaciones e interrogantes con sus progenitores y, por el otro, se preguntará también por sus padres adoptivos, sobre el sentido de su adopción, su lugar en la familia y qué motivación tenían. Va a necesitar entender y entenderse para aceptarse y así aceptar tanto sus orígenes biológicos como su familia adoptiva (Berastegui, A. 2007). En su mundo interno se establece un juego entre la estructura familiar en la que ha crecido pero de donde no ha salido - es decir, la historia de vínculos con sus padres adoptivos - y las experiencias vividas antes de la adopción (primeros vínculos con progenitores, los interrogantes sobre ellos y las carencias).

La capacidad de comprensión y reparación por parte de los padres adoptivos, a lo largo de la infancia, va a ser crucial para que haya construido una base emocional más sólida que le permita disponer de mayores recursos emocionales. Si siempre el papel de los padres es esencial para el buen crecimiento y desarrollo de un hijo, en la adopción adquiere aún más importancia ya que tendrán la función añadida de reparar en lo posible los daños que las experiencias anteriores han dejado en su hijo, comprender y aceptar los intensos conflictos, internos y externos, que vive y mantenerse a su lado en un mensaje de esperanza hacia la vida que se le abre delante.

***La adolescencia de los adoptados en los padres adoptivos.***

En el trabajo clínico, los profesionales estamos atendiendo numerosas consultas de familias que están atravesando momentos de crisis de mayor o menor gravedad. Las ansiedades de muchos adolescentes adoptados son intensas y difíciles de contener, con lo que se manifiestan de forma explosiva y defensiva, con actuaciones y conductas de riesgo. Son un intento de búsqueda de sí mismo, llenas de confusión, y también de necesidad de expulsar un sufrimiento que no se puede pensar.

En la adolescencia los padres adoptivos tienen una mayor carga, van a tener que sostener el dolor profundo de su hijo. Se convierten en blanco del odio y tendrán que hacerse cargo de la rabia que el chico poco a poco empieza a sentir. Es importante que los padres comprendan esta situación para que no se sientan descorazonados y puedan soportar estas oleadas de hostilidad, entendiendo que es la forma de llegar a una relación más real y segura porque será menos idealizada (Winnicott, 1991). La capacidad de aguante, contención y acompañamiento que tengan va a ser decisiva, no sólo para ayudar a su hijo a salir de la crisis, sino también para reafirmar el vínculo familiar y la filiación. Ésta es realmente la única forma de poder dar esperanza de futuro a estas familias.

Pero en general a los padres les resulta difícil adaptarse al cambio que está realizando su hijo/a. Además de cómo resolvieron su propia crisis de identidad y


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

sentimientos de desconcierto y desorientación, se les suma el desconocimiento de lo que puede significar emocionalmente integrar una doble filiación, como sí le ocurre a su hijo/a adoptado; ellos no han pasado por esta experiencia y sólo su sensibilidad y capacidad de conexión con el abandono y las carencias del hijo les puede ayudar a conectar con lo que él/ella está viviendo (Rius, M. 2011). Se pueden sentir muy perdidos ante manifestaciones disruptivas de unos hijos que en la infancia no habían dado "demasiados problemas" y que les había hecho creer que todos los conflictos de adaptación y vinculación estaban resueltos. Pero también, en función de la historia que les llevó a la adopción y de la cualidad de su proyecto adoptivo, estarán más o menos preparados para el ejercicio de las funciones parentales, antes y en este período, ya que el estado mental de los padres es lo que les permite o no conectar con los estados mentales del hijo (Fonagy, P. 2004).

Así podrán ayudarle a transitar por la intensidad y complejidad de sentimientos y vivencias, comprendiendo sus dilemas, sus conflictos y el dolor más allá de sus conductas; o, por el contrario, se pueden quedar encallados en los suyos propios, en un dolor enquistado, en fantasías y anhelos no resueltos, más o menos conscientes, lo que les va a dejar en un estado mental poco permeable y receptivo a la realidad del hijo. En este escenario se complican y obstaculizan el buen ejercicio de las funciones parentales, se movilizan profundas inquietudes, dudas y confusión, a menudo entorno a la autenticidad del vínculo paterno/filial que les une, y que provocan reacciones intensas y actuaciones en el trato con el hijo. La familia llega entonces a la consulta inmersa en dinámicas relacionales caracterizadas por la colusión, el desencuentro, el distanciamiento emocional, dentro de un círculo vicioso, y con un dolor que se proyecta de unos otros y que a veces, por desgracia, puede llegar a la ruptura vincular.

## LOS PADRES ADOPTIVOS EN LA CONSULTA

En la consulta podemos observar cómo tras los conflictos que los padres describen en sus hijos adolescentes, existen distintos factores que han propiciado la situación, y que condicionan el significado que dan a las conductas de sus hijos.

Muchas veces percibimos duelos no resueltos en la historia de la pareja, fantasías inconscientes en relación al hijo y el lugar que éste debe ocupar, vinculadas a una necesidad de reparación de aspectos propios dañados, de llenar vacíos internos. Sus expectativas no se adecuan entonces al hijo real que tienen, condicionan la relación mutua y generan conflictos al predominar, por parte de los padres, un juego entre ansiedades no elaboradas y defensas proyectivas y negadoras de la realidad e identidad del hijo, que estallan en esta etapa.

A veces podemos ver también cómo en algunas de estas familias el proyecto adoptivo no estaba compartido ni asumido por igual, con lo que existe una gran diferencia en el grado de implicación y vinculación con el niño entre ambos miembros de la pareja.

Pero por otro lado, también atendemos consultas de adolescentes con problemáticas densas, conflictivas y de larga y costosa resolución cuyos padres/madres tienen buenas capacidades, sensibles y empáticos, y que basaron su proyecto adoptivo en la realidad y necesidades del niño. El estado de ánimo de estos padres, los sentimientos intensos que viven, el sufrimiento que genera el trato con el hijo y la percepción de sus conflictos, es también una de las realidades de las consultas.

Siempre, tanto en la infancia como en la adolescencia, el trabajo clínico con los padres es esencial para modificar dinámicas relacionales, que llevan más o menos tiempo establecidas, y que han creado círculos viciosos que perpetúan los conflictos. En las familias adoptivas esto es aún más importante por la suma de factores de gran complejidad que se han descrito. Será necesario ayudarles a conectar de nuevo con las carencias y múltiples pérdidas que su hijo ha sufrido, con su historia de negligencias y soledad, cuando no de traumas, para que entiendan que sus reacciones están vinculadas a vacíos relacionales, abandonos y duelos, a un dolor emocional y también a mecanismos defensivos primitivos que ahora se reactivan ante la zozobra adolescente. Será básico ayudarles a contemplar que los conflictos son una oportunidad para que su hijo integre y reafirme su identidad, lo que implica aceptarse y conciliarse en su doble origen. Sólo así podrán sostenerle en este tránsito y sostenerse a si mismos evitando que se instale la distancia emocional, evitando sentirle como un extraño en casa, que no tiene nada que ver con ellos y por el que ya no pueden hacer nada.

## DUELOS NO RESUELTOS. FANTASÍAS: IDEALIZACIÓN / DENIGRACIÓN

La constitución de la familia adoptiva se hace precisamente a partir de duelos. El niño que llega por la vía de la adopción siempre lleva consigo importantes pérdidas y separaciones vinculares que difícilmente


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

habrá podido elaborar. La relación que ha tenido con adultos es en general insuficiente, precaria y grupal, y sus necesidades individuales han estado poco atendidas y reconocidas (Giberti, E. 1994). Traerá pues, consigo, duelos pendientes de elaboración y van a ser los padres que le adoptan los que se van a tener que encargar de este trabajo añadido. Van a tener que transmitirle el deseo i la ilusión, desde el no deseo, el abandono, la desilusión e incapacidad de los padres biológicos (Cid, 2006) para poder investirle como hijo (Levy Soussan, P. 2003). La filiación es un proceso simbólico, que se produce en la mente de padres e hijos. Será la presencia o ausencia de esta investidura simbólica en los padres adoptivos, la que marcará la presencia o ausencia de filiación (Gerhardt, S. 2008). En este proceso, vinculado al deseo y a expectativas conscientes e inconscientes, son los padres los que tienen una función activa en la que van configurando un espacio, un nido que se va construyendo en su mente. Aceptar un niño como hijo es un proceso que se hace poco a poco, en el trato cotidiano, en la crianza. La cualidad de las expectativas e ideales de los padres, permitirán en mayor o menor grado que padres/hijo puedan llevar a cabo un proceso de reconocimiento mutuo, identificación y pertenencia (Soulé, M. 1993).

Pero con frecuencia los padres traen consigo duelos que no han podido reconocer ni elaborar y que les impiden conectar, entender y hacerse cargo de los de su hijo. La resolución de los duelos en los padres es esencial para que puedan aceptar que la adopción es un relevo, que hubo otros antes que ellos y que éstos están en el mundo interno de su hijo en forma de fantasmas y sensaciones vividas (Newton, N. 2010). Sólo así podrán aceptar a su hijo tal y como es, entender sus actitudes, necesidades y conflictos y sostenerle sin minimizar, negar o disociar su dolor. Pero cuando los duelos se han disociado los padres otorgan inconscientemente un rol al niño, el del biológico no tenido, que debe cumplir y se arraiga en ellos un funcionamiento disociativo y proyectivo, por el que las emociones no pueden ser mentalizadas. El trato y la comprensión del hijo no están entonces acorde con lo que éste está viviendo y necesitando.

***M, 15 años: Silencios.***

*Acude a la consulta la madre sola.*

*M fue adoptada cuando tenía 1 año, procedente de un país de raza parecida a la nuestra. La chica ha sido atendida previamente por distintos profesionales en los últimos dos años ya que en casa pasa de estar muy cerrada y silenciosa, a tener momentos de agresividad y provocación en los que no se la puede parar, explota, grita y todo acaba por el suelo, se rompe….*

*Se adaptó muy bien a la familia y a lo largo de la infancia nunca presentó problemas, era más bien tranquila y de trato fácil. Sabía que era adoptada, a los 4 o 5 años le hablaron de su país de procedencia, de que necesitaba unos padres y de que ellos querían tener una hija. En aquel momento vio algunas fotografías del encuentro, parecía poco interesada, luego con los años ya no preguntó más, los padres interpretaron que no le importaba.*

*La madre explica que desde hace un tiempo la ve con muy baja autoestima, poca confianza en sí misma y con dificultades para controlar sus emociones. En la escuela, en cambio, va bien, es una buena estudiante, sin problemas.*

*La madre siempre ha ido sola a las consultas, el padre únicamente al principio y apenas se implicó. Describe problemas de relación con su marido, dice que es una persona rígida en las normas familiares, poco dialogante, que está alejado de su hija y tiende a desvalorizarla. M le rehuye y mantiene con él una relación distante, de hecho cuando llega su padre a casa ella tiende a encerrarse en su habitación, donde en la actualidad incluso cena, evitando el espacio familiar. Paralelamente abundan las discusiones, riñas y agresividad verbal entre unos y otros. Un día, tras una discusión por horarios con el padre, en presencia de éste, la chica le dice a la madre: "A este hombre no le quiero. ¿Por qué no te separas de él? … Te odio porque no te atreves a hacerlo, no eres fuerte". El padre furioso le dice a la madre: "¡Ya ves la hija que querías!"*

*Hace pocos días en otra discusión entre el padre y M se ha visto implicada la madre que intentaba mediar. La chica acaba diciéndole: "Tú no eres nadie para mandarme, no eres mi madre, eres sólo una mujer que querías una criatura". Después de esto la chica escapó de casa durante horas.*

*A lo largo de la visita van apareciendo distintos aspectos de la llegada de la niña a casa y también de porqué decidieron adoptar. La madre comenta que tenían muchos problemas para tener hijos biológicos, ella los deseaba con intensidad. Tras varias consultas, los análisis concluyeron que su marido tenía problemas de fertilidad. Realizaron varios procesos médicos, aunque siempre era ella la que tomaba las decisiones. Parecía que a su marido la esterilidad no le resultaba muy importante, le decía: "Si no podemos, pues no podemos". La madre añade: "Es que a momentos es*


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

*como un niño pequeño, quiere que esté sólo por él, tuvo celos de la niña cuando llegó. Cómo yo insistí tanto… pues al final accedió, "vale, pues adoptamos" me dijo". La madre añade que ella se encargó de todo, de todas las iniciativas y trámites. Y sigue: "Ahora dice que sí la quiere,, pero en realidad nunca la ha entendido, ni ahora ni de pequeña, no entiende nada de lo que significa la adopción. Ahora, con las reacciones de M, se siente desautorizado, se enfrentan duramente y cada vez se alejan más. En casa hay un infierno y yo me lleno de dudas, a momentos me siento distante de todos, de mi marido, de mi hija…ella me hace culpable y yo ya no sé…no era eso lo que quería…".*

La chica tiene múltiples duelos (Brodzinsky, D. 2006)) que se han mantenido ocultos en su interior y que han irrumpido con fuerza en la adolescencia. Ahora tiene pocos recursos emocionales para afrontarlos. En la infancia asumió el papel asignado: la hija agradecida que se adaptó rápido y no presentaba problemas. Como dice Rygaard (pág 175, 2008): "Una forma de adaptarse, es complacer y prever las expectativas parentales, tener miedo a cometer errores y controlarse totalmente…. aunque estos niños tienen un aire permanente de tristeza porque el temor al rechazo es la base de su buena conducta.

Pero con la irrupción de la adolescencia no ha podido continuar con su rol, con lo que las relaciones mutuas, sobre todo con el padre, son cada vez más conflictivas. La chica revive un nuevo abandono al no sentirse entendida, lo actúa escapando de casa y expulsa su dolor, ni compartido ni elaborado, a través de la rabia y agresividad: "La reducida capacidad para representarse los estados mentales propios y los del otro disminuye la posibilidad de inhibir la agresividad. […] La regulación de las emociones depende de poder captar la experiencia interna que surge en el contexto de la temprana relación diádica con el cuidador" (Fonagy, P. pág 49. 2004).

Cómo se puede ver hay una gran diferencia en la motivación para adoptar en cada uno de los miembros de esta pareja. La esterilidad del padre y su falta de elaboración condicionó las decisiones que tomaron. El padre acabó cediendo al deseo de maternidad de su mujer, llevado por posibles sentimientos de culpa inconscientes y probablemente la necesidad de retenerla a su lado. Fue un acompañante de una adopción que hizo en realidad su mujer y no pudo vincularse bien a su hija, ya que ella era la representante externa de su esterilidad. Paralelamente, la madre deseaba tanto su maternidad que no pudo pararse, elaborar la renuncia, el duelo, que conllevaba seguir unida a su marido, y poder distinguir las diferencias entre la filiación biológica y la adoptiva. En su momento reaccionó a la situación dolorosa de forma maníaca y negadora, sustituyendo un hijo por el otro, llenando rápidamente el vacío. Como dice Bleichmar, H (2010), aquí los padres tienen un duelo patológico en el que los momentos de agresividad se intercalan con momentos en que la culpa pasa a primer plano.

La historia de la adopción en los padres, con sus duelos, permaneció oculta a lo largo de la infancia, no tenían suficiente "espacio mental" para una hija diferente a la biológica, con unas necesidades también diferentes y más complejas. No pudieron acercarse a lo que la realidad de la adopción pudo despertar en ella, ya que ello implicaba haber reconocido y elaborado sus propios duelos, sobre todo el padre. M con su presencia les convertía en padres, pero a la vez activaba el dolor de sus vacíos ya que evidenciaba su esterilidad. Necesitaban apartar, disociar, los orígenes distintos de su hija y no dieron importancia a lo que podía sentir entorno a su adopción. Así pues, no le pudieron acompañar en las primeras eclosiones de sus interrogantes, fantasías y emociones, la dejaron en su soledad y ella aparentemente se adaptó: "Cuando los duelos evolutivos no se elaboran bien… los padres presionan inconscientemente al hijo para que se identifique con las propias imágenes proyectadas…" (Palacio Espasa, pág. 13. 2012). El silencio que imperó en la relación deriva en la adolescencia en un fuerte distanciamiento y resentimiento de M. Los padres no se hicieron cargo de su abandono, y creció con la fantasía inconsciente de que llegó para cubrir un vacío de ellos, de que su presencia estaba al servicio de sus necesidades, no de atender las suyas como hija (Galli y Viero, 2001). Se pone en juego la autenticidad y sinceridad del deseo de sus padres.

Pero ahora en la adolescencia, M se resiste a la proyección y los duelos segregados estallan, los de los padres se encuentran con los de la hija (Juri, L. 2010). Hay un gran sufrimiento que no pueden contener y proyectan en el otro, sobre todo por parte de los padres: En este escenario es fácil que los interrogantes y fantasías sobre los progenitores sean intensos y estén muy presentes en la hija y en los padres, y activen la búsqueda de los orígenes a través de actuaciones que expresan las dudas acerca de su pertenencia (Mirabent, V y Ricart, E. 2010).

Pero junto a de la densidad de estas problemáticas, en las visitas se pusieron también de relieve capacidades de la madre. Su capacidad de mediación, intuición y sensibilidad, y, por encima de todo, un vínculo afectivo


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

hacia la hija y el padre, eran aspectos sólidos sobre los que basar la reparación y la reestructuración familiar. Ello permitió sostener su dolor, acompañarla sin culparla en el reconocimiento de errores y buscar caminos de acercamiento de ella hacia la hija, y de ella hacia el padre, al que dejó de culpar, con lo que al cabo de varias entrevistas con la madre, se pudo incorporar a las visitas. A pesar de que el inicio de la familia se basó más en duelos no resueltos y vacíos, la madre pudo desplegar capacidades de cuidado y pudo integrar al padre aunque de forma limitada.

***A: Decepción y el fantasma de "los otros".***

*A viene a la consulta sola. Su marido tiene mucho trabajo y no se lo ha podido combinar. Está preocupada e irritada con su hija adoptada que en la actualidad tiene 14 años. Sus primeras palabras las expresa con rabia: "No puedo con ella, la aborrezco, me sobrepasa… contesta mal, está agresiva…de pequeña iba bien… pero ahora su adolescencia me desborda...me pone muy nerviosa, yo acabo también gritándola". Adoptaron a su hija en un país de raza claramente diferente a la nuestra cuando tenía casi dos años. A va explicando, además de algunas actuaciones de riesgo de la chica, que no entiende lo que está pasando. El problema es con ella dice, la chica se entiende mejor con el padre, pero conmigo…"me la tiene botada". Ella quería adoptar. Se emociona: "Bueno en realidad pasamos muchos años pendientes de los procesos médicos… fue agotador y al final: fuera, decidimos adoptar… pero aún ahora tengo momentos en que pienso: ¿Por qué me ha pasado a mí esto? Todo el mundo tiene hijos, a mi alrededor todas se han embarazado… Me ilusioné con la adopción, se lo di todo a mi hija, me volqué"… Con resentimiento y desolación añade: "¿Sabe? Parecía una muñequita de pequeña, oscurita pero una muñeca, todos se paraban de lo mona que era… y ahora en cambio viste de cualquier forma, parece de los bajos fondos… no la reconozco… no acepta nada mío… ninguna sugerencia… no sé quien es ni de donde ha salido, en muchos momentos me siento alejada y siento que no tiene nada que ver conmigo. Estoy muy decepcionada. Mi marido sufre porque está en medio, él si mantiene la comunicación, yo llevo semanas en las que apenas nos hablamos… cuando ella lo hace es para desafiarme… Pero él no me entiende… dice que debo ser más comprensiva, soy la mala… al final acabamos discutiendo los dos…temo que por su culpa acabemos separados."*

Esta viñeta clínica ilustra la complejidad de sentimientos y de pérdidas no resueltas en los padres, en este caso la madre. Por un lado se siente decepcionada por las actitudes de la hija, no las reconoce derivadas de la educación que le ha dado ("parece de los bajos fondos"), por otro lado su desarrollo físico, según su genética, pone en primer plano su procedencia biológica y la presencia en ella de quienes la engendraron, con los sentimientos que despiertan.

En este momento la hija busca su espacio, irse separando de los padres preguntándose acerca de su identidad. La chica explora, desde lo interno a lo externo, a través de la apariencia, del vestir, de las actitudes. Pero este proceso adolescente reabre en la madre la herida de su esterilidad que no había quedado bien cerrada antes de la adopción. El crecimiento de su hija impone que no procede de su genética, y por lo tanto su infertilidad, de lo contrario ella no estaría aquí.

Los sentimientos de vacío y rabia se vuelven a poner en primer plano, ya que predominó en ella un funcionamiento disociativo por el que no elaboró ni mentalizó la pérdida (Fonnagy, P. 2004; Target, M. 2007). Pero ahora cuando surgen, se expulsan de forma proyectiva hacia la hija poniendo lo malo en ella (Juri, Ll. 2010), con lo que se le tambalean los procesos de reconocimiento e identificación de la hija como propia, no puede ver en ella su propia huella y le es muy difícil tolerar la distancia entre la hija real que tiene, con su identidad propia, y la que había deseado y no tuvo, pero con la que ha creado fantasías idealizadas inconscientes (Mirabent, V y Ricart, E. 2010). No salió de ellos, ellos le han dado toda la educación pero la hija no responde a las expectativas: "no sé de donde ha salido…" Irrumpen en escena los biológicos, la rivalidad con ellos (con las fantasías acerca de su cualidad como personas, fértiles pero a saber cómo eran). El dolor y la decepción no mentalizados provocan la proyección de la rabia hacia su hija. Es así como la hija se va convirtiendo fácilmente en una amenaza familiar (Levy Soussan, P. 2003; Grinberg 2006).

El trabajo clínico con esta madre se centró en primer lugar en empatizar con su propio dolor. El riesgo hubiese sido que la terapeuta se identificara con la hija e intentara rápidamente hacer comprender a la madre que sus dificultades y el sentido de sus actitudes y actuaciones, algunas preocupantes, procedían de sentimientos dolorosos que se debían entender. Un primer enfoque en esta dirección podría haber acentuado los sentimientos de culpa en Ana y ésta podría haber reaccionado con una intensificación defensiva con la terapeuta, con posible resentimiento y hostilidad, y a la vez negación de su


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

realidad interna. Se trataba también de evitar el aumento de la proyección hacia su hija, ya que Ana leía en ella su propia rabia y agresividad, y la atribuía a sus orígenes diferentes, a los "otros", los progenitores que le han dado una apariencia en la que ahora ella no puede reconocerse y un "carácter" que no tiene que ver con la educación y trato familiar. El riesgo de ruptura de la pareja y vincular con la hija es alto. Por ello es necesario que la terapeuta se contenga para dar espacio a la madre, para que exprese un dolor encerrado durante años, pueda entenderse a si misma, y así iniciar un proceso de irse diferenciando de su hija para poder entenderla.

Se pudieron realizar varias visitas continuadas con la madre, luego aceptó ayuda psicológica para ella misma. A la consulta se incorporó entonces el padre, en un momento en que la madre podía escuchar a su marido desde otra perspectiva, con mayor espacio mental, para no sentirle como una amenaza, y mayor capacidad para pensar y dar sentido a las actitudes de su hija y sus necesidades.

## CUANDO HAY HIJOS BIOLÓGICOS: ¿FRACASO? ¿POR QUÉ NO FUNCIONA COMO LOS OTROS?

Otras veces, atendemos en la consulta familias que tienen hijos biológicos y que decidieron adoptar o, que tras una adopción, por una infertilidad sin causa concreta, sin un diagnóstico claro, se produce un embarazo inesperado. El nuevo hijo llega a unos padres mentalmente poco preparados para ello. Se podrían desarrollar muchos aspectos y matices que forman parte de las dinámicas relacionales de estas familias, pero aquí me voy a centrar únicamente en algunos aspectos relacionados con la forma en que los padres atienden y entienden las necesidades y diferencias entre sus hijos.

Se trata de familias mixtas en las que los padres tendrán que mediar entre sentimientos complejos que se despiertan en los biológicos respecto al adoptado, y los de éste respecto a los primeros al verse diferente a ellos, y en las que el riesgo es igualar el trato y la educación a todos los hijos, sin distinguir las necesidades diferentes que hay detrás de conductas parecidas, ni reconocer la existencia de fantasías conscientes e inconscientes diferentes entre el hijo biológico y el adoptivo. Con frecuencia se dan comparaciones entre hermanos que pasan desapercibidas a los padres y que generan ansiedades y conflictos tanto en el adoptado como en el biológico.

***E."No hay diferencia"***

*Los padres explican que E empieza a tener conductas disruptivas, que han ido en aumento desde hace casi dos años. Ahora tiene 15. Fue adoptado en un país del este cuando tenía 17 meses, su estado era muy precario y tenía graves carencias tanto físicas como psicológicas. Se adaptó bien y rápido. En la infancia han tenido pocos problemas, pero desde los 11 años empezaron conflictos en la escuela, le costaba seguir los aprendizajes por falta de constancia y organización. En casa empezaron también a verle más pasivo, desinteresado y con pocas iniciativas, sólo las pantallas y los amigos. Ahora no respeta los horarios, no saben con quien sale, a veces ha hecho pequeños hurtos a la familia, miente. Las discusiones han ido en aumento y también las desavenencias entre padre y madre en la forma de entender y actuar con al chico. El padre comenta que no puede aguantar que su mujer "se alíe" con él.*

*Un año y medio después de adoptarle, cuando E tenía 3, tuvieron una hija biológica. No se la esperaban ya que durante años habían estado en procesos de fertilización sin éxito, aunque nunca les dieron un diagnóstico sobre sus dificultades. E tuvo, y tiene, celos de su hermana, no los ha superado, y fácilmente la ridiculiza o insulta. La niña está harta, ha intentado compartir cosas con su hermano, pero él podía pasar de estar contento y jugar, a meterse con ella, sobre todo en estos últimos años, en los que predomina el conflicto perenne entre hermanos.*

*Los padres discrepan en cómo tratarle, la madre parece comprenderle, intenta hablar con él y mostrarle sus sentimientos. La madre dice: "veo que sufre, que tiene una autoestima por el suelo, tiene miedo de ser un fracaso… se embala y no piensa, no puede ver las consecuencias de lo que hace". El padre la interrumpe molesto: "Es incapaz de ponerse en el lugar del otro, es un egoísta, se quiere hacer notar y va de chulo". La terapeuta interviene para destacar que describen las inquietudes del chico (ser un fracaso) y también sus mecanismos defensivos (ir de chulo) y comenta que parece que el chico tiene un bajo concepto de si mismo y poca confianza en sus capacidades, que debe compararse con su hermana. El padre vuelve a comentar que el sufrimiento si lo tiene ni se le nota, que hay que ponerle en cintura. La madre tercia y dice que a momentos le ve desanimado y triste.*

*Al preguntarles por la adopción y como se ha vivido en la familia, comentan que hablaron del encuentro, de su llegada y adaptación… normalmente ilustrándolo con fotografías y vídeos, pero poco del abandono y*


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

*del porqué está él/ella aquí…"no ha preguntado… no le interesa…." Se les pregunta si creen que el origen distinto entre hermanos, él adoptado y la niña biológica, puede estar inquietando a E. Entonces la madre comenta que a veces lo ha pensado pero nunca lo han hablado, ni siquiera con su marido. El padre interviene: "El tema de la adopción no es importante, no creo que le preocupe lo más mínimo. Hace unos años en un enfado dijo: No sois mis padres, tengo otros padres, no me mandáis. Yo le dije seco: Tú mismo, no tienes nada más. Y ya se acabó, no ha salido nunca más el tema, lo tiene claro".*

Estas frases conllevan una negación de las pérdidas que ha sufrido E y de las consecuencias que ha dejado en su psiquismo, generando un sufrimiento silencioso ((Newton, N. 2010), que siendo niño disoció, segregó, y mantuvo oculto. Ahora en la adolescencia surge con intensidad y se agrava con actuaciones. No tiene suficientes recursos emocionales que se tenían que haber construido en la infancia: "El déficit de la capacidad simbólica favorece la eliminación del malestar emocional a través de la actuación. En los adolescentes violentos a menudo hay una historia de que no fueron deseados ni luego aceptados por sus padres en su totalidad" (Feduchi, Ll. Mauri, Ll. Raventós, P. Sastre, V. y Tió, J. pág. 19. 2007).

Tampoco pudo interiorizar de forma sólida un modelo de relación con sus padres que permitiera sostener, contener y pensar las inquietudes (Rygaard, N. 2008). Estos minimizaron (la madre) y negaron (el padre) la importancia del dolor del abandono, reactivado con la llegada de una hermana que sí había salido del vientre de su madre. El niño probablemente sintió que ésta sí era "de verdad" hija de sus padres y él pertenecía a una segunda categoría. Los celos expresan el malestar que genera su fantasía ("si no soy del todo de estos, entonces ¿de quien soy?") y, en forma de provocación, la necesidad de que los padres confirmen su filiación. Pero éstos no entienden el conflicto interno de E, y no pueden sostenerle ni dar sentido a sus conductas, igualándolos a los de cualquier niño cuando tiene hermanos, con lo que no reconocen en él sus orígenes diferentes (lo "sabían" pero no eran consecuentes con lo que ello representaba), sus duelos y sus necesidades también diferentes.

Probablemente los padres no pudieron elaborar bien su infertilidad, comprender los sentimientos y renuncias que comportaba. Este estado psíquico generó dificultades, sobre todo en el padre para percibir, contactar y entender el estado mental de su hijo. Pudieron establecer un vínculo afectivo con él pero no pudieron ayudarle a mentalizar las emociones relacionadas con pérdidas y potenciar en él la función reflexiva (Target 2007; Slade 2000).

***"Yo también quiero ser adoptado"***

*Otro aspecto que aparece en el trabajo clínico con estas familias mixtas, es la preocupación de los padres por cómo las dificultades del adoptado, sus conflictos y el clima que se genera en la convivencia, afecta a los otros hermanos, y sus dudas de cómo deben tratar este problema. Unos padres con hijos biológicos que adoptaron a un hijo, ahora con graves dificultades, dicen con pena: "Mis otros hijos sufren cuando ven que D nos responde así… están preocupados porque nos ven sufrir. Ven que hemos intentado muchas cosas, que le atendemos, que estamos buscando que se sienta uno más de casa… y no soportan que nos menosprecie, que nos mienta o nos robe como ha hecho a veces". Los chicos dicen en una visita: "Es injusto… no puedo soportar ver cómo les trata, no se lo merecen… con todo lo que han hecho por él… es que no pueden seguir sufriendo así… muchas veces me pregunto si tengo que intervenir y pararle los pies. ¿Qué se ha creído? Una cosa es la adopción y otra esto, a momentos le veo como un aprovechado. ¿Por qué no puede sino estudiar, al menos trabajar?".*

Estas frases expresan la dificultad de los hermanos para entender la zozobra de su hermano adoptado. Se les hace muy difícil captar un mundo interno lleno de ansiedades y confusión, dudas de pertenencia, interrogantes acerca del lugar que ocupa en la familia y el que puede ocupar en la sociedad. Ellos en general no han pasado por un torbellino adolescente tan profundo e intenso y, al no entender, tienden a acusarle de sus actuaciones, ven el dolor de los padres pero no ven el suyo.

*Los padres se sienten en medio. Preguntan directamente: "Qué tenemos que decirles… ellas no entienden el peso de todo lo que P ha vivido y se enfadan con él, le recriminan… lo que consiguen es que él las evite, desaparezca de lugares comunes familiares cuando están ellas…"*

Lo que los hermanos viven y entienden de su hermano/a adoptado pesa mucho en sus reacciones y comentarios, y entre todos ellos se pueden generar dinámicas presididas por reproches y comparaciones:

*C es el segundo de una familia de tres hermanos, tiene una hermana mayor y le sigue otro chico, cuatro años más pequeño, adoptado cuando tenía tres. Se lo pasó mal cuando le adoptaron, parece que sus padres le entendieron y pudieron hablarle de todo lo que necesitaba su hermano recién llegado. Ahora, a los 19 años, comenta: "pero*


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

*siempre era el mismo mensaje: él necesita mucho, tu lo has tenido todo desde el principio… Con mi hermana hablábamos, al menos con ella podía expresar y rabiar… Yo también quería ser adoptado, es un chollo, se lo permitían todo…" C explica que su hermano de 15 años pasa momentos difíciles, disruptivos, en los que provoca y se enfrenta a los padres, dice: "A mi no me trataban igual…. Ahora veo a mi padre reaccionando de una manera que me alegra por mi hermano, pero ¿porqué no pudo reaccionar así conmigo?.. .Yo también necesitaba que me comprendiera… eran muy estrictos conmigo".*

En estas dinámicas fácilmente el adoptado siente que no "pega" en esta familia, es diferente a sus hermanos, a sus padres, no pertenece a ella y no se la merece. Con lo que se acentúan aún más los sentimientos de desarraigo que le llevan a actuaciones de riesgo, para el vínculo y para su salud física y psíquica.

Es muy necesario orientar a los padres para que den respuesta a estos cuestionamientos e interrogantes, y afronten las comparaciones y críticas, para que puedan reconocer las necesidades diferentes de cada hijo, errores que hayan podido tener en decisiones y actitudes y también el aprendizaje que han ido haciendo como padres. Sólo así podrán evitar el resentimiento que podrían generar las comparaciones y diferencias.

Es pues muy importante intervenir familiarmente para modificar en lo que se pueda estas dinámicas, ayudando a los hermanos, empatizando con lo que están viviendo y sintiendo, para que poco a poco puedan también acercarse al sufrimiento que se esconde detrás de las reacciones duras y preocupantes de su hermano adoptado.

## SITUACIONES DIFÍCILES DE LARGO RECORRIDO: FLUCTUACIONES

En la consulta, atendemos a muchos padres que tienen una comprensión sensible de lo que le pasa a su hijo, y capacidades suficientes para sostenerle y aguantar la situación, pero que ante dificultades continuadas y persistentes, a menudo con agravamientos temporales, se sienten desanimados, perdidos y asustados. Voy a exponer alguna de estas situaciones prestando atención especial a familias monoparentales.

### *Monoparentales*

Una parte importante de las adopciones las han llevado a cabo personas solas, la gran mayoría mujeres. Sin entrar ahora en la adecuación de sus motivaciones, que pueden ser muy diversas, cabe señalar la dificultad que afrontan. Criar y educar un hijo en soledad siempre es más complejo y difícil, y en la adopción las dificultades aumentan considerablemente. Incluso en personas con recursos emocionales y buenas capacidades maternas, que han llevado la crianza en consonancia, sensibilidad y proximidad a las necesidades del hijo, se acentúan enormemente dudas e interrogantes sobre su fortaleza contenedora y capacidad materna.

*"Necesito instrucciones. ¿Qué tengo que hacer?...Ayer me empujó en dos ocasiones, quería salir y yo le había dicho que no…va a su bola…No entiendo qué le pasa… todo iba bien, yo soy abierta, siempre he entendido la adopción como una continuidad…he respetado su pasado, en casa se puede hablar de todo…" Explica P, una madre desbordada y cerca del llanto. No entiende qué le está pasando a su hija de 16 años y está asustada. Cuando la chica no le hace caso siente que es un ataque frontal a su autoridad que no debe permitir, a lo que responde con una escalada de límites y castigos que reflejan el círculo vicioso en el que está la relación; cuantas más normas impone la madre, más transgresiones hace la hija, la relación mutua está teñida de reproches, tensión y, por parte de la chica, de violencia verbal y a momentos física.*

*Pero paralelamente, P también va mostrándose como una mujer sensible, de sólida y amplia formación, con criterios flexibles y capacidad para revisarlos, que realizó la adopción con una mirada integradora y respetuosa con los orígenes de su hija y entendiendo sus necesidades de adaptación, que pudo atender y cubrir. Pero ahora, después de unos años tranquilos en los que todo parecía haber quedado atrás, surgen unos conflictos inesperados que no entiende y la sobrepasan. Ella misma comenta que se desconoce: "Yo no soy así, yo no me he visto nunca reaccionando de esta forma… S saca lo peor de mi"*

*P adoptó a S cuando tenía 6 años, en un país con una raza claramente distinta a la nuestra. Detrás suyo S tenía una historia de pérdidas y de vivencias duras en el seno de su familia biológica, a pesar de lo cual era una niña simpática, vivaz e inteligente que se relacionaba con facilidad. Su adaptación fue rápida. Siempre ha arrastrado problemas escolares, se ha esforzado, pero ha ido por debajo de la media de la clase. La madre explica que su hija ha sufrido por ello, a temporadas se sentía la tonta del grupo. "Ahora ha tirado la toalla. Ya no se esfuerza, parece que no le importe y pasa de las notas… no sé si podrá terminar la ESO, ahora le es indiferente".*

*Por otro lado explica que la chica recordaba a su familia biológica y al cabo de unos años de estar*


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

*aquí, empezó a tener contactos con hermanos de allí a través de las redes sociales virtuales. Parecía que esto le ayudaba a unir su historia de antes y su después, y a no sentir la pérdida como algo definitivo. Al principio estaba contenta, hasta que hace unos meses empezaron a haber serios problemas en la relación madre/hija. Las discusiones, reacciones agresivas y actuaciones inundan la vida familiar y hacen la convivencia muy difícil. La madre no se lo esperaba, siente ambivalencias, desde la preocupación a la rabia y resentimiento, y dudas acerca de la solidez del vínculo, no sabe si S de verdad la quiere.*

Aparte de lo que la hija necesite desde el punto de vista terapéutico, la madre necesita encontrar un espacio donde, en primer lugar, poder expresar su impotencia y temores, donde sentirse apoyada y sostenida, y donde pueda entenderse a si misma en sus reacciones inesperadas y conciliarse con los aspectos más endurecidos y violentos que se le despiertan a veces en el trato con S. Es desde esta perspectiva, que se podrá ayudarla a recuperar sus capacidades maternas, para poder salir de la colusión en la que ella y su hija están instaladas. Afronta la convivencia diaria en soledad y no puede intercambiar con nadie que esté a su mismo nivel de responsabilidad, como ocurre cuando se trata de una pareja de padres. No tiene pues relevo ni encuentra en quien apoyarse y sostenerse en los momentos de flaqueza y cansancio. La familia intenta dar este apoyo pero, como en muchos casos, tiene poco conocimiento de la realidad del menor adoptado, y sus problemáticas y reacciones se entienden igual a las de otros adolescentes que hay a su alrededor, en consecuencia también el trato que necesitan y cómo deben ser las actitudes de los adultos. P se sentía poco entendida por los suyos, le dan consejos y orientaciones que no le sirven, siente su mirada, a veces crítica, cuando evita responder a las provocaciones de S en las celebraciones familiares, pasa por poco consistente y firme con su hija. Ello agravaba la inseguridad de P y las dudas acerca de su bondad como madre.

S vive una realidad muy compleja: la dificultad de la chica en integrar dos familias presentes, la que la ha dejado y la que la ha adoptado. No están sólo en la fantasía sino también en la realidad. La presencia real de la familia biológica en la adolescencia es de gran impacto emocional y la integración de ambas familias es mucho más difícil. S está en un proceso interno de elaboración del abandono, que le provoca un dolor que no soporta, y disocia y actúa en forma de provocación. Inconscientemente intenta comprobar hasta que punto es importante para su madre y familia adoptiva, hasta qué punto la sostienen, la siguen incluyendo o, al contrario, la expulsan de nuevo, confirmando su destino de "abandonable" y poco valiosa (Newton, N. 2010). Pero paralelamente, ante los conflictos se refugia en la fantasía, en su caso en confusión con la realidad, de que ella es de "allí", allí si tiene su verdadera familia, con lo que niega de nuevo la pérdida y los interrogantes de cómo sería en la realidad reencontrarles. En su mente, una familia está contra otra y ello perpetua su funcionamiento disociativo y actuador.

Por otro lado, S arrastra problemas de escolaridad. Por su edad al llegar e historia de carencias, probablemente no pudo desarrollar bien la capacidad de simbolización, esencial para aprender, y por otro lado se integra a un sistema en que por edad se le suponen unas bases de las que ella carece. La situación se agrava a medida que aumentan las tareas y presiones escolares. Esta realidad se convierte también en un foco de ansiedad y desmotivación. Las reacciones de S esconden mucho cansancio, sentimientos depresivos, de desvalorización e impotencia, vividos a lo largo de años. Sólo teniendo en cuenta todos estos aspectos se va a poder realizar un trabajo con la madre, orientado a rescatar sus capacidades para situarse en el lugar de S, contactar, mentalizar su dolor interno y así poder pensar, dar significado a lo que le está ocurriendo, entender cómo sus confusiones y conflictos generan formas defensivas a veces masivas para huir o anestesiar el malestar y el temor a ser de nuevo abandonada.

***El vaivén: de la comprensión a la acusación.***

Pero el trabajo con los padres tiene períodos fluctuantes. El terapeuta debe sostener el vaivén en el que pasan con facilidad de los momentos de contacto, en que se pueden emocionar ante la percepción del dolor, a otros, en los que les invaden dudas, desconfianza y desesperanza acerca del profesional y de ellos mismos.

En un momento del proceso pueden pensar que el terapeuta se alía o se deja tomar el pelo: "*Yo creo que te está engañando, sabe hacerlo muy bien…Hace lo que le da la gana… se hace la víctima… yo no me la creo, en el fondo no quiere asumir responsabilidades*". *Aparecen también otras fantasías: "Está desafiante… no sé, nos toma el pelo a todos, en realidad es calculador/a, cuando le veo esa mirada… no sé qué debió ver allá… busca conseguir lo que quiere por todos los caminos, cuando está cariñoso/a no puedo evitar pensar en qué me va a pedir… al final si le digo que no a algo saca todo el genio y acaba haciéndolo igualmente… En el fondo creo que lo*


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

*que tiene es mucho cuento, necesita mano dura, y si yo no puedo pues un internado*".

Muchos padres expresan pensamientos/fantasías acerca de que hay algo malo y dañado irreversiblemente en el hijo que pertenece a su pasado, a su genética y a lo heredado y vivido con su familia de origen, y que los conflictos no tienen que ver con la relación mutua. En estas situaciones con frecuencia pueden pasar de sentir al hijo como víctima que ha sufrido daños a edades muy tempranas, y a menudo entonces a sentir impotencia y enfado hacia la familia biológica o el propio país de origen, a sentirse ellos mismos víctimas de un hijo déspota, que usa su pasado para hacer valer sus caprichos y veleidades, para "*hacer lo que le da la gana*" y les utiliza para su egoísmo, porque en realidad no le pasa nada y ha aprendido a vivir "de la sopa boba" de tan sensibles que han sido con él. Las visiones pueden ser radicales, de la una a la otra, sin tránsito, cómo si el hijo fuese una persona diferente, en una mirada en la que predomina la fragmentación y la disociación, y hay un vaivén proyectivo de la agresividad, hacia la familia biológica o hacia el adolescente que va a poder con ellos. Así: "*¿Con tanta comprensión vamos a algún lado? Necesita las cosas contundentes y claras… se está aprovechando, como ve que funciona se sube a la parra y si le riñes pues acaba yendo de víctima… todos giramos a su alrededor, te quedas en casa esperándole, cambias planes por él, pues basta ¿qué se cree? Es un caradura, la próxima llamamos a la policía que le busque*".

Otros padres: "*Los compromisos no son lo suyo. No todo son traumas en la vida de mi hijo. También hay una buena dosis de egoísmo y el aprovecharse de la buena fe de los demás. Diga lo que diga en las visitas con usted, su actitud es clara, se cree con el derecho de que se lo concedan todo y nosotros estemos atentos a sus caprichos, si le reprobamos entonces muestra su agresividad… así es como actúa, una cosa es lo que hace y otra la que dice, y no piensa cambiar ¡Claro, le va fantásticamente bien!*"

En las entrevistas, a momentos pueden captar el estado mental de su hijo/a y, en otros, expresan un resentimiento derivado de la impotencia. El cambio no es inmediato y el día a día genera cansancio. Las expectativas se ven frustradas y el esfuerzo no se refleja en modificaciones rápidas. La desorientación y desespero llevan a menudo a actitudes defensivas endurecidas, la represión, la acusación, la agresividad verbal y a veces física, que colusionan con el hijo porque son las que él mismo usa.

Siguiendo a D. Meltzer (1998) cuando fracasa la función de contención en los padres, aumenta la irritabilidad familiar y en la convivencia se instalan el predominio de los sentimientos persecutorios. Se proyecta la rabia en el otro y se le vive entonces como amenazante. Cuando los padres sienten que su contención ha fracasado, la incapacidad, la fuerza de la desesperación y la vivencia del hijo como amenaza, les puede llevar a buscar agentes contenedores y represivos externos: "*sino acabamos llamando a la policía… o a la próxima te mandamos a un internado…*".

Cuando se instala en la familia un clima de desesperanza, que merma la capacidad para diferenciar y pensar, se busca una "solución" fuera: el internado, donde delegar funciones parentales. Solución que, además de impotencia, esconde un rechazo camuflado del hijo (cabe distinguir que no es lo mismo un internado, que un ingreso terapéutico en el que se atiende al adolescente y se protege y cuida la relación con la familia). Así le van a poner "*en su sitio*", aprenderá a valorar lo que la familia le da, "*ahora verá lo que es bueno*". La policía y el internado adquieren un doble significado, tanto el reconocimiento de la incapacidad e impotencia, como el de un castigo, en el que los padres actúan la fantasía tener un hijo extranjero i/o delincuente que hay que extirpar del núcleo familiar. El chico/a lo va a vivir así, como la confirmación de que es alguien dañino a quien hay que apartar, reviviendo así un nuevo abandono. Ante el dolor, probablemente endurecerá más aún su sistema defensivo. El alejamiento familiar le confirma que es "abandonable", confirma que lleva una tara interna que impide el vínculo. Esta certeza y el resentimiento van a hacer muy difícil rehacer un vínculo seguro cuando reingresa a la familia, el riesgo de ruptura es muy alto.

## REFLEXIONES FINALES

Cómo ya se ha dicho, es a través de la relación con los padres donde el adolescente va a poder reelaborar las pérdidas, para que pueda sedimentar de forma más sólida su identidad. Es la respuesta de los padres la que va a permitir la integración. Su actitud puede facilitar o no que el hijo explore sus emociones, sus contenidos mentales (Juri, L. 2011), o al contrario va a acentuar la disociación y la proyección, y a veces un nuevo abandono. Para el adolescente es esencial encontrar unos padres que puedan contenerle, acompañarle en el dolor que revive y poner palabras a la experiencia traumática del pasado, para que así pueda transitar hacia una mayor reorganización interna en la que pueda verse a sí mismo más entero y valorado (Bowlby, J. 1980). Esta compañía no sólo le


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

quita la "toxicidad" a la soledad y trauma vividos en el pasado (Cyrulnik, B. 2001), sino que es además el primer paso para su elaboración (Dangerfield, M. 2012).

La intervención de los profesionales va orientada a capacitarles para ejercer estas funciones parentales. Para ello será básico ayudarles a "leer", traducir, el significado emocional de las conductas y reacciones del hijo y las de ellos mismos como padres, en un trabajo dirigido al desarrollo de su capacidad de mentalización. La capacidad de mentalización está directamente relacionada con la función reflexiva, entendida como la comprensión de los estados mentales propios y de los demás (Fonagy, P 2000). Esta capacidad permite a los padres dar significado a las manifestaciones del hijo en la secuencia interactiva en la que todos están inmersos y contener una experiencia sin dejarse sobrepasar por el contenido emocional ni defenderse de él. Así "La intervención para desarrollar la mentalización parental puede constituir un marco de trabajo con gran potencial terapéutico y preventivo" (Golano y Pérez pág 75. 2013).

Para ello, es necesario que el terapeuta pueda empatizar con las inquietudes y ansiedades de los mismos padres, entender su desconcierto y desorientación, a veces cansancio e impotencia, que pueden haber derivado en sentimientos de rabia, culpa e incapacidad. El terapeuta debe poder generar confianza para que puedan expresar su dolor ante las reacciones de un hijo que les resulta extraño y desconocido.

En este contexto, algunos padres pueden acabar expresando dudas acerca de si eran idóneos para la adopción. La mirada de la sociedad, frecuentemente censuradora, ante los conflictos de los adolescentes, les hace sentir dudas acerca de su capacidad, de sus habilidades para educar un hijo. Se sienten juzgados. A menudo esconden estas fantasías que viven con vergüenza. Será importante percibirlas y detectarlas para que, rescatándoles de mitos y malentendidos, puedan recuperar sus capacidades emocionales. Incluso en aquellos casos en que los mismos profesionales podríamos pensar en que no deberían haber adoptado, es necesario situarse en la alianza con las capacidades "leyendo" la ansiedad que está bajo las defensas, para poder rescatar, en lo posible, el vínculo y evitar la ruptura familiar, el retorno del menor a los cuidados de la administración.

Otros padres pueden manifestar su malestar por sentimientos contrapuestos que se les despiertan y no pueden evitar, a pesar del dolor que les genera darse cuenta de ello: "*No puedo más, ya no sé si tengo sentimientos de padre, me noto seco, indiferente… y me siento culpable… tengo mucho dolor por el daño que P hace al resto de la familia, por el que me hace a mi y a mi mujer. Pero ahora me siento indiferente hacia él… no soy un buen padre… me asusto sintiendo esto*".

Cuando se dan dificultades de largo recorrido y los esfuerzos generan pocos cambios, el riesgo es que se vaya instalando el resentimiento, cansancio y desgaste en la atmósfera familiar, y que derive en un abandono de las funciones parentales, en un alejamiento afectivo defensivo para no sufrir más y una aparente indiferencia.

Por otro lado, ante el alejamiento, silencios y reacciones agresivas del adolescente, los padres pueden temer con cierta frecuencia que el hijo ya no les quiera, que no son importantes para él. Se ponen en marcha fantasías en relación a su pertenencia, pertenece a su familia de origen, y por lo tanto la conflictividad del presente anuncia una separación y abandono del hijo, se irá con "los otros". Estas fantasías a menudo conviven junto a la presencia del vínculo construido, pero se mezclan y confunden creando mucha inseguridad y zozobra.

Todos estos sentimientos fácilmente colapsan la sensibilidad, confianza y capacidad para pensar. La comprensión empática del profesional, que se sitúa en el interior de su perspectiva y su estado mental, les permitirá sentirse entendidos sin ser culpados. Desde esta posición se puede impulsar la mentalización, el pensamiento, imprescindible para que puedan sentirse capaces de sostener y soportar (Marrone, M. 2001). Así disminuirá el sentimiento de impotencia y la ansiedad que se genera, podrán contenerse y contener mejor la explosión emocional del hijo: "Los padres que son capaces de reflexionar abiertamente sobre los sentimientos e interacciones con el hijo y los de sí mismos, son también mas capaces de conducir el conflicto sin sentirse colapsados por la intensidad emocional" (Grienenberger, Kelly, Slade, 2005 en Golano y Pérez, 2013. pág 73).

Por último, subrayar la gran importancia de ayudarles a mantener y preservar el vínculo afectivo. Transmitirles el valor de los años en los que pudieron tener una buena relación, en los que predominó la proximidad emocional y el cuidado atento. Mantener la confianza en la urdimbre afectiva que fueron capaces de generar y que va a volver a ponerse en primer plano cuando las


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

dificultades disminuyan, si ellos siguen estando ahí. Los profesionales debemos generar esperanza. Incluso en los casos en los que se dan dinámicas de gran tensión y agresividad y ha sido preciso un ingreso terapéutico, si los padres se han podido mantener al lado, sin claudicar de su función, manteniendo el contacto, se puede recuperar la relación vincular.

"En relación a las familias es importante no claudicar anticipadamente ante sus dificultades. Si las excluimos no le daríamos la oportunidad de movilizar los aspectos sanos y recursos capaces que tienen para involucrarse en la ayuda al hijo" (De Diego pág 153. 2000).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Barudy, J. y Dantagnan, M. (2006). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa.

Berastegui, A. (2007). *Esta es tu historia. Identidad y comunicación sobre los orígenes en adopción.* Madrid. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas.

Bleichmar, H. (2010). Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos. *Revista Aperturas de Psicoanálisis*, 35.

Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.

Brodzinsky, D. (2006). Family Structural Openness and Communication Openness as Predictors in the Adjustment of Adopted Children. *Adoption Quarterly*, 9 (4), 1-18.

De Diego, S. (2000). L'adolescent multiproblemàtic. *Revista Catalana de Psicoanálisis*, 17(1-2), 148-158.

Cid, M. y Pérez Galdós, S. (Comp.) (2006). *La adopción. Un tema de nuestro tiempo*. Madrid: Biblioteca Nueva. Colección Psicoanálisis.

Cyrulnik, B. (2001). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.

Feduchi, Ll., Mauri, Ll., Raventós, P., Sastre, V. y Tió, J. (2006). Reflexiones sobre violencia en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 8, 19-26.

Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis.* Barcelona: Espaxs.

Galli, J. y Viero, F. (2007). *El fracaso en la adopción. Prevención y reparación*. Madrid: Grupo 5, Acción Social.

Gerhardt, S. (2008). *El amor maternal*. Barcelona: Albesa.

Giberti, E. (1994). *Adoptar Hoy*. Buenos Aires: Paidós.

Golano, M. y Pérez, C. (2013). Mentalització i vincle: La mentalització parental. *Revista Catalana de Psicoanàlis*. XXX/I, 79.

Grinberg, R. y Valcarce, M. (2006). El duelo y las fantasías de filicidio en la adopción. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 8, 45-54.

Juri, L. (2006). Duelos intersubjetivos: el duelo segregado de Charles Darwin. *Aperturas de Psicoanálisis*. 23.

Juri, L. (2011). *Teoría del apego para psicoterapeutas*. Madrid: Editorial Psimática.

Lasa, A. (2003). Experiencias del cuerpo y construcción de la imagen corporal. *Revista de Psicopatología y Salud Mental*, 2, 53-74.

Levy Soussan, P. (2003). *El proceso de filiación en la adopción. Congreso "Adopció a Catalunya i adopció internacional"*. Barcelona.

Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

Meltzer, D. y Harris, M. (1998). *El paper educatiu de la familia*. Barcelona: Expaxs.

Mirabent, V. y Ricart, E. (2010). El espacio imaginario y simbólico de la familia biológica en el seno de la familia adoptiva. En Loizaga, F (comp), *Adopción hoy*. (pp. 303). Bilbao: Mensajero.

Mirabent Junyent, V. (2014). El adolescente adoptado. Dificultades añadidas en el proceso de construcción de su identidad. *Temas de psicoanálisis*, 8 (julio), 35.

Newton, N. (2010). *El niño adoptado. Comprender la herida primaria*. Barcelona: Albesa.

Palacio Espasa, F. (2012). El lloc de la parentalitat en els processos d'organització i de desorganització psíquica del fill. *Revista Catalana de Psicoanálisis*, XXIX/1, 10.

Rius, M., Beà, N., Ontiveros, C., Ruiz, M.J. y Torras, E. (2011). *Adopción e identidades*. Barcelona: Octaedro.

Rygaard, N.P. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos de apego*. Barcelona: Gedisa.

San Martino Pomés, M. (2014). Identidad y orígenes en el menor adoptado. *Temas de Psicoanálisis*, 8 (julio),15.

Slade, A. (2000). Representación, simbolización y regulación afectiva en el tratamiento concomitante de una madre y su niño: teoría del apego y psicoterapia infantil. *Aperturas de Psicoanálisis*, 5.

Soulé, M. y Noel, J. (1993). La adopción. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (Eds.), *Tratado de Psiquiatría*



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

*del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva.
Target, M. (2007). The Interface Between Attachment and Intersubjectivi Psychoanalytic Inquiry, 26(4), 617.
Torras, E. (2004). La adolescencia como interacción: adolescentes en la clínica. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 3, 53-64.
Winnicott, D. (1991). *Deprivación y Delincuencia*. Barcelona: Paidós.


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

# PROGRAMA AGIRA (2007-2015): NÚMEROS PARA UNA REFLEXIÓN

# AGIRA PROGRAM (2007-2015): NUMBERS FOR REFLECTION

Josep Mª Brun*, Núria Aixandri** y Susanna Olives***


## RESUMEN

El Programa AGIRA apostó por la sistematización desde la atención pública de una oferta de asistencia global, constante, integrada y coordinada para los niños diagnosticados de TEA -o para aquellos en riesgo de desarrollarlo- y sus familias. Ese trabajo se tradujo en una mejor comprensión del trastorno y un mayor acompañamiento a los afectados, familiares y profesionales que los atendían. Como consecuencia del despliegue del Programa se generó, a la vez, una base de datos de la totalidad de los casos atendidos que nos permite estudiar, comprobar y reflexionar sobre algunas hipótesis formuladas, tales como incidencia, prevalencia, efectos de la precocidad del tratamiento, diferencias por sexos, entre otras. Esos registros abren las puertas a futuros análisis en mayor profundidad de factores precoces que hagan más eficaz nuestro trabajo. Este artículo pretende señalar algunas pistas de ese proceso.


**Palabras clave**: autismo, atención precoz, asistencia global, niños en riesgo.


## ABSTRACT

The AGIRA Program bet on the systematization of a comprehensive, continuous and coordinated assistance offered to children diagnosed with autism or at risk of ASD and their families within the public system. Its application resulted in a better understanding of the disorder itself and also in an improved attention to both the target children and their families, and to the professionals involved in their treatment. In parallel to the implementation of the program, a database of all the cases attended was created. This database provides evidence that allows us to check and to reflect upon current assumptions such as the incidence, prevalence and effects of early treatment, differences by sex, among other issues. As a result, the possibility to work with these data opens the doors to further analyses that should contribute to making our intervention work more effective. This paper outlines the process undertaken.


**Key words**: autism, early attention, comprehensive assistance, children at risk

## PROGRAMA AGIRA

El Programa AGIRA surgió en el año 2007 con el objetivo de ofrecer al niño con autismo y a su familia una asistencia global, constante, integrada y coordinada que respondiera a la necesidad terapéutica real de la afectación y que fuera acompañada de los recursos indispensables


* Psicólogo clínico. Ex- director del Programa AGIRA. E-mail: brunjosepm@gmail.com

** Psicóloga. CDIAP Granollers. Ex miembro del Programa AGIRA. naixandri@gmail.com

*** Psicóloga Sanitaria. CDIAP MAGROC, Terrassa. Ex miembro del Grupo AGIRA 2.0. suolives@gmail.com



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

para hacer frente a cada caso y en cada momento del caso (Aixandri, 2010; Villanueva y Brun, 2008).

Se desarrolló ante las evidencias, por un lado, de la gravedad del trastorno autista una vez estructurado (por su cronicidad y por una afectación que puede llegar a ser masiva e invalidante) y, por el otro, de la importancia del momento de desarrollo en el que se encuentra el niño[1] muy pequeño con sospecha de autismo.

El Programa AGIRA en la Atención Precoz fue creado y dirigido por Rafael Villanueva y Josep Mª Brun e implementado y desarrollado en el CDIAP[2] Granollers (2007-2015), CDIAP Caldes de Montbui (2008-2014), CDIAP MAGROC Terrassa (desde el año 2010) y DAPSI[3] Sant Cugat (desde el año 2012). AGIRA es un acrónimo que significa *Assistència Global a Infants en Risc d'Autisme*.

Pensábamos que esa encrucijada entre riesgo de gravedad y niño en desarrollo (entre la incertidumbre en cuanto a la gravedad, el diagnóstico y el pronóstico y lo delicado del momento relacional) era un momento único para poder influir de manera significativa, positiva y terapéutica. Para ello era imprescindible que la incertidumbre en el diagnóstico no implicara la postergación de la asistencia en espera de la confirmación o no de las sospechas. El objetivo del Programa ha sido la atención y el diagnóstico, pero también, y en especial, la detección precoz y la prevención, entendida ésta como el intento de minimizar incipientes aspectos susceptibles de consolidarse como estructura autística. Por este motivo, hemos enfatizado el aspecto de **riesgo**, ampliando los niños y niñas tratados ante sospechas constatadas de funcionamiento mental autista y/o la aparición de signos de alarma.

Las ideas de riesgo y de precocidad en la atención van ligadas de manera íntima e indisociables. Como apunta acertadamente Olives (2015): "*En realidad, diagnóstico y tratamiento son procesos que no se pueden separar tan claramente*". En este sentido, ha sido un objetivo primordial del Programa la precocidad en la detección del riesgo y en la atención especializada, tanto o más que la precocidad en la certeza diagnóstica. Y justificábamos esa urgencia tanto por la necesidad de detener el probable proceso patológico como por la necesidad de aliviar el dolor mental y emocional que provoca el trastorno en los afectados y en el entorno próximo (Brun, 2013). El encuadre de un centro de atención precoz permite y facilita ese trabajo temprano y, sobre todo, el trabajo relacional o el trabajo de la relación niño/familia.

Ante la importancia del trastorno, era nuestro convencimiento que las medidas terapéuticas no se podían limitar a alguna de las áreas afectadas, ni tampoco a algunos de los momentos de la vida del niño ni tan sólo a algunas de las personas que configuraban su realidad relacional. Debíamos realizar un esfuerzo de asistencia global que atendiera a los diferentes protagonistas del caso y que atendiera en los diferentes ámbitos y momentos de la vida del niño. La atención a los diferentes protagonistas del caso conecta con ideas desarrolladas con anterioridad (por ejemplo, Brun 2001, en el marco del asesoramiento en la escuela: "La labor consiste en *ayudar a la persona –maestra- que tiene que ayudar a la persona –niño-necesitada*"). Pensamos que en el tratamiento del autismo debemos inclinarnos a ofrecer una asistencia global, que atienda también y de forma clara a las personas (familia, profesionales) que conviven directamente con estos niños para que puedan realizar mejor su labor. Consideramos que las repercusiones del trastorno afectan no sólo al niño sino también –y de manera significativa- a las personas que lo cuidan y que estas personas necesitan ser auxiliadas para poder realizar su función cuidadora. Debemos, en definitiva, "cuidar a los cuidadores". Por tanto, priorizamos en el Programa la asistencia al niño y a su familia, pero también a los cuidadores, educadores, maestros, sin olvidar –y a esta cuestión dedicamos un considerable esfuerzo en tiempo- a los profesionales del CDIAP que les atendían. Profundizamos en aquello que incidía de manera directa en la capacidad de comprensión, la contención y el acompañamiento de aquellos que cuidan a los niños.

Se nos presentaba, sin embargo, un difícil envite si, desde el CDIAP, queríamos atender en los diferentes lugares y momentos de la vida del niño: casa, guardería, escuela ordinaria, espacios de actividades varios. No podíamos menos que estar de acuerdo con Lasa (2005)[4] en su señalamiento de los requisitos de un tratamiento eficaz en el autismo, entre ellos la precocidad, pero

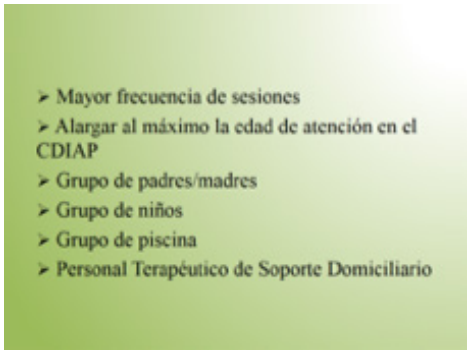
[1] Se utilizará el genérico masculino (los niños) para referirse a niñas y niños.
[2] Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz
[3] Detección, Atención, Prevención y Soporte a la Infancia
[4] La imprescindible declaración de Alberto Lasa en el congreso de SEPYPNA de A Coruña, en el año, 2005, ha servido de inspiración en muchos de los aspectos de la elaboración del Programa AGIRA.


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

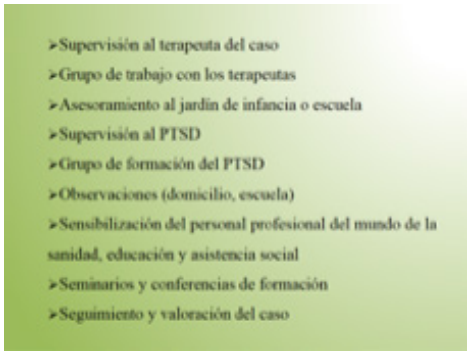
también la intensidad. En este sentido, llevábamos tiempo trabajando conceptos como 'ambiente terapéutico' (Corominas, 1994)[5] o 'institución como un todo terapéutico' (Brun, 2014). Valorábamos que la atención al trastorno no se resolvía con un tratamiento puntual y determinado, sino que era necesario también un **trato** (que no una terapia) adecuado, extensible a los diferentes momentos de la vida diaria. Para ello, como apuntábamos, dedicamos de manera preferente nuestro empeño terapéutico al acompañamiento a las familias, al asesoramiento a las escuelas y a la supervisión a los terapeutas[6], en la convicción de que ese trabajo no sólo los facultaba para poder cuidar mejor sino que a la vez fomentaba ese trato adecuado hacia el niño en aquellas personas que, desde diferentes ámbitos y lugares, convivían con él. Defendíamos, y defendemos, que la mejora aparece a partir de un tratamiento integral y de un trato adecuado.

Proyectamos un Programa que ofreciera una atención continua, revisable e individualizada. A la vez, pretendíamos y buscábamos un trabajo coordinado de las intervenciones de los diferentes profesionales dentro del CDIAP (psicoterapeutas, neuropediatras, trabajadoras sociales, logopedas, fisioterapeutas, personal terapéutico de apoyo domiciliario y otros) y con los servicios y profesionales externos. En ello influyó, asimismo, el interés por facilitar a las familias la resolución de las diferentes necesidades suscitadas por el trastorno. El Programa trabajó también en la sensibilización y formación de aquellos profesionales que cuidaban de los niños y, en especial, de aquellos que pudieran realizar una detección más temprana mediante conferencias, cursos y asesoramientos. En el ámbito de la divulgación, en los años 2013-2014, se publicaron cuatro Newsletters sobre temas relacionados con la atención a niños con TEA: trabajo domiciliario, comunicación y lenguaje, escolarización (ordinaria, especial y compartida).

La concreción de todas estas ideas y objetivos se realizó a partir de un diseño de recursos, aplicados en función de la valoración de cada situación; es decir, utilizados en aquellos puntos que cada caso y cada momento del caso requirieran. Dentro de este diseño, existían unos recursos directos en la atención a los usuarios -niños y familia- (fig. 1) y otros indirectos (fig. 2). La innovación




*(fig. 1) RECURSOS DIRECTOS DEL PROGRAMA AGIRA*
*(fig. 1) AGIRA PROGRAM: DIRECT RESOURCES*




*(fig. 2) RECURSOS INDIRECTOS DEL PROGRAMA AGIRA*
*(fig. 2) AGIRA PROGRAM: INDIRECT RESOURCES*

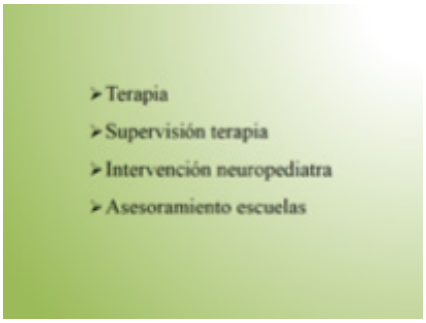
de los directos estaba en relación a una mayor duración e intensidad del tratamiento y a la creación de grupos de trabajo. Se incluía la atención domiciliaria. Los indirectos redundaban en el asesoramiento, supervisión y sensibilización.

Alguno de estos recursos, fueran directos o indirectos, se utilizaban en todos los casos (recursos fijos), otros se utilizaban en función del caso y del momento del caso (recursos variables). Los recursos fijos estaban, lógicamente, presentes en el funcionamiento previo del

[5] "El autista puede mejorar evidentemente con una psicoterapia, pero es indispensable que viva en un ambiente terapéutico, tanto en casa como en el colegio o la guardería" (Corominas, 1994).

[6] Las supervisiones se realizaban por parte de uno de los dos directores del Programa, que ejercía de coordinador del caso.

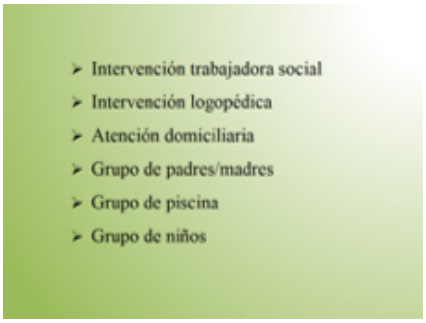

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967




*(fig. 3) RECURSOS FIJOS DEL PROGRAMA AGIRA*
*(fig. 3) AGIRA PROGRAM: PERMANENT RESOURCES*

CDIAP, pero se sistematizaron para todos los niños del Programa (fig. 3). El asesoramiento a las escuelas podía ser llevado a cabo por la propia terapeuta, acompañada o no por el coordinador del caso del Programa o por éste en solitario (en ocasiones más puntuales).

Los recursos variables formaban parte de esa bolsa de recursos que se utilizaba en función del diseño de actuación terapéutica del caso y de las sucesivas revisiones (fig. 4).




*(fig. 4) RECURSOS VARIABLES DEL PROGRAMA AGIRA*
*(fig. 4) AGIRA PROGRAM: VARIABLE RESOURCES*

En algunos casos, se utilizaron recursos que ya existían en el funcionamiento ordinario del CDIAP, como las intervenciones sociales o logopédicas, también el grupo de piscina, atendido por una fisioterapeuta. En otros casos, se creó el recurso, como la atención domiciliaria o el grupo de padres.

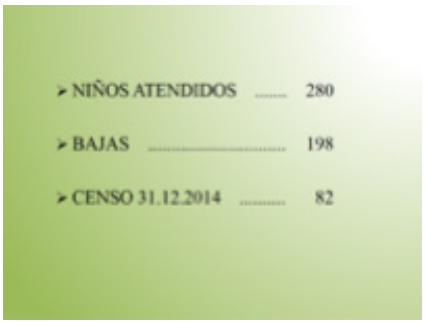
Por último, se debían crear y desarrollar unas estructuras internas en el centro que permitieran la realización de los objetivos expuestos. El Programa AGIRA (destinado a los niños de 0 a 6 años y a sus familias, atendidos en las zonas que implementaron el Programa) no hubiera podido salir adelante sin la apuesta y el esfuerzo del CDIAP Granollers, que proporcionó y facilitó la estructura necesaria para desarrollar el programa. Un esfuerzo que probablemente hubiera sido inviable en los años posteriores de recortes de servicios públicos.

El programa dispuso, además, de un grupo interno de investigación y elaboración de proyectos[7] y tuvo la fortuna de contar con la supervisión del Dr. Jorge L. Tizón desde el año 2009. El Programa AGIRA se cerró definitivamente en marzo del año 2015 en el CDIAP Granollers.

## NÚMEROS

Aunque el interés primordial siempre y desde su creación ha sido el asistencial, el Programa AGIRA ha generado una serie de datos interesantes, más allá de su valor estadístico, por las reflexiones que puedan aportarnos a nivel cualitativo y preventivo. Queremos destacar la importancia de disponer de una base de datos que nos permite trabajar sobre el 100% de la población atendida. Expondremos aquí los números y dejaremos para una posterior ocasión una reflexión más sosegada. Nos centraremos en los datos obtenidos desde la creación del Programa en julio de 2007 hasta el mes de diciembre de 2014 en los dos CDIAP embrión de la experiencia, Granollers y Caldes.

En el tiempo que abarca esta recogida de datos (julio 2007- diciembre 2014), fueron atendidos en el Programa AGIRA un **total de 280 niños**, de los cuales 198 ya habían

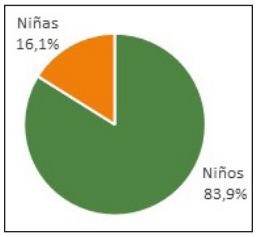



*(fig. 5) NÚMEROS TOTALES*
*(fig. 5) TOTAL FIGURES*

[7] Denominado AGIRA 2.0 y formado por Rafael Villanueva, Josep Mª Brun, Mireia Pardo, Sandra Naya, Susanna Olives y Núria Aixandri.

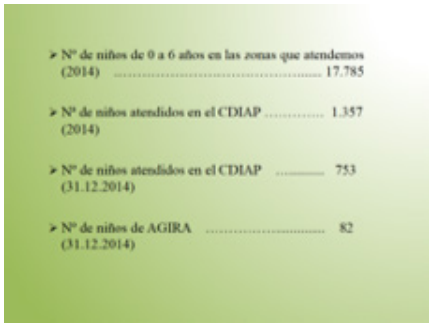

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

sido dados de baja a diciembre de 2014, manteniéndose la atención a los restantes 82 (fig. 5). La **distribución por sexos** supera levemente las estadísticas habituales de 4 niños por cada niña, situando los porcentajes en un 16,1% de niñas por un 83,9% de niños (fig. 6). La ampliación de la asistencia a niños en riesgo podría justificar esa mayor presencia de varones en nuestro programa, dada cuenta de la mayor gravedad de los casos en niñas.




*(fig. 6) DISTRIBUCIÓN POR SEXOS*
*(fig. 6) DISTRIBUTION BY SEX*

A la cifra de 82 casos atendidos en el Programa AGIRA a fecha de diciembre de 2014, debemos sumar los 16 del CSMIJ[8] Granollers de referencia y los 9 del centro de educación especial Montserrat Montero que atiende los niños de la zona, en ese mismo momento[9]. Cabe la posibilidad de que exista algún caso más no detectado o que esté atendido en un servicio privado, pero entendemos que se trataría de casos aislados que no variarían significativamente las cifras de las que disponemos. Esa suma de 107 casos sobre una población total de 17.785 niños de 0 a 6 años en la zona atendida, nos lleva a una prevalencia de un caso cada 166 niños (fig. 7a y 7b). Debemos remarcar una salvedad, en la misma




*(fig. 7a) POBLACIÓN ATENDIDA*
*(fig. 7a) CHILDREN ATTENDED*

línea que mencionábamos con anterioridad. El Programa AGIRA atiende también niños en riesgo, no sólo niños diagnosticados, por lo que es presumible que esa cifra se

| DICIEMBRE 2014 (número de niños) | |
|---|---|
| | |
| PROGRAMA AGIRA | 82 |
| CSMIJ GRANOLLERS | 16 |
| CEE MONTSERRAT MONTERO | 9 |
| | |
| TOTAL | 107 |
| | |
| PREVALENCIA | 1/166 |

*(fig. 7b) PREVALENCIA*
*(fig. 7b) PREVALENCE*

redujera en parte con un criterio de diagnóstico estricto y por tanto la prevalencia fuera menor. A pesar de ello, los datos de una prevalencia de 1/166 concuerdan con los datos generales barajados por la comunidad científica. Comín (2015) hace referencia en un reciente artículo a que "*Hemos visto a lo largo de múltiples artículos sobre prevalencia y autismo que la cifra sobre trastornos del espectro del autismo se mantiene entre los 1/150 a 1/175, existiendo zonas donde los datos pueden variar, tanto al alza como a la baja, pero que la media se queda en esa cifra*".

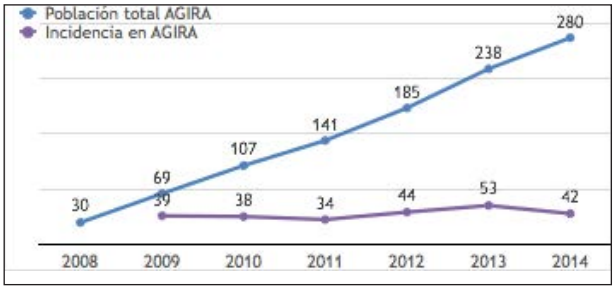
Cabe destacar también como dato relevante que la cifra de 82 niños atendidos supone el 11,4% de los casos totales asistidos en aquel momento en los CDIAP Granollers y Caldes, cantidad nada desdeñable y que remarcaría el impacto del trastorno y la dedicación que exige en los centros públicos de salud.

El tiempo necesario para la consolidación del engranaje del programa dentro de los CDIAP nos lleva a no considerar, por poco fiables, algunos datos de los primeros tiempos que, en este caso, nos podrían ayudar a descubrir si esa prevalencia ha sufrido cambios con los años. En el mismo artículo mencionado, Comín (2015) recoge cómo la prevalencia se ha mantenido estable en países como Suecia (Lundström et al., 2015), Dinamarca (Hansen et al., 2014) y Gran Bretaña (Taylor et al., 2013), a pesar de que la apariencia en la práctica clínica pudiera llevarnos a presuponer lo contrario: "*Cada vez más vemos como la tan llevada epidemia parece no ser tal, aunque la duda sobre si hace 70 años realmente*

[8] Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
[9] Agradecemos a Daniel Cruz (coordinador CSMIJ Granollers) y a Anna Cabot (psicóloga CEE Montserrat Montero) la facilitación de los datos.


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

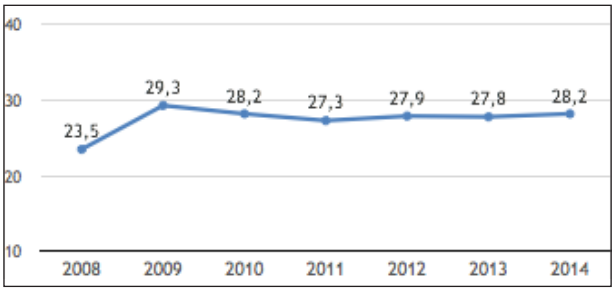
*había tantos casos como hoy quizá siga en el aire*". La incidencia anual de los casos nuevos atendidos en los CDIAP promedia 37 en los primeros años del programa (2009-2011) para aumentar a 46 los últimos años (2012-2014). Sin embargo, interpretamos esta diferencia como consecuencia de una mayor detección interna, por los propios profesionales del CDIAP, con el paso del tiempo y con la mayor implantación del Programa, en especial en aquellos casos con una sintomatología menos definida y donde el factor riesgo es el predominante (fig. 8).




*(fig. 8) POBLACIÓN E INCIDENCIA*
*(fig. 8) POPULATION AND INCIDENCE*

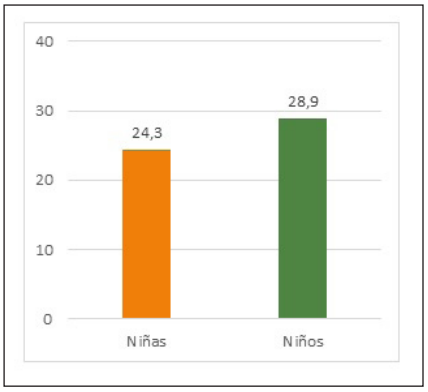
El gráfico que indica el número de casos según la **edad de la primera visita en el CDIAP** de los niños atendidos en el Programa presenta, como era de esperar, una figura en campana que tiene su pico en el tercer año. La primera visita está estrechamente relacionada con la verdadera detección y con aquellos elementos que despiertan en la familia la suficiente preocupación como para llevarles a consultar. Por lo tanto, debiera –y así sucede- existir un paralelismo con los motivos de demanda. A la vez, uno de los objetivos implícitos del Programa AGIRA residía en el poder disminuir la edad de la primera visita, lo que significaría que el trabajo de sensibilización externa había ayudado a una detección más precoz y, en consecuencia, a posibilitar una actuación en estadios anteriores.

La **edad promedio de la primera visita en el CDIAP** de los niños atendidos en el Programa es de **28,2** meses en diciembre de 2014 y, aunque disminuye más de un mes desde los 29,3 de 2009, se mantiene estable desde el año 2010 y desmiente lo que parecía una tendencia esperanzadora los primeros años, alcanzando los 27,3 meses (2011). Dicho en otras palabras, las medidas de sensibilización externa desarrolladas en el Programa AGIRA no modificaron significativamente una detección más precoz o una demanda de asistencia más temprana. Cabe también considerar que estos programas de sensibilización necesiten más tiempo para provocar cambios manifiestos. Mantenemos el dato de diciembre de 2008 (23,5 meses) no por su valor comparativo sino porque su significativa diferencia con los datos posteriores parece responder al cambio producido de la consideración exclusiva de los niños con diagnóstico de TEA al añadido también de aquellos en riesgo que, deducimos, llegan más tarde al CDIAP por la menor claridad de su sintomatología (fig. 9).




*(fig. 9) EVOLUCIÓN DE LA EDAD DE LA PRIMERA VISITA AL CDIAP (en meses)*
*(fig. 9) AGE OF FIRST VISIT TO EARLY ATTENTION SERVICE. EVOLUTION (in months)*

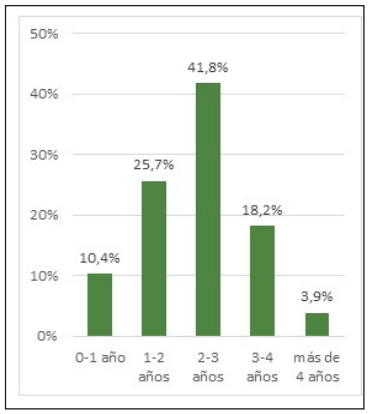
La diferencia de edad en el momento de esa primera visita en función del sexo es significativa (24,3 meses en las niñas por 28,9 en los niños) y apunta de manera directa a la mayor gravedad de los casos en las niñas que comporta que la sintomatología sea más exuberante en ellas y que la demanda de atención se solicite cuatro meses y medio antes, de promedio (fig. 10).




*(fig. 10) EDAD EN LA PRIMERA VISITA AL CDIAP POR SEXO (en meses)*
*(fig. 10) AGE OF FIRST VISIT TO EARLY ATTENTION SERVICE (in months)*

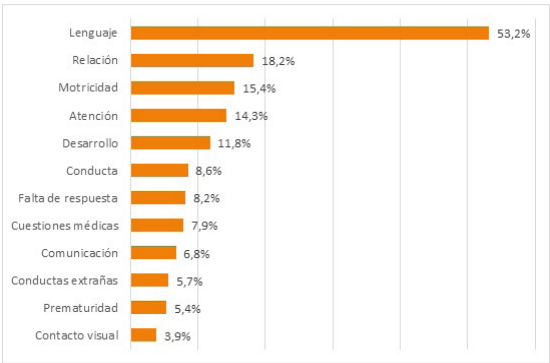

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Explicábamos antes que los casos de demanda de visita en el CDIAP de los niños atendidos en el Programa AGIRA experimentaban un aumento hasta el tercer año de vida para luego ir disminuyendo. Así, la demanda en el tercer año de vida comporta casi el 42% de los casos. La suma acumulativa hasta esos treinta y seis meses es del 78%. Menos, pues, de una cuarta parte de los casos consulta por primera vez a partir de los tres años (fig. 11).




*(fig. 11) PRIMERA VISITA AL CDIAP POR FRANJAS DE EDAD*
*(fig. 11) FIRST VISIT TO EARLY ATTENTION SERVICE BY AGE GROUP*

En el Programa AGIRA recogimos los **motivos de consulta** expuestos por los padres en una primera llamada al CDIAP[10] (fig. 12). Es evidente que esos motivos podían ser –y, de hecho, solían ser- más de uno. Más adelante, el terapeuta podía repensar con los padres sobre aquellos que alarmaban más a la familia y aquellos que preocupaban más al profesional. Los datos avalan, sin ningún tipo de dudas, la percepción previa de que el mayor desencadenante de preocupación y, por ende, de consulta es la ausencia, retraso o distorsión del lenguaje. En más de la mitad de los casos (53,2%) el lenguaje es el motivo de consulta y, a una considerable distancia, encontramos el segundo motivo referido, los problemas de relación (18,2% de los casos). Los motivos de consulta varían, obviamente, según la franja de edad (remitimos a una posterior publicación el estudio de ese dato), pero no existe duda de que esa predominancia en el motivo de demanda se relaciona directamente con el pico de consulta. Podemos adelantar que, en el tercer y cuarto año, la demanda por la preocupación en el lenguaje roza el 70% de los casos.



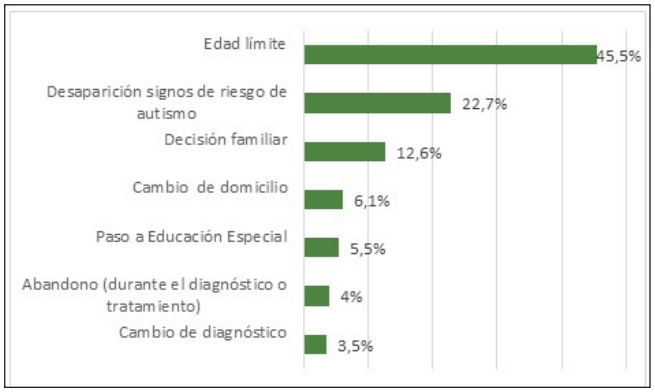

*(fig. 12) PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA*
*(fig. 12) MAIN REASONS OF CONSULTATION*

Uno de los factores clave a la hora de determinar la validez de un Programa como el que llevamos a cabo durante casi ocho años en los CDIAP de la zona es si su implantación aporta una mejora significativa en la población a la que va destinada y en el trabajo de los profesionales que atienden a esa población. Faltó por realizar un estudio sistemático de las percepciones de los familiares y de la influencia del Programa sobre su calidad de vida. En el mes de julio del año 2014, sin embargo, se realizó una encuesta anónima entre los profesionales del CDIAP en la que se preguntaba por la utilidad de algunos servicios del Programa y que arrojó una valoración de 3 puntos sobre 3 para el servicio del grupo de madres/padres; una de 2,8 puntos para los servicios de supervisión, acompañamiento a las escuelas, atención domiciliaria, acompañamiento a las terapeutas y formación extra y una de 2,6 para el de diagnóstico. En las preguntas abiertas, los profesionales valoraban mayoritariamente que habían sido de gran ayuda dos aspectos del trabajo del Programa: el acompañamiento (el sentirse acompañados) en los casos y una mayor comprensión del trastorno y de los niños tratados.

Disponemos, además, de otro registro que puede aludir a una valoración del peso y contribución de la experiencia:

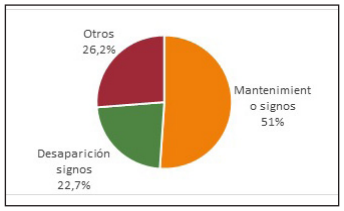
[10] En este caso, como en muchos otros, debemos agradecer la participación de Olga Muntsant como secretaria del equipo


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



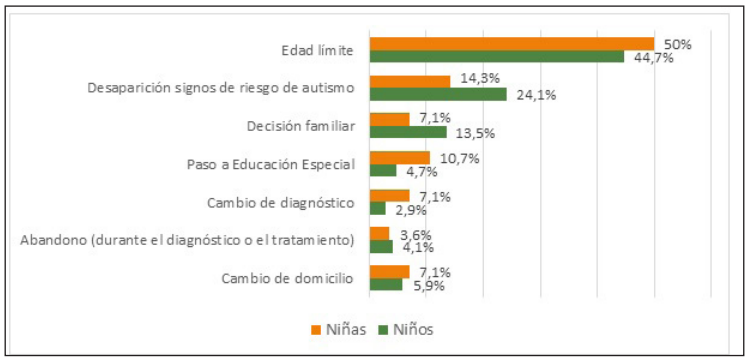

*(fig. 13a) MOTIVOS DE BAJA DEL PROGRAMA*
*(fig. 13a) REASONS FOR PROGRAM LEAVE*

los **motivos de baja** del Programa AGIRA (fig. 13a). Cabe mantener toda la prudencia y contextualizar el dato en su verdadera dimensión, atendiendo a que la población asistida se amplía a una concepción de riesgo y a que no disponemos de estadísticas sin la aplicación del programa con las que poder comparar nuestros datos. Por lo tanto, sin ninguna pretensión estadística y sí referencial, observamos que un poco más de la mitad de los casos causan baja sin haber podido revertir los signos que apuntan al trastorno autístico. En un 45,5% de los casos, la baja del Programa se produce como consecuencia de la baja en el CDIAP por haber alcanzado la edad máxima de atención (otra reflexión sería cómo las diferentes políticas atentan más o menos a la extensión o recorte de esa edad máxima). Otro 5,5% causa baja por el paso del niño a la Educación Especial (incompatible con el mantenimiento de la atención en el CDIAP), manifestación palmaria de la gravedad en el hecho de que la afectación imposibilita la incorporación a una escolarización ordinaria. Por el contrario, casi una cuarta parte de los casos (un 22,7%), causa baja en el Programa al haber desaparecido los signos de riesgo de autismo que los llevaron a ser incluidos. Sin que ello implique la desaparición de otras características que requieran atención, se descarta la evolución hacia un trastorno autista. Y nos parece un dato positivo, más allá de desconocer cómo hubiera sido su evolución sin la implantación del Programa. Finalmente, el motivo de baja del último cuarto de los casos atendidos se reparte entre la decisión familiar y los abandonos, en fase diagnóstica o durante el tratamiento (16,6%), los cambios de domicilio (6,1%) y el cambio de diagnóstico (3,5%). (fig. 13b)




*(fig. 13b) MOTIVOS DE BAJA DEL PROGRAMA (II)*
*(fig. 13b) REASONS FOR PROGRAM LEAVE (II)*

En los últimos tiempos del Programa AGIRA iniciamos una reflexión, no resuelta, sobre cómo cuantificar la evolución de ese 45,5% de casos que causan baja por haber alcanzado la edad máxima de atención en el CDIAP. Pues si bien es verdad que considerábamos que no habían experimentado una mejora suficiente como para afirmar que habían desaparecido los signos de riesgo de autismo o del propio autismo, sí que observábamos en la mayor parte de ellos una remisión de los factores más inhabilitadores, una mejor relación familiar, cambios importantes en el modo de relacionarse con el entorno e, incluso, cambios estructurales que permitían augurar una mejor calidad de vida y un pronóstico mucho más esperanzador. La pregunta que nos formulábamos era obvia: ¿Sólo la desaparición total de los signos de riesgo de autismo indicaba la validez del Programa? Para los creadores de AGIRA, una mejora significativa de las capacidades personales y familiares y una disminución del sufrimiento que acompaña el entorno (también profesional) justificaba, a la vez y sin lugar a dudas, una estimación positiva de la implantación del Programa.

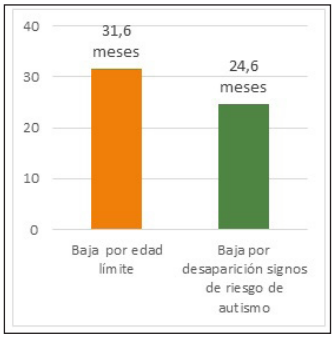



*(fig. 14) MOTIVOS DE BAJA POR SEXO*
*(fig. 14) REASONS FOR PROGRAM LEAVE BY SEX*

Al hacer la comparativa entre sexos sobre los motivos de baja (fig. 14), encontramos diferencias significativas que apuntan en la misma dirección: la mayor gravedad de los casos en las niñas. Por un lado, el porcentaje de bajas


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

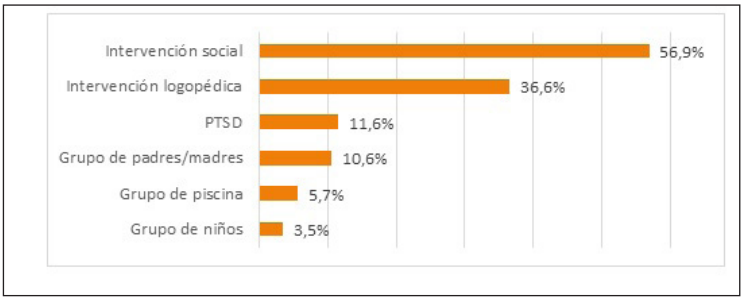
por edad límite (50% en niñas y 44,7% en niños) y por paso a educación especial (10,7% en niñas por 4,7% en niños) es mayor en las niñas y, por el otro, las bajas por la desaparición de los signos es mayor en los niños en casi diez puntos porcentuales (un 24,1% por un 14,3%). Se aprecia también una diferencia en el porcentaje de los cambios de diagnósticos (7,1% en niños por 2,9% en niñas), que nos explicamos por la mayor claridad de los signos precoces en niñas, relacionada de igual manera con la mayor gravedad. En los porcentajes de baja por decisión familiar existe también una diferencia entre sexos (7,1% en niñas por 13,5% en niños) que nos puede llevar a la misma conclusión: resulta más fácil no considerar preocupantes o, incluso, negar aquellos síntomas más leves y abandonar el tratamiento.




*(fig. 15) PROMEDIO DE EDAD EN LA PRIMERA VISITA EN EL CDIAP SEGÚN MOTIVO DE BAJA*
*(fig. 15) AGE AVERAGE OF FIRST VISIT TO EARLY ATTENTION SERVICE BY PROGRAM LEAVE REASON*

Cuando cruzamos los datos de motivos de baja con el promedio de edad de la primera visita en el CDIAP, descubrimos un resultado relevante (fig. 15). Los niños que son baja de AGIRA por desaparición de los signos de riesgo de autismo, habían llegado al CDIAP un promedio de 7 meses antes que los que son baja de AGIRA por edad (24,6 meses por 31,6 meses). La conclusión refuerza la, por otra lado compartida, opinión de que una atención más precoz se relaciona de manera directa con un mejor pronóstico. Y lo hace de manera concluyente dado que el resultado es suficientemente claro a pesar de la consideración de que una mayor gravedad va acompañada de una demanda y, en consecuencia, de una primera visita en el CDIAP más temprana.

Explicábamos al inicio del artículo los **recursos** fijos y **variables** que aportaba el Programa y cómo se disponía de estos últimos en función del criterio clínico y en relación al caso y al momento de cada caso. Los números nos indican (fig. 16) que el recurso variable




*(fig. 16) UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS VARIABLES*
*(fig. 16) USE OF VARIABLE RESOURCES*

más utilizado es la intervención de la Trabajadora Social (56,9% de los casos). Este elevado porcentaje se explica, sobre todo, por la información sobre las ayudas y subvenciones a las que los padres de estos niños tienen acceso y al acompañamiento posterior en el recorrido de su tramitación por parte de las trabajadoras sociales del centro. La intervención del logopeda se utilizó en un 36,6% de los casos. En algunas ocasiones las demandas de la familia de una intervención logopédica es tenaz. No olvidemos que es la preocupación por el lenguaje la que ha llevado a la mayoría de los padres a solicitar la atención del CDIAP y no siempre es aceptada la dificultad como parte de un trastorno mayor que lo engloba. Por otro lado, el Programa AGIRA se benefició – y se basó- en la posibilidad de ofrecer a las familias el trabajo conjunto de diferentes profesionales. La intervención del logopeda se circunscribía en la mayor parte de los casos a unas consultas y a unas indicaciones. Se incluyen en este porcentaje aquellos niños que participaron en los diferentes grupos de lenguaje que se realizaron. Un 10,6% de las familias se beneficiaron de los grupos de madres y padres y un 11,6% del servicio de acompañamiento terapéutico domiciliario (PTSD). De estos dos últimos recursos, daremos más detalles. En las estadísticas no se recoge, por falta de fiabilidad, el porcentaje de asesoramiento a las escuelas por parte de los coordinadores de cada caso (fuera acompañando a los terapeutas o sin ellos), aunque la cifra rondaría el 30% si nos atenemos a los datos recogidos hasta el año 2012.

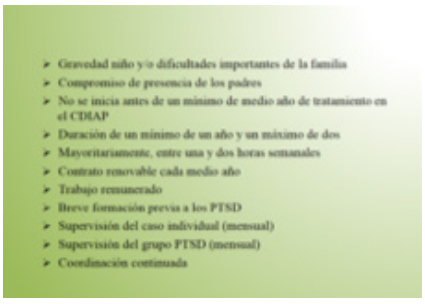
A partir del año 2011, se desarrollaron **grupos de madres y padres**. Se trataba de grupos mixtos


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

(pedagógico-terapéuticos), que realizaron entre seis y siete sesiones mensuales de una hora y cuarto. Los grupos estaban cerrados a nuevas incorporaciones durante su transcurso y eran conducidos por dos terapeutas. El objetivo fue la creación de un espacio para que los padres compartieran experiencias e inquietudes sobre la crianza, el entorno y el diagnóstico. Iba dirigido a padres con hijos entre tres y cuatro años que estuvieran manteniendo una cierta evolución pero con un diagnóstico de autismo ya trabajado en el proceso terapéutico individual con ellos. Los temas se enfocaban a partir del interés de las familias y eran recurrentes la etiología, el pronóstico, la escolarización, el lenguaje, los hermanos y el entorno familiar, entre otros. En los años 2010-2014 se llevaron a cabo cinco grupos, uno por año, participando veinticuatro familias en total (fig. 17).

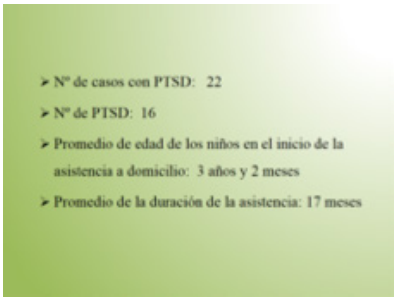
*(fig. 17) GRUPO DE MADRES / PADRES*
*(fig. 17) PARENTS GROUP*

El Programa AGIRA dedicó un enorme esfuerzo a un recurso que se convirtió en el que mayor interés despertó entre los profesionales del propio CDIAP y de otros centros: el de la **atención domiciliaria**. Nos remitimos a la primera Newsletter que el Programa editó en el año 2013 para una mayor profundización sobre el tema.




*(fig. 18) CARACTERÍSTICAS DEL RECURSO DE PTSD*
*(fig. 18) CHARACTERISTICS OF PTSD RESOURCE*

Para realizar la función, se contó con la presencia de un personal terapéutico de ayuda o soporte domiciliario (a partir de ahora, PTSD). La adjudicación de un PTSD respondía a una serie de criterios (fig. 18). A partir de la sugerencia del terapeuta o del coordinador del caso, se estudiaba la viabilidad para poder ofrecer y trabajar la propuesta con las familias. En todo momento se cuidaron todos los pasos necesarios para que funcionara de manera adecuada un trabajo tan delicado como es el de la presencia de un terapeuta en el domicilio familiar[11]. Ese cuidado se extendió de forma especial al personal que asistía al domicilio, desde el aporte de una formación previa específica a un seguimiento y supervisión continuados del caso. La experiencia resultó, en términos generales, muy exitosa. Se llevaron a cabo 22 trabajos de asistencia al domicilio que realizaron 16 PTSD diferentes. La duración media de la presencia en el domicilio fue de 17 meses. El promedio de edad de los




*(fig. 19a) DATOS PTSD*
*(fig. 19a) PTSD DATA*

| | Nº casos | | Porcentaje | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | Total | PTSD | Total AGIRA | PTSD |
| Niñas | 46 | 7 | 16,1% | 31,8% |
| Niños | 238 | 15 | 83,9% | 68,2% |

*(fig.19b) NÚMERO DE PTSD POR SEXO DE LOS NIÑOS*
*(fig.19b) NUMBER OF PTSD BY SEX OF CHILD*

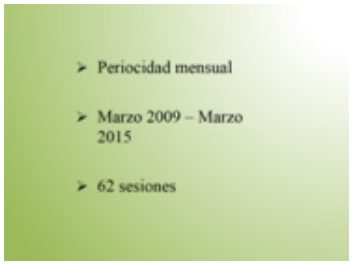
[11] Una parte importante de este trabajo lo realizó la Coordinadora de PTSD, Isabel Valls, encargada también de la selección del propio personal de atención domiciliaria.


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

niños en el momento del inicio del trabajo de PTSD fue de 3 años y 2 meses (fig. 19a).

El número y porcentaje de casos por sexos (fig. 19b) nos verifica, una vez más, la mayor gravedad del trastorno en las niñas. En la adjudicación de PTSD, recurso en el que la gravedad es un factor determinante, fueron elegidas hasta un 31,8% de niñas respecto al 16,1% total de niñas dentro del Programa.

Hacíamos referencia al acompañamiento a los PTSD (en justicia, deberíamos hablar de las PTSD, pues de las 16 personas que realizaron el trabajo domiciliario, 15 eran mujeres), tanto en relación a la supervisión mensual individual del caso por parte del coordinador del mismo, como a la supervisión mensual en grupo de trabajo. Este grupo reunía a todas las PTSD que desarrollaban la asistencia domiciliaria en cada momento. Estaba abierto a las PTSD de otros CDIAP que implementaron el Programa, personal en prácticas y al terapeuta del caso en alguna ocasión. El grupo de trabajo, que era conducido por los dos coordinadores y directores de AGIRA, funcionó a partir de marzo de 2009 hasta marzo de 2015. En ese tiempo, se realizaron 62 sesiones (fig. 20).




*(fig. 20) GRUPO DE TRABAJO DE PTSD*
*(fig. 20) PTSD WORKING GROUP*

## REFLEXIÓN FINAL

El desarrollo del Programa AGIRA durante los últimos casi ocho nos ratifica en la validez y conveniencia de un trabajo basado en la comprensión del funcionamiento mental y relacional, el acompañamiento del entorno, la precocidad en el tratamiento y la atención al riesgo en el mundo de los autismos. Un primer análisis de los datos que se extraen de la población de 280 niños y familias atendidas, confirma de manera empírica los resultados de otros estudios sobre la materia: una prevalencia entre 1/150 y 1/175 (1/166, en nuestro caso), una incidencia mantenida en los últimos años, una distribución por sexo entorno a los cuatro niños por cada niña o la gravedad de los cuadros de las niñas sobre el de los niños. La edad promedio de la primera visita (los 28,2 meses) se corresponde con el principal motivo de consulta (el lenguaje en más de la mitad de los casos). Los motivos de baja del Programa hablan de la desaparición de los signos autísticos en casi una cuarta parte de los niños que habían despertado alarma por su funcionamiento mental. Finalmente, el cruce del promedio de edad en la primera visita con el motivo de baja aporta una significativa diferencia de siete meses que ilustra, sin ningún género de duda, la vital importancia de la precocidad en el tratamiento. Tenemos la confianza de que un segundo nivel de análisis de los datos más particulares de la población, y el cruce entre sí de las variables, se traduzca en aportes significativos a tener en cuenta en un mejor y más precoz acercamiento al cuidado y tratamiento de los niños diagnosticados de TEA y sus familias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aixandri, N. (2010). Programa AGIRA. *Revista del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*, 227, 17.

Brun, JM. (2001). Aspectes rellevants en l'Assessorament en la Escola Ordinària d'Infants amb Trastorns Greus de la Personalitat. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 17/18, 7-18. (Versión castellana en: Brun, JM. y Villanueva, R. (2004). *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*.195-208. Valencia: Promolibro).

Brun, JM., Villanueva, R., Valls, I., Aixandri, N. y Nieto, C. (2013). En Newsletter 1: El treball domiciliari. Recuperado en febrero de 2013 en http://programa-agira.com.

Brun, JM. (2013). Comprensión del entorno familiar de los niños con autismo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 22, 42-45.

Brun, JM. (2014). De la idea de tot terapèutic a la idea de tracte. 9-10. En Newsletter 4: L'escolarització dels infants amb TEA. II) Escola especial i escolarització compartida. Recuperado en junio de 2014 en http://programa-agira.com.

Comín, D. (2015). Un estudio sueco dice que no hay aumento de casos de autismo. Recuperado el 22 de junio de 2015 de http://autismodiario.org.


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

Corominas, J. (1994). Visió psicoanalítica de l'autisme. Conceptes bàsics. Possibilitats pedagògiques i psicoterapèutiques. En IV Jornades Catalanes d'Autisme i Psicosis Infantils. Jornadas organizadas por ACTTAPI. Barcelona.

Lasa, A. (2005). Sobre el tratamiento de los trastornos mentales graves de la infancia y adolescencia (Autismo, Psicosis Infantiles y Trastornos Generalizados del Desarrollo). En el XVIII Congreso Nacional de SEPYPNA, A Coruña.

Olives, S. (2015) Entrevista en Ortiz, A. Familias de personas con TEA: Sentimientos opuestos. (Tesina de Máster en Trastornos del Espectro Autista). ISEP: Barcelona.

Villanueva, R. y Brun, JM. (2008). Projecte AGIRA *(Assistència Global a Infants amb Risc d'Autisme) dins l'Atenció Precoç*. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 29, 31-49.


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

# EL SENTIDO DE LA VIDA EN UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES*

# THE MEANING OF LIFE IN SPANISH UNIVERSITY STUDENTS

Mª Victoria Moreno García*, Ana Risco Lázaro** y Mª Nieves Barahona Esteban***


## RESUMEN

Presentamos un estudio en el que se propone un perfil del Sentido de la Vida en jóvenes universitarios. En el estudio participaron 1172 estudiantes de diferentes universidades españolas (888 mujeres, 284 hombres). Con una edad comprendida entre los 17 y más de 23 años. Se aplicaron el instrumento PIL (Purpose in Life) para la medición del Sentido de la Vida y un cuestionario complementario.


**Palabras Clave**: Logoterapia, Psicología positiva, Sentido de la Vida, juventud, PIL.


## ABSTRACT

We present a study in which proposed a profile of Meaning in Life in universities students. In this study participated 1172 students from different Spanish universities (888 women, 284 men). With an age between 17 and 23 years. Were applied the PIL (Purpose in Life) instrument for measuring the Meaning of Life and an additional questionnaire.


**Key words**: Logotherapy, Positive Psychology, Meaning in Life, youth, PIL.

## INTRODUCCIÓN

El centro de interés de la investigación que se plantea es el estudio de la dimensión evolutiva de la actitud ante la vida de los universitarios, dada la necesidad de dar respuesta a la inseguridad y confusión que manifiestan acerca del sentido de la propia existencia, de manera especial en los momentos de particular dificultad, y busca ser respondida de forma consistente para asegurar una vida estable y significativa.

El marco teórico en el que se encuadra la investigación es doble. Por una parte se centra en la concepción del sentido de la vida propuesto por Víktor E. Frankl y al mismo tiempo la evolución del sentido de la vida ligado al desarrollo de la conciencia moral como vía de plena realización personal, así mismo, la felicidad humana planteadas desde la teoría de la felicidad de la Psicología Positiva propuesta por Seligman.

Fue Víktor Emil Frankl (1987), el primero en plantear este tema del sentido de la vida, aunque también con anterioridad, lo abordó Sigmund Freud desde un posicionamiento distinto, ya que para el fundador del psicoanálisis, donde radicaba el sentido, era en el

* 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 en E.U. de Magisterio CEU –Vigo. E-mail: mvictoriamorenogarcia@gmail.com
** Profesora en Universidad de Católica de Valencia. E-mail: ana.risco@ucv.es
*** Profesora en E.U. de Magisterio Fray Luis de León-Valladolid. E-mail: nieves.barahona@eumfrayluis.com


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

principio del placer y será éste la motivación principal del ser humano. En contraste, Frankl propone la voluntad de sentido como la motivación esencial del comportamiento del ser humano, así la lucha por encontrar un significado a la propia vida constituye la primera fuerza de motivación en el hombre (Frankl, 1994a).

Cada hombre se sitúa en el camino del sentido de su existencia, y Frankl considera que, en este camino, el hombre habrá de superar la situación de falta de sentido (*existenzielle Vakuum, vacío existencial*), mediante una tensión innata y continua que le dirige a la búsqueda del sentido (*willen zum Sinn, voluntad de sentido*) para llegar al único, singular y general sentido de la vida (letzter Sinn, suprasentido). Estos tres conceptos constituyen según Lukas (2003) las tres columnas que sustentan los cimientos de la Logoterapia (escuela psicoterapéutica fundada por Frankl) en cuanto que aportan su fundamento antropológico, psicoterapéutico y filosófico.

Adentrándonos en cada uno de estos conceptos podremos vislumbrar la profundidad de la teoría expuesta por Frankl. Éste observa que, cuando las personas viven sin dejar sitio a la pregunta por el sentido de la su existencia, es fácil que se vean sumergidas en un activismo o una pasividad que tarde o temprano llegarán al límite del sin-sentido. Es entonces cuando la voluntad de sentido se frustra y surge lo que él denomina frustración existencial, una sensación de vaciedad a la que llama vacío existencial (*existenzielle Vakuum*). Se trata del vacío interior en el que se instala la persona que ve su existencia desprovista de un significado que la considere digna y esto le lleva a la consecución del placer inmediato y superficial, lo que constituye la causa del vacío que se observa en las personas. Vivir inmersos en el placer supone un "*fraude existencial*" y vuelve a la persona "ciega" ante los valores (Prats y Ortiz, 1999). Así, el hombre de hoy, considera Frankl, no sufre tanto por el sentimiento de valer menos que otro sino por el sentimiento de que su ser no tiene un significado (Frankl, 1984). De hecho, observa que las personas que acuden a pedir una ayuda psicológica no lo hacen por una necesidad de placer o por un deseo de resolver un complejo de inferioridad, sino porque dudan del sentido de su vida o desesperan de poder encontrarlo. Añade que la frustración existencial puede llegar a originar enfermedades psicológicas con la misma frecuencia, al menos, que la frustración sexual, y acuña el término neurosis noógena para denominar la enfermedad neurótica a la que puede conducir tal frustración existencial (Frankl, 1994a).

Frankl observa que, cuando una persona no encuentra sentido a su vida, es frecuente que se entregue a la vida de exasperada búsqueda del placer como fin en sí mismo, con el objeto de evadirse de una realidad que le exige cierto sufrimiento o esfuerzo, buscando "sensaciones subjetivas de sentido" (Frankl, 1988, p.30), llegando incluso a adoptar conductas destructivas. Así, afirma que "*cuando falta un sentido en la vida, cuyo cumplimiento hubiera hecho feliz a una persona, ésta intenta conseguir el sentimiento de felicidad mediante un rodeo que pasa por la química*" (Frankl, 1994b, p.19) y que "*solo en un vacío existencial prolifera la libido sexual*" (ídem, p. 24).

En cuanto al segundo pilar del que habla Lukas (2003), Frankl considera que la primera fuerza motivante en el ser humano es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida (Frankl, 2004). Esta concepción del hombre amplía el horizonte que hasta este momento se había considerado en la Psicología. Frente a la voluntad de placer que Freud postulaba como principal motivación humana y, en contraste con la voluntad de poder que enfatizaba la psicología de Adler, Frankl propone la *voluntad de sentido* (*willen zum Sinn*) como la motivación esencial del comportamiento humano. Se trata del impulso innato a encontrar un significado y propósito en la propia vida y es expresión de la autotrascendencia, que define como "*característica fundamental de la realidad humana*" o "*esencia de la existencia humana*" (Frankl, 1999, p. 184) por la que la persona tiende a salir de sí misma para encontrar el sentido.

Mediante esta *voluntad de sentido*, la persona es capaz de desvelar y colmar el sentido de su vida encontrando así su plenitud ontológica (madurez) y su salud mental (Freire, 2007). Frankl afirma que el ser humano vive en la tensión radical y sana de encontrarle un sentido a todas las situaciones que le obligan a enfrentarse consigo mismo.

Respecto al último pilar, más allá de la pregunta por el sentido que tiene cada instante de la vida se encuentra la pregunta por el significado último de la vida en general. Frankl lo denomina *suprasentido* (letzter Sinn), el sentido de los sentidos. Se trata del "*sentido último, que excede y sobrepasa la capacidad intelectual humana. Lo que se le pide al hombre no es que soporte la insensatez de la vida sino que asuma racionalmente su propia capacidad para aprehender toda la sensatez incondicional de esa vida*" (Frankl, 1985, p. 115).

De este modo, la Logoterapia, propuesta por Frankl, se centra en la potenciación del significado de la existencia humana considerando la búsqueda del sentido de la vida


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

como la motivación principal de las personas (Frankl, 1985). Esta disposición primordial humana hacia el sentido orienta a la persona hacia su bienestar entendido éste de manera integral, en los ámbitos biológico, psicológico, social y espiritual, los cuales constituyen, según la consideración de Frankl (1988), la existencia humana. La motivación fundamental hacia el sentido y, por consiguiente, al bienestar, se traduce en la orientación a la felicidad y la vida plena propuesta por Seligman (2003).

Apoyados en las epistemologías de las corrientes Humanista Existencial y las correspondencias con la Psicología Positiva, hemos decidido plantear esta investigación con el objeto de extraer las consecuencias que, a un nivel operativo, pudieran seguirse de ella en el contexto de la formación universitaria.

Podemos afirmar, según la perspectiva teórica de Víktor Emil Frankl, en relación al sentido de la vida, que en el devenir natural de toda persona nuestra tarea fundamental consiste en llevarlas, en las distintas etapas de la vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, adultez tardía, vejez) y frente a las diversas crisis existenciales, a identificar aquello a lo que genuinamente le teme o le debería temer y adoptar las medidas necesarias para superar la amenaza. De este modo el sufrimiento, el enfrentamiento a la muerte se convierte en el camino para la madurez y para alcanzar el verdadero sentido de la vida. Por ello, además de la dimensión diagnóstica derivada de los resultados que se encuentren, el trabajo tiene una óptica aplicada a la formulación de líneas educativas de espectro preventivo. El interés último del proyecto pretende abrir elementos de reflexión sobre una educación fundamentada en los auténticos valores personales y su articulación en las virtudes humanas, que contribuirán al desarrollo de una cultura de felicidad en los individuos y de mayores cotas de bienestar social.

## PROCESO METODOLÓGICO

### *Objetivos e hipótesis de trabajo*

El objetivo general del presente trabajo se centra en la realización de un análisis inferencial y descriptivo del Sentido de la Vida en alumnos universitarios de diferentes provincias españolas que nos permita realizar un perfil de aquellos sujetos con tendencia a un mayor sentido de la vida y así mismo por el contrario aquellos con tendencia a un menor sentido de la vida; precisando cuáles son las variables que mejor predicen sentido de la vida.

En función del objetivo planteado, la hipótesis de trabajo que nos sirve de punto de partida es la siguiente: Se espera una variación en función de las variables independientes seleccionadas (sexo, edad, comunidad autónoma, tipo de universidad, ámbitos de estudio, curso, materia religiosa, práctica religiosa, experiencia vicaria con la muerte y experiencia personal con la muerte).

### *Sistematización*

*Muestra*

En relación a la representatividad de la muestra utilizada para nuestra investigación se tuvieron en cuenta los datos recogidos en las estadísticas oficiales del Sistema Universitario Español –SUE- (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2013), que cuantifican el alumnado por curso académico (curso 2012-13), universidades y Comunidades Autónomas, con un total de 156.902 alumnos matriculados en las Comunidades Autónomas seleccionados para esta investigación.

Así pues, teniendo en cuenta la población total (*N = 156.902*), y para hacer la muestra probabilística, se seleccionan los elementos muestrales (alumnado de las Comunidades Autónomas) de manera que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, y seguidamente se calcula su tamaño para que sea representativa de la población a través del programa STATS.

Al determinar la muestra con el programa STATS para cada una de las comunidades autónomas seleccionadas, se obtiene una muestra similar a la obtenida, lo que confirma que sea estadísticamente representativa. Así pues, según el programa STATS, se tendría un tamaño de muestra adecuado para esta población (95% de confianza, 5% error y p = 0.5).

Tabla 1. Muestra obtenida a través del programa STATS

| COMUNIDAD AUTÓNOMA | POBACIÓN TOTAL | MUESTRA PROGRAMA STATS | MUESTRA TOTAL OBTENIDA |
|---|---|---|---|
| Comunidad de Galicia | 31.286 | 309 | 333 |
| Comunidad Valenciana | 28.162 | 182 | 176 |
| Castilla y León | 38.872 | 380 | 429 |
| Comunidad de Madrid | 58.582 | 212 | 234 |
| *Total* | *156.902* | *1.083* | *1.172* |

Por tanto, la muestra de esta investigación quedo compuesta por 1172 universitarios, con edades comprendidas entre los 17 y los 28 años, de distintas comunidades autónomas y ámbitos de estudio, que de


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

manera libre y voluntaria accedieron a participar en nuestro estudio.

La distribución de la muestra según el sexo, pone de manifiesto una considerable feminización, con un predominio del número de mujeres, 888 (75,8 %), frente al de los hombres, 284 (24, 2 %).

Por lo que respecta a la edad, fue recodificada en tres grupos: (17-19 años), (20-23 años) y (más de 23 años). En el gráfico 1, se puede observar la distribución de la muestra según esta variable, la frecuencia de los sujetos más jóvenes comprendidos en el primer grupo de edad es superior (437) a los otros dos grupos, (412) y (323) respectivamente.

La edad media de los sujetos de la muestra es de 21,18 con una desviación típica de 2,88. Según el sexo

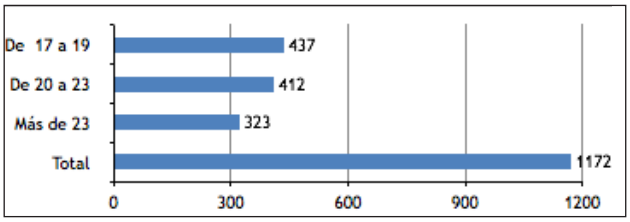



**Gráfico 1**. Distribución de la muestra según la edad

encontramos una media de 20,85 en mujeres y 22,19 en hombres.

Instrumentos

Los instrumentos de medida utilizados para nuestro estudio fueron los siguientes, el test de Propósito vital, PIL y un cuestionario complementario.

En relación al primer instrumento, el test PIL, podemos afirmar que se trata de uno de los instrumentos más difundidos para la medición del constructo Sentido de la Vida, fue diseñado por James C. Crumbaugh y Leonard T. Maholick en 1964 para operacionalizar y desarrollar empíricamente los conceptos logoterapéuticos elaborados por Víktor E. Frankl. Sus más destacados desarrollos se han llevado a cabo en EEUU. Cuenta con estudios de validez de constructo y de criterio, así como de fiabilidad (Bartschi, 1999; Crumbaugh, 1968; Crumbaugh y Maholick, 1964; García-Alandete et al., 2011; Jonsén et al., 2010; Magaña et al., 2004; Martínez et al., 2012; Melton y Schulenberg, 2008, 2007; Noblejas de la Flor, 2000, 1999; Nygren et al., 2005; Reker, 2000; Reker y Cousins, 1979; Risco, 2009; Schulenberg, 2003, 2004; Valdivia, 2007) y se ha realizado su validación para diferentes tipos de poblaciones: Italia, (Brunelli et al., 2012), Suecia, (Jonsén et al., 2010), Eslovaquia, (Halama, 2009), Irán (Cheraghi, 2009), España (Noblejas de la Flor, 1994), Sudáfrica (Stones y Philbrick, 1980), China (Shek, 1988) y otros. En la actualidad es el instrumento más adecuado para evaluar el constructo logoterapéutico "*sentido de la vida*". La validación y baremación en España fue llevada a cabo por Noblejas de la Flor (2006).

Se trata de una escala de actitud diseñada para medir el grado en que el individuo experimenta que su vida tiene sentido y propósito, así como para detectar el vacío existencial.

Aunque la prueba original consta de tres partes, en el presente estudio hemos considerado únicamente la primera. Ésta es de carácter cuantitativo y está formada por 20 ítems, en los que el sujeto se posiciona en una escala tipo Likert de 1 a 7 entre dos sentimientos extremos. La posición 4 se considera neutral y se emplean distintos términos descriptivos para las dos posiciones extremas (1 y 7).

La aplicación de la prueba es sencilla. Se ha realizado en grupo y se ha observado una media de 20 minutos de duración en la realización de la misma.

La puntuación obtenida en la prueba es la simple suma de los valores señalados.

La corrección es directa, excepto para los ítems 2, 5, 7, 10, 14, 15, 17, 18 y 19, para los cuales se invierten las puntuaciones de las respuestas. La interpretación de la prueba es en sentido ascendente: las mayores puntuaciones en el PIL indican mayor sentido de la vida.

Según ha estudiado Noblejas de la Flor (2011) en la baremación sobre población española del test PIL, los estadísticos encontrados indican que este test presenta una gran fiabilidad, similar a la encontrada tanto por sus autores como por otros estudios: Shek (1988) en China (0.84 para alfa de Cronbach y 0.82 para el coeficiente de Guttmann) o Reker y Cousins (1979) en EEUU (0.87 para Spearman-Brown y 0.79 para un test-retest).

Estos estudios han verificado el comportamiento del PIL como una prueba fiable, lo cual puede servir como un primer indicador de la medida de la "competencia actitudinal". Los estudios realizados sobre la estructura factorial afirman que es una escala unidimensional que ofrece la medida de un único constructo (sentido de la vida), manifestado según cinco áreas, entre las que se


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

distribuyen los reactivos de la siguiente manera:

1. Significado de la vida (propósito o misión): ítems 3, 4, 7, 12, 17 y 20
2. Satisfacción por la propia vida: ítems 1, 2, 5, 6, 9, 19
3. Libertad: ítems 13, 14 y 18
4. Miedo a la muerte: ítem 15
5. Valoración de la vida: ítem 10

Tomaremos los baremos americano (Crumbaugh y Maholick, 1964) y español (Noblejas de la Flor, 2011) para establecer las correspondencias entre ambos en relación con la muestra considerada en el presente trabajo.

En relación al segundo instrumento, el cuestionario complementario. Se aplicó con el objeto de conocer distintos datos de valoración personal así como algunos datos sociodemográficos de los sujetos de la muestra, serían los siguientes:

1. Variables sociodemográficas:
   a. Sexo
   b. Edad
   c. Estudios universitarios (Universidad, Facultad, Titulación y Curso)
2. Práctica religiosa y su frecuencia
3. Experiencia con la muerte:
   a. Experiencia vicaria
   b. Experiencia personal

***Procedimiento***

Se trata de una investigación de carácter transversal, descriptivo y analítico. Los datos fueron recogidos en un momento puntual.

La recogida de los datos se llevó a cabo en el período de tiempo comprendido entre el mes de octubre del 2011 hasta finales del mes de enero del 2013.

Las titulaciones en las que se pasaron los cuestionarios fueron Ciencias Sociales y Jurídicas (Educación Infantil., Educación Primaria, Trabajo Social; Derecho y ADE); Ciencias de la salud (Medicina, Odontología, Psicología, Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional); Ciencias (Ciencias del Mar, Ciencias Ambientales); Artes y Humanidades (Filosofía, Teología, Filología, Traducción e Interpretación); Ingeniería y Arquitectura (Arquitectura). Impartidas en la Universidad de Vigo, Universidad de Santiago de Compostela, Universidad Complutense de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad San Pablo CEU, Universidad Católica de Ávila, Universidad Católica de Valencia y Universidad Pontificia de Salamanca.

Se solicitó colaboración a algunos profesores conocidos para establecer el contacto con los diversos centros y asegurar el permiso de los mismos para poder aplicar la prueba a los estudiantes. Se proporcionó un extracto de la investigación con los datos del director y de la autora de la misma, así como un escrito solicitando el permiso en los centros de estudio, en el caso de que éste fuera requerido. En algunos casos fueron los mismos profesores quienes aplicaron las pruebas en sus aulas y en otros fueron aplicadas por el propio investigador. Se presentó la realización de la prueba de forma voluntaria, precedida de una breve presentación por parte del implementador en la que se aseguraba la privacidad de los datos obtenidos y la utilización de los mismos en la realización de este trabajo. Ningún alumno mostró rechazo en cumplimentar el cuestionario.

La duración aproximada de la sesión realizada en cada aula fue de 30 – 35 minutos, teniendo en cuenta el tiempo que se necesitaba para realizar el protocolo de presentación, la explicación de las instrucciones y esperar a que concluyesen todos.

## RESULTADOS

En primer lugar se exponen las puntuaciones obtenidas en función de las diferentes variables analizadas (tabla 2). Con respecto al sexo, puede observase como el grupo de mujeres obtiene una puntuación mayor en el PIL (M=106.31) que los hombres (M=105,93). Atendiendo a la edad, se aprecia que los sujetos de más de 23 años obtienen una puntuación más elevada en el PIL (M=108.68), siendo el grupo de menor edad (17-19 años) el que presenta la puntuación media más baja (M=104. 81). En cuanto a los totales, en función de la comunidad autónoma en la que estudian los sujetos, es la Comunidad Autónoma de Valencia la que nuestra una puntuación mayor (M=109.61), siendo la Comunidad de Galicia la que exhibe la media más baja (M=103. 83). Atendiendo a las puntuaciones obtenidas en función de la variable tipo de centro, encontramos puntuaciones mayores para el grupo de sujetos que estudian en una Universidad privada (M= 107.07) que aquellos que realizan sus estudios en una Universidad pública (M= 105.31). Con respecto a las puntuaciones obtenidas en relación con los ámbitos de estudio, hallamos una puntuación mayor para aquellos sujetos que realizan estudios en el ámbito de las Artes y Humanidades (M=109.25), siendo la puntuación más baja para aquellos que estudian en el ámbito de las Ciencias


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

Jurídicas y Sociales (M=105.64). En relación con el curso, se pone de manifiesto que son los estudiantes de último año 5º de carrera los que obtienen puntuaciones mayores (M=110.77), presentando los de 2º año las puntuaciones más bajas (M=105.54). Respecto a la materia religiosa, se percibe una mayor puntuación en aquellos estudiantes que se declaran católicos (M=107.61), frente aquellos que profesan otra religión o ninguna (M=103.64). En relación con la práctica religiosa, hallamos una puntuación más alta para aquellos que practican siempre su religión (M=112.72) siendo la puntuación menor para los que no la practican nunca (M=104.34). En cuanto a la experiencia vicaria con la muerte, son aquellos alumnos que han tenido dicha experiencia entre un año y tres los que obtienen mayores puntuaciones (M=107.02), frente a los que tuvieron esa experiencia en el último año que revelan la puntuación menor (M=105.59). Por último, en relación con la experiencia personal con la muerte, son los que no han tenido una experiencia personal los que obtienen puntuaciones mayores (M=106.79) frente a los que sí han tenido dicha experiencia (M=104.32).

Según lo observado en las puntuaciones medias, se obtiene un perfil básico del alumnado que manifiesta mayor Sentido de la vida: *mujer, mayor de 23 años, perteneciente a la Comunidad de Valencia, que estudia en una Universidad privada realizando una carrera del ámbito de las artes y humanidades, cursando el último curso de carrera, perteneciente a la confesión religiosa de la Iglesia Católica y siendo practicante siempre. En relación con su experiencia con la muerte será aquel estudiante que haya tenido una experiencia vicaria entre uno y tres años y no haya tenido experiencia personal con la muerte. En el lado opuesto, se encuentra el perfil del alumnado con menor sentido de la vida: varón, con una edad entre 17 y 19 años, perteneciente a la Comunidad de Galicia, que estudia en una Universidad pública, realizando estudios en alguna carrera del ámbito jurídico social, cursando el segundo de carrera, perteneciente a otra confesión religiosa o ninguna y que no la practique nunca. En relación con su experiencia con la muerte será aquel estudiante que haya tenido*

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas del Sentido de la Vida (PIL) en función de las distintas variables

| SEXO | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA |
|---|---|---|
| Mujer | 106,31 | 13,98 |
| Hombre | 105,93 | 15,50 |
| EDAD | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA |
| De 17 a 19 años | 104,81 | 13,78 |
| De 20 a 22 años | 105,77 | 14,41 |
| Más de 23 años | 108,68 | 14,78 |
| UNIVERSIDAD(comunidad autónoma) | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA |
| Comunidad de Galicia | 103,83 | 15,13 |
| Comunidad de Valencia | 109,61 | 12,78 |
| Comunidad de Castilla y León | 106,02 | 13,45 |
| Comunidad de Madrid | 107,42 | 15,39 |
| TIPO DE UNIVERSIDAD | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA |
| Universidad Pública | 105,31 | 15,33 |
| Universidad Privada | 107,07 | 13,35 |
| ÁMBITOS DE ESTUDIO | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA |
| Artes y Humanidades | 109,25 | 18,21 |
| Ciencias de la Salud | 106,10 | 14,59 |
| Ciencias Jurídicas y Sociales | 105,64 | 13,80 |
| Ciencias | 106,37 | 12,86 |
| CURSO | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA |
| 1º | 105,54 | 13,80 |
| 2º | 105,41 | 15,45 |
| 3º | 106,03 | 13,93 |
| 4º | 107,99 | 15,08 |
| 5º | 110,77 | 14,41 |
| MATERIA RELIGIOSA | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA |
| Católico | 107,68 | 13,35 |
| Otras/Ninguna | 103,64 | 15,67 |
| PRÁCTICA RELIGIOSA | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA |
| Nunca | 104,34 | 15,91 |
| Algunas veces | 105,61 | 13,47 |
| Casi siempre | 107,45 | 12,55 |
| Siempre | 112,72 | 12,49 |
| EXPERIENCIA VICARIA | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA |
| No he tenido | 106,46 | 13,25 |
| En el último año | 105,59 | 14,08 |


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

| | | |
|---|---|---|
| Entre uno y tres años | 107,02 | 15,63 |
| Más de tres años | 106,14 | 13,65 |
| EXPERIENCIA PERSONAL | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA |
| No he tenido | 106,79 | 13,94 |
| Sí he tenido | 104,32 | 15,54 |

*una experiencia vicaria en el último año y haya tenido experiencia personal con la muerte*.

Tabla 3. Análisis de la varianza (F y p) del Sentido de la Vida en función de las variables analizadas

| VARIABLES | F | p |
|---|---|---|
| SEXO | .146 | .702 |
| EDAD | 7.11 | .001 |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA | 7.04 | .000 |
| TIPO DE UNIVERSIDAD | 4.39 | .036 |
| ÁMBITOS | 1.89 | .130 |
| CURSO | 3.09 | .015 |
| MATERIA RELIGIOSA | 21.81 | .000 |
| PRÁCTICA RELIGIOSA | 12.49 | .000 |
| EXPERIENCIA VICARIA | .65 | .584 |
| EXPERIENCIA PERSONAL | 6.24 | .013 |
| | | |

En el análisis de varianza llevado a cabo para el cuestionario Sentido de la Vida (PIL) y en función de las distintas variables analizadas (tabla 3), se puede observar que la edad (F = 7.11; p = .001); comunidad autónoma (F = 7.04; p = .000); tipo de Universidad (F = 4.39; p=.036); curso(F=3.09; p= .015); materia religiosa (F= 21.81; p= .000); práctica religiosa (F= 12.49; p= .000) y la experiencia personal con la muerte (F= 6.24; p= .013), son fuente significativa de variación con respecto a la Puntuación Total en Sentido de la Vida, no encontrando diferencias significativas en las demás variables (sexo, ámbitos de estudio y experiencia vicaria de la muerte).

Dado que existen variables fuentes significativas de variación y con más de dos niveles, se llevo a cabo un análisis a posteriori (Scheffé) en el cual se pone de manifiesto entre qué niveles de las variables se produce la significación (tabla 4). De este modo encontramos que en la ***edad*** se producen diferencias entre los grupos de edad 17/19 años (M = 104.81) y más de 23 (M = 108.68), entre 20/23 años (M = 105.77) y más de 23 años (M = 108.68); en la ***comunidad autónoma***, se presentan diferencias entre Galicia (M=103.83) y Valencia (M= 109.61), Galicia (M=103.83) y Madrid (M=107.42), Valencia (M= 109.61) y Castilla y León (M= 106.02); en la variable curso, se hallan diferencias entre los alumnos de 1º (M=105.54) y 5º (M=110.77) y 2º (M =105.41) y 5º (M=110.77); en la **práctica religiosa**, encontramos diferencias significativas entre nunca (M=104.34) y siempre (M=112.72), algunas veces (M=105.61) y siempre (M=112.72), casi siempre (M=107.45) y siempre (M=112.72).

Con respecto a las variables tipo de universidad, materia religiosa y experiencia personal con la muerte se puso de manifiesto diferencias significativas, obteniéndose los resultados siguientes: en cuanto al ***tipo de universidad***, los que estudian en una universidad privada (M= 107.07) puntúan más alto que los de la universidad pública (M = 105,31), en relación con la ***materia religiosa***, se mostraron puntuaciones mayores

Tabla 4. Prueba de Scheffé para las variables Edad, Comunidad Autónoma, Curso y Práctica Religiosa

| VARIABLES | | SHEFFÉ | |
|---|---|---|---|
| | | Diferencia de medias | p |
| Edad | 17/19 años – Más de 23 | -3.87 | .001 |
| | 20/ 22 años – Más de 23 | -2.91 | .017 |
| Comunidad autónoma | Galicia-Valencia | -5.79 | .000 |
| | Galicia-Madrid | -3.60 | .017 |
| | Valecia-Castilla León | 3.59 | .025 |
| Curso | 1º – 5º | -5.23 | .014 |
| | 2º– 5º | -5.36 | .026 |
| Práctica Religiosa | Nunca- Siempre | -8.38 | .000 |
| | Algunas veces – Siempre | -7.11 | .000 |
| | Casi siempre – Siempre | -5.26 | .010 |
| VARIABLES | | Diferencias de medias | |
| Tipo de Universidad | Pública - Privada | Mayor en Universidad Privada | |
| Materia Religiosa | Católico - Otras/ ninguna | Mayor en católicos | |
| Experiencia Personal | No - Sí | Mayor en los que No han tenido | |


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

en alumnos de confesión católica (M = 107.68) que los que profesan otras o ninguna religión (M = 103.64), y, por último, atendiendo a la **experiencia personal con la muerte**, las medias más altas se exhiben en aquellos que no han tenido ninguna experiencia (M = 106.79) que en los que sí la han tenido (M = 104.32).

## CONCLUSIONES

Partiendo del objetivo planteado, realizar un análisis inferencial y descriptivo del Sentido de la Vida y precisar cuáles son las variables que mejor predicen sentido de la vida, la conclusión final que puede extraerse es la siguiente.

El Sentido de la Vida en jóvenes universitarios en función de las diez variables independientes estudiadas se comporta de la siguiente manera:

- El sentido de la vida no varía en función del sexo en los jóvenes universitarios evaluado.
- A mayor edad de la población universitaria se presenta un mayor grado de sentido de la vida.
- Los jóvenes universitarios pertenecientes a comunidades autónomas del norte de España presentan niveles de menor sentido de la vida que aquellos jóvenes universitarios pertenecientes a comunidades autónomas del centro y este de España.
- El tipo de centro es una variable importante en el sentido de la vida ya que los jóvenes universitarios pertenecientes a centros privados alcanzan mayor nivel de sentido de la vida que los universitarios pertenecientes a centros públicos.
- El tipo de estudios (carreras pertenecientes a los diferentes ámbitos del saber) no tiene ninguna influencia en el sentido de la vida.
- Cuanto mayor es la experiencia universitaria (cursos superiores) se alcanzan mayores niveles de sentido de la vida.
- La confesión religiosa Católica determina mayores niveles de sentido de la vida que los jóvenes que no pertenecen a ninguna confesión religiosa.
- Los universitarios que practican su religión alcanzarán mayor sentido de la vida que los jóvenes universitarios que no la practican.
- La vivencia de la muerte de un familiar o amigo no influye en los niveles de sentido de la vida frente a los que los que nunca experimentaron la muerte de una persona próxima.
- Los universitarios que no tuvieron una experiencia personal con la muerte presentan mayores niveles de sentido de la vida que los que experimentaron esa situación.

Así mismo podemos concluir que la depresión ante la muerte, obsesión ante la muerte, edad, comunidad autónoma, materia religiosa, práctica religiosa y experiencia personal con la muerte, son predictores significativos del sentido de la vida.

Por último nos gustaría señalar algunas perspectivas futuras que den continuidad al trabajo de investigación aquí desarrollado. La primera sería el ampliar el ámbito geográfico a un plano nacional o internacional. De esa forma conseguiríamos tener una radiografía global de la realidad española o europea.

En congruencia con otros trabajos desarrollados por el grupo de investigación (Aguiar, 2010; Barahona, 2012; Risco 2009; Salvino, 2009) proponemos configurar un programa de intervención que globalice la estimulación de las dimensiones del sentido de la vida (como las expuestas en el Cognición Instruccional Positiva) con la prevención de las reacciones desadaptativas de la afectividad negativa (Programa de Educación para la Muerte en estudiantes universitarios).

## REFRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, F. X. (2010). *Ansiedade, depresión e obsesión ante a morte en estudantes universitarios*. Tesis doctoral, Universidad de Vigo.

Barahona, M. N. (2012). *Eficacicacia de la intervención instruccional positiva en la mejora de competencias vitales*. Tesis doctoral, no publicada. Universidad de Salamanca.

Bartschi, C. (1999). *Evaluación del propósito de vida y la búsqueda de metas noéticas desde el punto de vista de la logoterapia en estudiantes universitarios*. Tesis Doctoral. Escuela Universitaria de Humanidades. Lima: Universidad de Lima.

Brunelli, C.; Bianchi, E.; Murru, L.; Monformoso, P.; Bosisio, M.; Gangeri, L.; Miccinesi, G.; Scrignaro, M.; Ripamonti, C. y Borreani, C. (2012). Italian validation of the Purpose In Life (PIL) test and the Seeking Of Noetic Goals (SONG) test in a population of cancer patients. *Springer Journal, Support Care Cancer, 20*, (11), 2775-2783.

Cheraghi, M.; Oreyzi Samani S. H. R.; Faraahani, H.A. (2009). Reliability, validity, factor analysis and


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

normalization of the Crumbaugh and Maholick's questionnaire of Purpose-in-Life. *Journal of Psychology*, *12* (48), 396-413.

Crumbaugh, J. C. (1968). Cross-validation of Purpose in Life Test based on Frankl´s concepts. *Journal of Individual Psychology, 24*, 74-81.

Crumbaugh, J. C. y Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl´s concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology, 20* (2), 200-207.

Frankl, V. E. (1984). *Psicoterapia y humanismo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Frankl, V. (1985). *La psicoterapia y la dignidad humana.* Conferencia en el II Encuentro Latinoamericano de Logoterapia. Buenos Aires.

Frankl, V. E. (1987). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. E (1994a). *La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre Logoterapia*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. E (1994b). *Logoterapia y análisis existencial. Textos de cinco décadas*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. E. (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. E (1999). *El hombre en busca del sentido último*. Barcelona: Paidós.

Freire, J. B. (2007). *El humanismo de la logoterapia de Víktor Frankl*. La aplicación del análisis existencial en la orientación personal. Pamplona: EUNSA.

García-Alandete, J.; Martínez, E. R.; Soucase, B. y Gallego-Pérez, J. F. (2011). Diferencias asociadas al sexo en las puntuaciones total y factoriales del Purpose-In-Life *Test en universitarios españoles. Universitas Psychologica, 10* (3), 681-692.

Halama, P. (2009). *The PIL test in a Slovak sample: internal consistency and factor structure*. The International Forum for Logotherapy, 32, 84-88.

Jonsén, E.; Fagerström, L.; Lundman, B.; Nygren, B.; Vähäkangas, M. y Strandberg, G. (2010). Psychometric properties of the Swedish version of the Purpose in Life scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *24* (1), 41-48.

Lukas, E. (2003). *Logoterapia. La búsqueda de sentido.* Barcelona: Paidós.

Magaña, L.; Zavala, M. A.; Ibarra, I.; Gómez, M. T. y Gómez, M. M. (2004). El sentido de la vida en estudiantes de primer semestre de la Universidad De La Salle Bajío [Versión electrónica]. *Revista del Centro de Investigación*. *Universidad La Salle, 6* (22), 5-13.

Martínez, R.; García-Alandete, J; Sellés, P.; Bernabé, G. y Soucase, B. (2012). Análisis factorial confirmatorio de los principales modelos propuestos para el Purpose- in Life Test en una muestra de universitarios españoles. *Acta Colombiana de Psicología 15* (1), 67-76.

Melton, A. M. y Schulenberg, S. E. (2007). On the relationship between meaning in life and boredom proneness: Examining a logotherapy postulate. *Psychological Reports*, *101* (3), 1016-1022.

Melton, A. M. y Schulenberg, S. E. (2008). On the measurement of meaning: Logotherapy's empirical contributions to Humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, *36*, 31-44.

Noblejas de la Flor, M. A. (1994). *Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del "logro interior de sentido"*. Tesis Doctorales. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación.

Noblejas de la Flor, M. A. (1999). Estructura factorial de los tests PIL y Logotest [Versión electrónica]. NOUS: *Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, *3*, 67-84.

Noblejas de la Flor M. A. (2000). Fiabilidad de los tests PIL y Logotest [Versión electrónica]. NOUS: *Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, *4*, 81-90.

Noblejas de la Flor, M. A. (2006). *Validación y baremación para España de la Escala Existencial.* Nous, (6), 119-137.

Noblejas de la Flor, M. A. (2011). El sentido en la vida, dimensión evolutiva. Hallazgos empíricos en la rebaremación del test PIL (Purpose in Life) en España. *Journal of Transpersonal Research, 3*, 30-38.

Nygren, B., Alex, L., Jonsén, E., Gustavsson, Y., Norberg A. y Lundman B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, *9*, 354–362.

Prats, J. L. y Ortiz, E. (1999). Hedonismo y sentido [Versión electrónica]. NOUS: *Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 3, 37-46.

Reker, G. T. (2000). *Theoretical perspectives, dimensions, and measurement of existential meaning.* En G. T. Reker y K. Chamberlain (eds.). Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span (pp. 39-55). Thousand Oacks, CA: Sage.

Reker, G. T. y Cousins, J. B. (1979). Factor structure,


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

construct validity and reliability of the Seeking Of Noetic Goals (SONG) and Purpose In Life (PIL) tests. *Journal of Clinical Psychology. 35* (1), 85-91.

Risco, A. (2009). *Sentido de la vida: Evolución e implicaciones para la Educación Superior*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Pontificia de Salamanca.

Salvino, E. (2009). *A*spectos actitudinales en el EEES-Espacio Europeo de Educación Superior. *Foro de educación, 11* ,195-207.

Schulenberg, S. E. (2003). Empirical research and Logotherapy. *Psychological Reports, 93*, 307-319.

Schulenberg, S. E. (2004). A psychometric investigation of logotherapy measures and the outcome questionnaire (OQ- 45.2). *North American Journal of Psychology, 6*, 477-492.

Shek, D. T. L. (1988). Reliability and factorial structure of the Chinese version of the Purpose-in-Life Questionnaire [Versión electrónica]. *Journal of Clinical Psychology, 44*, 384-392.

Seligman, M. E. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.

Stones, C. R. y Philbrick, J. L. (1980). Purpose in Life in South Africa: A comparison of American and South Africa beliefs. *Psychological Reports, 47*, 739-742.

Valdivia, A. E. (2007). Vacío existencial y riesgo suicida en pacientes con trastorno de personalidad borderline. Persona: *Revista de la Facultad de Psicología, 10*, 179-197.


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

# EL DUELO PERINATAL POR MUERTE GESTACIONAL TARDÍA

# PERINATAL BEREAMENT FOR LATE GESTATIONAL LOSS

Bárbara Morer Bamba*, Beatriz Ayala Cuevas**, Alejandra Boullón Gómez**, María Burillo Gonzalvo* y María José García Rubio*

## RESUMEN

El presente trabajo trata del duelo perinatal, concretamente, aquel que se da tras una muerte gestacional tardía. Las reflexiones que presentamos se enmarcan en el trabajo de interconsulta psicológica en un Hospital Materno-infantil. Los padres que pierden a un hijo antes del nacimiento se enfrentan a la difícil tarea de un duelo con ciertas particularidades. En la pérdida perinatal vida y muerte aparecen al mismo tiempo, no hay una historia compartida con el hijo esperado, no existe un reconocimiento social de esta pérdida y, a pesar de todo ello, se da un movimiento simbólico en la estructura familiar, quedando un lugar vacío, aquel que habría ocupado el recién nacido. Se señala la importancia de los primeros momentos en el acompañamiento a estos padres y su influencia en la elaboración posterior.

**Palabras clave**: duelo perinatal, pérdida gestacional tardía, muerte fetal, pérdida de embarazo

## ABSTRACT

This work deals with the perinatal bereavement, but with a particular one that comes after a late gestational death. The reflections we present are framed in the work of psychological interconsultation in a Maternal and Child Hospital. Parents who lose a child before birth face the difficult bereament task with certain peculiarities. In the perinatal loss life and death appear at the same time, there is no shared history with the expected child, there is no social recognition of this loss and, despite all this, there is a symbolic movement in the family structure, leaving an empty place, that would have occupied the newborn. The importance of the first moments in the accompaniment to these parents and their influence in the later elaboration is indicated.

**Key words**: perinatal bereament, late gestational loss, fetal death, pregnancy loss

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata del duelo perinatal, concretamente, aquel que se da tras una muerte gestacional tardía, muerte intrauterina o muerte fetal. Este acontecimiento es relevante en el campo de la Psicología Perinatal. Recordemos que ésta abarca el embarazo, el parto, el puerperio y los primeros meses del niño (Oiberman, 2013). En ocasiones, el proceso perinatal natural se detiene, bien por un parto prematuro, por la enfermedad o muerte del recién nacido, o bien porque la muerte llega antes del nacimiento.

Según la RAE (2017) la muerte perinatal es aquella "que precede o sigue inmediatamente al nacimiento".

* Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España). E-MAIL: bmorerbamba@gmail.com
** Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España)


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

Esta pérdida puede tener repercusiones, no solo en la madre, el padre, y en su relación, si no en los futuros hijos que vendrán.

Podemos afirmar que perder a un hijo es uno de los acontecimientos vitales más traumáticos y dolorosos que alguien puede experimentar. Pero, ¿qué sucede cuando el hijo perdido todavía no ha nacido?, ¿qué efecto tiene en los que iban a ser los futuros padres?

Si revisamos las estadísticas nacionales, vemos como la mortalidad infantil se ha ido reduciendo a lo largo de los años, gracias a los avances de la medicina actual. La tasa de mortalidad infantil en España pasó de 3,42 por cada 1000 nacidos en 2007, a 2,66 en 2015. En los últimos diez años la tasa sigue bajando. No ocurre así con la tasa de mortalidad fetal tardía, que se mantiene estable en los últimos años. En 2007 la tasa mortalidad fetal tardía por 1000 nacimientos era de 3,024, y en 2015 era de 3,066 (INE, 2017).

Vemos, por tanto, que la muerte fetal tardía supera en número a la mortalidad infantil, es decir, que hay más mujeres que pierden a su bebé antes de nacer, que madres que pierden a su hijo durante el primer año de vida. No se trata de una cuestión numérica, si no de señalar que la visibilidad social de este acontecimiento no va pareja a las cifras.

## LA MUERTE GESTACIONAL TARDÍA EN UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL

Los psicólogos clínicos son profesionales con poca presencia en los hospitales generales y maternidades a lo largo de la historia. Es en los últimos años cuando las autoridades sanitarias empiezan a contemplar que los pacientes tienen necesidades emocionales, además de orgánicas, durante la hospitalización. Estas necesidades son detectadas, en primer lugar, por los profesionales sanitarios. En el campo perinatal son las enfermeras, ginecólogas, y sobretodo matronas, quienes detectan en los hospitales la necesidad de una orientación, de cómo acompañar mejor a estos padres en el duro momento en el que pierden al hijo esperado. Estos profesionales sensibilizados saben del impacto emocional de las actuaciones de los sanitarios que atienden a estos padres, y de las repercusiones en la elaboración posterior de la pérdida.

Las reflexiones que presentamos se enmarcan en el trabajo desde la Unidad de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet. Se trata de un programa de enlace con el Servicio de Obstetricia y Ginecología, en concreto con la Unidad de Medicina Materno-fetal.

Cuando acude a urgencias una mujer en avanzado estado de gestación porque su bebé no se mueve dentro de su vientre y se confirman sus peores sospechas, debe ingresar para dar a luz a un bebé muerto. Otras veces, es durante una revisión cuando se descubre que el corazón del feto ha dejado de latir. Por protocolo, cada vez que ingresa una mujer que ha sufrido una muerte perinatal, se realiza una interconsulta a la Unidad de Psicosomática. Actualmente somos dos psicólogas clínicas quienes colaboramos en esta atención. A veces, se realiza una intervención en crisis, se ofrece un lugar de escucha u orientación durante la hospitalización, en otras ocasiones se realiza un seguimiento.

## EL DUELO POR LA PÉRDIDA GESTACIONAL

Etimológicamente, la palabra duelo tiene dos acepciones. Del bajo latín encontramos *duellum*, que significa combate, guerra. Por otra parte, también del latín, tenemos *dolus*, dolor. Así, encontramos que el duelo es a la vez desafío y dolor.

Para Bowlby (1973) el duelo es el proceso psicológico que se pone en marcha debido a la pérdida de una persona amada.

Freud (1915) vio, tanto en el duelo como en la melancolía formas en la que los seres humanos respondemos ante la experiencia de una pérdida.

El duelo involucra la larga y dolorosa labor de separarnos del ser amado que hemos perdido. Su función es separar los recuerdos y esperanzas de los supervivientes de la persona muerta. El duelo, entonces, es diferente del dolor. El dolor es nuestra reacción a la pérdida, pero el duelo es cómo procesamos este dolor (Leader, 2011).

En el proceso de duelo es importante diferenciar entre la pérdida real, es decir, la pérdida de esa persona y la función subjetivante, que sería la relación particular que el sujeto tenía con lo perdido.

Dependerá también de los duelos aplazados que cada uno tenga. En la vida a veces no registramos, afectivamente, las pérdidas. Evitamos el duelo y lo reemplazamos por sustitutos: otros embarazos cuando se pierde un hijo, nuevas parejas tras una ruptura, hiperactividad profesional tras un fracaso laboral (Ubieto, 2015). Por eso es necesario elaborar la pérdida, en especial en este caso que tratamos, en vistas de un futuro nuevo embarazo.

Autores como Rando (1993) y Worden (1997) proponen vincular cada fase o momentos del duelo con una tarea o


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

tareas psicológicas que la persona en duelo debe realizar para progresar en el camino de la elaboración.

Por lo tanto, el duelo es un proceso activo, es íntimo y social, no se trata solo del tiempo, sino de lo que hacemos durante el transcurso de ese tiempo.

La pregunta que surge es: ¿Qué tiene de particular el duelo perinatal por muerte intrauterina?

***Se junta la vida y la muerte.***

Lo explica muy bien una mujer a la que hemos llamado Nuria, quien ha perdido a su primer hijo con 38 semanas de gestación. Dice: "Lo que tendría que haber sido el momento más feliz de mi vida ha sido el más triste". No es solo que aparezca la muerte de forma repentina, por sorpresa, sin posibilidad de preparación psíquica, sino que además aparece en el momento en que se espera la vida. Nuria dice que cuando se dio cuenta de lo que realmente había pasado, cuando pudo asimilar la realidad de la pérdida, fue cuando al dar a luz, el bebé no lloró. Esto es algo que se repite en el discurso de las madres que dan a luz a un bebé muerto, en ocasiones como lo más traumático, ya que no sucede lo esperado, aparece el silencio en el lugar que debería estar el llanto, como signo de vida. Habla de este vacío: "cuando das a luz esperas tener algo y yo no he tenido nada". Por no tener, no tiene ni recuerdos, eso, dice, le hace más difícil el duelo. No sabe qué sentir. Nuria perdió a su padre de adolescente, sabe lo que es la tarea del duelo. "Esto es diferente", dice. No hay un saber sobre cómo elaborar esta pérdida. Es una pérdida socialmente invisible. "Nadie habla de esto".

***No hay una historia compartida con el hijo perdido.***

Otra mujer, la llamaremos Mónica, que también ha perdido a su hija, dice: "no tengo nada de ella", aunque "estaba conmigo siempre". Habla de la tristeza por "lo que podría haber sido". También dice que no es como otros duelos, "porque no tienes ningún recuerdo bueno", eso le impide encontrarle un sentido o consuelo en "lo que vivimos juntos". A los dos meses es cuando dice: "ahora es cuando soy más consciente: he perdido a una niña". No es un duelo fácil de hacer, dice: "es como si no quisiera despedirme".

David y Gosme-Séguret (1996) señalan que el duelo se complica por el aspecto crucial de que "el feto es perdido antes de ser conocido". Es difícil hacer el duelo de una persona que no existe más allá de la imaginación (Ben Soussan,1999).

***No existe reconocimiento social.***

No hay un significante universal para esta pérdida, un saber social, un ritual específico. Es un suceso íntimo, sin reconocimiento, algo de lo que nadie habla. Esto dificulta su simbolización.

Cuantas veces uno descubre que alguien ha sufrido "abortos" como un secreto.

Y ¿cómo llamamos a estas personas que han perdido al hijo esperado?, ¿son padres?, nosotras pensamos que sí, aunque no hayan podido ejercer la función, simbólicamente han ocupado el lugar parental.

Doka (2002) señala que se trata de una pérdida que no puede ser abiertamente reconocida, expresada en público o apoyada por la red social.

El bebé imaginado y fantaseado por los padres se encuentra brutalmente desinvestido, despojado del afecto, deseo y proyecto depositados en él. A diferencia de otros tipos de duelo en los que ese caudal afectivo progresivamente se vuelve a investir sobre otra figura, en el caso del feto muerto no hay donde reubicarlo. Ante la ausencia de un referente real de la pérdida, algunos autores recomiendan que los padres tengan la posibilidad de nombrar a ese bebé, visualizarlo y realizar rituales de enterramiento (Boulot,1993; Dumoulin, 1996 y David, 1996). Pero esto no siempre es recomendable. Debe prevalecer el deseo de los padres.

No existen tampoco rituales religiosos que legitimen y reconforten a los padres. A menudo familiares y amigos evitan hablar del tema, mientras los padres viven su pérdida en soledad. (Ridaura, Raich, y Werner, 2015). En otras ocasiones son los propios padres quienes no quieren hablar de ello, incluso no saben qué decir cuando alguien les pregunta.

***Queda un lugar vacío.***

Cuando el bebé muere hay un movimiento simbólico de la estructura familiar, queda un lugar vacío, el que venía a ocupar el recién nacido. En esta coyuntura, el duelo queda sin hacer, marcando el destino de los padres, haciendo difícil un nuevo embarazo o sobrecargando al niño por venir con las improntas de la historia que lo ha precedido (Ansermet, 1995).

Ante esta clínica, cobra importancia el momento de la pérdida donde no hay una demanda porque el sufrimiento es aceptado, a veces como un sentimiento de castigo por algo que queda pendiente, aun así, es un momento importante para resignificar otras pérdidas. Lo novedoso es la paralización que puede suponer para unos padres la pérdida de su bebé y la contradicción es la importancia


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

de mover el discurso, productivo (Boullón et al., 2015).

En un primer tiempo, se trata de acompañar con la presencia y la escucha, más allá de toda concepción preestablecida. En un segundo tiempo se podrá reanudar lo que ha precedido al traumatismo y posteriormente, reconstruir una historia, ayudándoles a elaborar la pérdida y resituar al sujeto dándole un lugar simbólico. Se trata de salir de una situación paralizante (Morer et al., 2017).

Muchas madres hablan de sentirse "vacías", de sentir "un vacío".

Nuria, la paciente que hemos presentado, cuenta que los peores momentos para ella fueron "salir del hospital sin nada" y "entrar a casa sin el bebé". Encontramos que tienen algo en común. Son los momentos en los que aparece el vacío en el lugar donde debería estar el bebé. En todos sus planes de futuro aparecían los tres, había un lugar que ocupaba el niño en sus proyectos.

## LA PRIMERA ATENCIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Queremos señalar la importancia de los protocolos de actuación en estos casos, ya que ayudan a los profesionales a tener en cuenta los aspectos emocionales de la mujer y su familia. Con el protocolo se pretende humanizar el medio hospitalario, dar reconocimiento institucional a la pérdida perinatal y otorgar los mejores cuidados a los padres. Pero no debemos olvidar respetar las necesidades y decisiones individuales. Lo mismo no sirve para todos. Los protocolos deben ser flexibles y permeables, primando el caso por caso.

Cuando un feto muere dentro del útero de su madre su estatuto como resto o como sujeto está en duda. El hospital brinda la posibilidad de que los padres lleven consigo el cuerpo del nonato para realizar un funeral, darle sepultura o incinerarlo. Hacer un ritual de despedida de un niño que, aunque no nacido, ha tenido un lugar en la familia que esperaba recibirlo. La alternativa es dejar el cuerpo del feto en el hospital, donde será incinerado junto a otros restos biológicos. Los padres deberán firmar un documento en el que autorizan la cremación de esos restos que ya no recuperarán.

Para algunos padres esta decisión es sumamente difícil. Con dos casos pretendemos mostrar que las actuaciones son distintas en función de las personas con las que tratamos.

Conocemos a Aurora el día en que debe tomar esta decisión. Con veintiséis años y ocho meses de gestación espera llorosa el momento del parto. Es su primera hija, ya sabe que ha muerto.

Aparecen sentimientos de culpa sobre la causa del fallecimiento. Se plantea si hizo algo, si pudo haberlo evitado. Duda sobre qué hacer con los restos, si dejar a su hija en el hospital y que sea incinerada en el crematorio hospitalario, o llevársela y preparar un funeral. Muestra ambivalencia en torno a esto. Siente que si la deja la "abandona", dice que es como "no encargarme". Le resulta muy difícil tomar la decisión, por un lado, quiere dejarla y seguir con su vida, cerrar esta etapa, por otro está este "no encargarse" de su hija y abandonarla, con la culpa. Finalmente dice que seguramente la dejará, aunque con esta ambivalencia. Existe en su discurso algo del orden del deseo, de darle un lugar simbólico a esta niña. Le señalamos que estas dudas, lo que se plantea, ya es encargarse de ella. Dice que no lo había pensado de esa manera. Más tarde contará que decidió llevársela e incinerarla sola.

Seis meses después todavía guarda sus cenizas. "Es lo último que me queda de ella", dice. Se muestra ambivalente ante la idea de desprenderse de ellas, por un lado, dice que echar las cenizas "la dejaría libre". Ha puesto en una caja objetos de la niña y quiere enmarcar una foto de la ecografía. Aurora habla a las cenizas de su hija, le dice "que lo siento", "que le haya pasado esto a ella". Le entristece el no tenerla, "lo que esperabas se ha ido". Piensa "en lo que podría ser". "No me queda más remedio que aceptarlo", "espero que el siguiente me salga bien", "si me quedara embarazada pensaría en que vuelva a pasar, me da pánico". Su pareja quiere otro embarazo ya. Cree que tener otro hijo le ayudará a pasar página. Dice que le duele desprenderse de las cenizas. "Si las tiro se cierra todo, y no quiero". Ha estado pensando mucho sobre qué hacer con ellas, hay días en que piensa que es buena idea, otros días, en los que está triste, cree que es mejor esperar. Lleva once meses esperando, con esta dificultad de desprenderse, separarse de los restos de su hija. En ese momento, se queda embarazada. Se muestra ambivalente, tiene miedo a perder a este hijo, vuelve a aparecer la culpa, incluso por si tiene ansiedad y puede dañar al feto. El pensamiento sobre que esté mal le impide alegrarse por este nuevo embarazo. Dice que "no quiere emocionarse", por si sale mal. Tiene sueños sobre abortos. Predomina el miedo. No ha aceptado la pérdida de su primera hija, el duelo está sin hacer, y eso dificulta el recibimiento de un nuevo hijo. El trabajo aquí es separar, y cerrar con la muerte, para poder recibir la vida. Darle otro lugar a este hijo.


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

Una mujer de treinta y cinco años está embarazada de treinta y una semanas, le queda poco más de un mes para dar a luz, será su primer hijo. Una petición llega desde Maternidad: "feto muerto ante parto, espera de parto". Todavía con el feto en su vientre, impactada por la pérdida, insiste en el deseo de no ver al bebé tras el parto ni obtener la huella de su pie que se ofrece como recuerdo en el hospital. Este no querer ver, no querer tener nada que recuerde lo que no está, es un rechazo de lo sucedido, la reacción de esta mujer ante lo real de la muerte. Aparece el marido en escena, le ha costado esperar fuera de la habitación. El esposo tampoco quiere saber nada, insiste con vehemencia en que ninguno de los dos quiere ver al niño, ha percibido que el personal de la planta le presionaba en esa dirección. Se señala que su elección será respetada y que nadie les obligará a ver lo que no desean. Él desea un nuevo embarazo que borre lo sucedido. Le dice a su mujer, con el vientre abultado que contiene aún al hijo perdido, que en unos meses estará de nuevo embarazada y será la niña que quería. Ella calla. El feto será incinerado en el hospital, junto a otros restos, sin estatuto de sujeto. Es la elección de estos padres ante una pérdida imposible de simbolizar. Ya no hay un lugar para este niño, queda en el lugar de resto, resto en lo real.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo se encamina a señalar la importancia de las vivencias de duelo perinatal por muerte gestacional tardía, recogiendo el decir de las madres que relatan sus experiencias. Ante la pérdida de un hijo no nacido, lo que no debería haberse presentado aparece, y lo que se esperaba finalmente no llega. La pérdida se presenta antes del nacimiento. En esta contradicción puede aparecer lo traumático, produciendo la paralización del sujeto y de su relato.

Las madres ingresadas en la planta de maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet hablan de un duelo silenciado en la sociedad. Se enfrentan a la difícil tarea de simbolizar una pérdida de la que nadie habla, de la que no hay un saber transmitido. En esta situación surge la demanda de una intervención psicológica.

El trabajo se encamina en un primer momento a ofrecer un lugar de escucha en el que puedan poner en palabras lo ocurrido y les permita salir del estupor inicial. En ocasiones nos encontramos con la culpabilidad de estas madres que creen haber sido malas madres antes de ejercer esa función. Otras madres hablan de los preparativos para la llegada esperada y el vacío con el que ahora se encuentran. En un segundo momento la intervención impulsa la elaboración y reubicación de la pérdida en el discurso familiar de los padres, permitiendo la posible construcción de un futuro como pareja que acoja nuevos nacimientos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Ansermet, F. (1995). ¿De qué sufren los niños en neonatología? El Niño. *Revista del Instituto del Campo Freudiano*, *1*, 18-25.

Ben Soussan, P. (1999). *Le bébé imaginaire*. Ramonville Saint-Agne: Erés.

Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.

Boullón, A.; Burillo, M.; Morer, B.; Ayala, B. y Mancho, A. (2015). *Apoyo psicoterapéutico en un Servicio de Neonatología*. Comunicación oral presentada en el VII Simposio Sección de Psicoterapias Psicoanalíticas de FEAP, en colaboración con la Sección de Niños. Nuevas miradas sobre el qué hacer terapéutico. Zaragoza, España.

Boulot,P., Bacherlard, B., Moénat,F. y Roy, J. (1993). Sebattre pour le foetus. En F. Molénat y M.Ateya. (Eds). Cahier 4 de l'Afrée. Grossesse, naissance, deuil:les pratiques (pp.28-42). Montpellier: Climats.

David, D. y Gosme-Séguret, S. (1996). *Le diagnostic prenatal, aspects psychologiques.* Paris: ESF.

Doka, K.(2000). *Disenfranchised grief. New directions, challenges and strategies for practice*. Champaing (Illinois): Research Press.

Dumoulin, M. (1996). L'*enfant mort en maternité. Sesparents, les médecins, la loi.* En D. David y S. Gosme -Séguret (Coords.). *Le diagnostic prenatal, aspects psychologiques* (pp.93-99). Paris: ESF.

Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y Melancolía*. En Freud, S., Obras completas, XIV (pp. 241-248). Buenos Aires: Amorrortu.

Instituto Nacional de Estadística (2017). *Mortalidad infantil*. Recuperado de http://www.ine.es.

Leader, D. (2011). *La moda negra. Duelo, Melancolía y Depresión*. Buenos Aires: Sexto piso.

Morer, B., Ayala, B., Burillo, B., Boullón, A., Mancho, A. (2017). Apoyo psicoterapéutico en un servicio hospitalario de Neonatología. *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, *1*, 94-100.

Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Rando, T. (1993). *Treatment of Complicated Mourning.* Champaign, IL: Research Press.



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

Real Academia Española (2017). *Diccionario de la lengua española. Perinatal*. Recuperado de http://dle.rae.es/?id=Sd9GW4G

Ridaura, I., Raich, R. M., y Werner, P. (2015). *Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales*.

Ubieto, J.R. (2015). El trauma de lo imprevisto. Consecuencias. *Revista digital de Psicoanálisis, arte y pensamiento*, 15. Recuperado el 03/03/2016 de www.revconsecuencias.com.ar/ ediciones/015/template.php?file=arts/Derivaciones/El-trauma-de-lo-imprevisto.html

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.


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

# DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA A LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES INFANTILES EN LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA

# DEVELOPMENT OF THE SPECIFIC ATTENTION PROGRAM TO CHILDREN'S SERIOUS MENTAL DISORDERS IN THE MENTAL HEALTH NETWORK OF BIZKAIA

Begoña Solana*, Cristina Jorquera**, Consuelo Panera***, Encarni Garrán****, Francisco Vaccari*****, María Irene Rodríguez*******, Miriam Azpiri******** y Gemma Cabús********

**RESUMEN**

Se describe el diseño y puesta en marcha de un programa de tratamiento ambulatorio intensivo, dirigido a niños afectados de trastorno mental grave. Asimismo se explicitan las intervenciones clínicas, la necesidad del trabajo en red y la coordinación estructurada con otros servicios e instituciones. Se constata el beneficio de dicho programa tanto en una mejor atención a los afectados como en un aprovechamiento más eficiente de los recursos del Sistema Sanitario.

**Palabras clave**: Trastorno Mental Grave (TMG). Tratamiento ambulatorio intensivo y específico. Intervención precoz. Atención integral. Coordinación interdisciplinar e interinstitucional.

**ABSTRACT**

Design and implementation of an intensive outpatient treatment program, aimed at children with severe mental disorder is described. Clinical interventions, the need for networking and structured coordination with other services and institutions are also explicited. Benefits are found both for better care for those affected and also for better use of the resources of the health system.

**Key words**: Severe Mental Disorder (SMD). Child population. Specific intensive outpatient treatment. Early intervention. Comprehensive care. Interdisciplinary and interagency coordination.

* Psiquiatra (CSMNA Uribe)
** Psicóloga (Investigadora Proyecto Etorbizi)
*** Psicóloga Clínica. (CSMNA Bilbao)
**** Psiquiatra (CSMNA Bilbao)
***** Psiquiatra (CSMNA Uribe)
****** Psiquiatra (CSMNA Galdakao)
******* Psicóloga Clínica. CSMNA Galdakao)
******** Psiquiatra (CSMNA Urban-Barakaldo)
E-mail: MARIABEGONA.SOLANAAZURMENDI@OSAKIDETZA.EUS


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

## INTRODUCCIÓN

Los aspectos preventivos en la primera infancia son una de las mayores preocupaciones desde la instauración de los equipos de salud mental y nadie duda de la necesidad de detección e intervención precoz en los trastornos mentales en estas edades, especialmente en los de mayor gravedad. Dentro de los trastornos mentales considerados como graves en la infancia, se incluyen los trastornos del espectro autista (TEA) o trastornos generalizados del desarrollo (TGD), psicosis de inicio en la infancia y otros trastornos afectivos o del vínculo. Son trastornos que afectan de forma severa y global desde edades tempranas al desarrollo de las funciones psíquicas, en particular a sus capacidades cognitivas, de comunicación, relación y adaptación. Son altamente invalidantes y se consideran potencialmente crónicos por estar insertados en la estructura psíquica. Además, implican un alto grado de sufrimiento personal y familiar, consumiendo un volumen considerable de recursos socio-sanitarios a lo largo de su vida, presentando un nivel significativo de comorbilidad. Por todo ello, requieren una atención que debe ser precoz, intensiva e integral, además de continuada en el tiempo.

## ANTECEDENTES

A pesar de que la atención a los trastornos mentales graves (en adelante TMG) en la infancia se considera prioritaria en todos los planes de Salud Mental, en la práctica no reciben la dedicación y dotación de recursos necesarios, existiendo importantes desigualdades entre las diferentes CCAA.

Hasta Enero de 2011, en la CAPV (como en la mayor parte del Estado) la atención que se proporcionaba a estos casos era escasa e inespecífica. Concretamente en Bizkaia quedaba diluida entre el resto de las patologías atendidas en los Centros de Salud Mental para Niños y Adolescentes (CSMNA) y en otros casos delegada a la atención clínica ofertada por una Asociación de familiares (APNABI), existiendo un déficit de coordinación con el resto de los recursos (Pediatría, Neuropediatria, Atención Temprana, Educación, Servicios Sociales).

## NECESIDAD DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO

El tratamiento de los niños con trastorno mental grave requiere de intervenciones complejas debido por una parte a la gravedad de la psicopatología y por otra, a la necesidad de participación de diversos agentes, tanto sanitarios como educativos y sociales, con los que es imprescindible la coordinación, con la laboriosidad que conlleva la pertenencia a diferentes Administraciones.

Conscientes de esta necesidad, en enero de 2011 la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) inició la implantación de un Programa ambulatorio de atención específica a los Trastornos mentales graves infantiles (TMG) en cada una de las cuatro comarcas sanitarias (Bilbao, Interior, Margen derecha y Margen Izquierda). Para ello se dotó de personal especializado adscrito a dichos programas, con seis facultativos en total (Figura 1). La franja de atención es de los 0 a 10 años y la estancia prevista en el programa es de dos años. Quedan excluidos los cuadros autísticos poco movilizables, los retrasos mentales, las patologías deficitarias y trastornos del desarrollo derivados de patologías orgánicas. La derivación es realizada por los pediatras, neuropediatras y los facultativos de Salud Mental (Hospital, CSMNA). La filosofía asistencial de estos programas contempla una visión integral del niño y un trabajo multidisciplinar en red. La atención a las familias es uno de los pilares fundamentales. Al alta, la mayoría de los pacientes pasan a ser atendidos en el programa general del CSMNA y en casos excepcionales se derivan a otros recursos específicos.

Con la creación del programa TMG se trata de dar una atención precoz, intensiva , integral y especifica a estas patologías. Existe consenso en que la atención precoz mejora el pronóstico y minimiza el riesgo de evolución deficitaria a nivel cognitivo y social. La detección precoz permite, además, una temprana planificación de las necesidades asistenciales del niño (clínicas, educativas y sociales ) y de la familia, lo que va a redundar en una disminución del sufrimiento de ambos.

Entre los objetivos de dichos programas se incluye la valoración diagnóstica y las intervenciones terapéuticas

Figura 1


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

(individual, grupal y familiar) así como la coordinación entre los diferentes sistemas.

## DISEÑO Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

Ante la ausencia de experiencias previas en nuestro entorno y la necesidad de homogeneizar en lo posible los protocolos y acciones necesarias para un óptimo aprovechamiento de los recursos, a partir de 2013 se iniciaron una serie de reuniones de consenso entre los cuatro equipos.

Al mismo tiempo, Etorbitzi (Fundación Vasca para la Innovación Sanitaria) publicó una convocatoria de financiación de proyectos de investigación que incluyeran una atención integrada, multidisciplinar, e interinstitucional, hacia patologías de carácter crónico. Presentado nuestro proyecto de programa específico, fue aceptado, lo que supuso un impulso a su desarrollo. Los objetivos que se plantearon fueron los siguientes:

1. **Protocolizar y unificar el funcionamiento del Programa en las cuatro comarcas sanitarias.**
2. **Informatizar los protocolos y documentos a utilizar.**
   **a**. Protocolo de derivación interna (del CSMNA al Programa TMG).
   **b**. Plan de Atención Individual Informatizado (PAI).

Durante el proceso de diseño de la plantilla del PAI se valoraron algunas de las escalas psicopatológicas existentes ya validadas, como la Riviere (enfocada a cuadros de autismo primarios precoces, o tipo Kanner) o la escala británica HoNosca (Health of the Nation Outcome Scales in Childs and Adolescent) entre otras, que no resultaban adecuadas para el perfil de los pacientes a atender, por lo que se optó por la elaboración de una escala de evaluación propia, siendo conscientes de las limitaciones que esto conlleva. El PAI fue elaborado en colaboración con el Departamento de Calidad de la Red de Salud Mental de Bizkaia y se incluyó como plantilla en la Historia Clínica informatizada (Osabide Global) de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

**c**. Modelo de Informe de Alta.

3. **Protocolizar la coordinación funcional entre los distintos sistemas: Sanitario, Educativo y Social.**

**a. SANITARIO**

Pediatría. Se mantuvieron reuniones periódicas con los pediatras de las distintas zonas, enfatizando la importancia de la detección lo más precoz posible de las alteraciones en el desarrollo psicoafectivo del niño. Las consultas pediátricas y el programa de seguimiento del niño sano son el lugar privilegiado para ello. La escala más utilizada en nuestro medio en el programa de seguimiento del niño sano es la Haizea-Llevant, que permite explorar el desarrollo cognitivo, social y motor-manipulativo. Especialmente relevante es la detección precoz de los trastornos tempranos del desarrollo (TGD, autismo, psicosis, trastornos de la vinculación). De ahí la importancia de conocer los factores de riesgo psicopatológico y las señales de alarma (Figura 2). Se acordaron los criterios de actuación ante la observación de los mismos, bien intensificando el seguimiento en pediatria, solicitando una interconsulta al CSMNA o la derivación al programa TMG para valoración en los casos de mayor gravedad.

Dentro de las escalas de cribado de TEA, la más recomendable es el M-CHAT, una herramienta útil y de fácil aplicación (5 minutos). Es una escala autoadministrada que los padres pueden responder en casa o en la consulta y está diseñada para niños entre 16 y 30 meses. El M-CHAT resulta positivo cuando se fallan 3 de los 23 items o 2 de los 6 considerados claves (los que valoran la atención compartida). La sensibilidad y especificidad para el cribado de TEA es alta aunque se dan falsos positivos, que conviene confirmar en una entrevista más exhaustiva con los padres. A pesar de ello, la ventaja de esta prueba es que en muchos de los niños que finalmente no son diagnosticados de TEA se detectan otros trastornos del desarrollo que también se pueden beneficiar de una derivación a la atención especializada.

Según los estudios realizados en los TEA, en la mayoría de los casos son los padres los primeros en sospechar dificultades del desarrollo antes de los tres años, sin embargo lo habitual es que transcurra un amplio periodo de tiempo hasta su derivación a la atención especializada. En este sentido, para valorar las preocupaciones que los padres expresan sobre el desarrollo del niño, puede ser útil la aplicación de la "Escala Parent's Evaluation of Developmental Status" (PEDS). Se trata de una escala autoadministrada a los padres que puede orientar las preguntas sobre sus preocupaciones y ayudar a detectar otros trastornos del desarrollo.

En las reuniones de coordinación, se abordó el papel del pediatra a la hora de comunicar la sospecha


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

| CONJUNTO DE SEÑALES DE ALERTA DE SOSPECHA DE TEA QUE DEBEN MOTIVAR LA DERIVACIÓN/INTERCONSULTA A CSMNA | | |
|---|---|---|
| *Primer año de vida* | *Después de los 12 meses* | *Entre los 18-24 meses* |
| • poca frecuencia del uso de la mirada dirigida a personas<br>• no muestra anticipación cuando va a ser cogido<br>• falta de interés en juegos interactivos simples como el "cucu-tras" o el "toma y daca"<br>• falta de sonrisa social<br>• falta de ansiedad ante los extraños sobre los 9 meses | • menor contacto ocular<br>• no responde a su nombre<br>• no señala para "pedir algo" (protoimperativo)<br>• no muestra objetos a otros<br>• respuesta inusual ante estimulos auditivos<br>• falta de interés en juegos interactivos simples como el "cucu-tras" o el "toma y daca"<br>• no mira hacia donde otros señalan<br>• ausencia de imitación espontánea<br>• ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con el adulto | • no señala con el dedo para "compartir un interés" (protodeclarativo)<br>• dificultades para seguir la mirada del adulto<br>• no mirar hacia donde otros señalan<br>• retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo<br>• falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos (ej. alinear, abrir y cerrar, encender y apagar, etc.)<br>• ausencia de juego simbólico<br>• falta de interés en otros niños o hermanos<br>• no suele mostrar objetos<br>• no responde cuando se le llama<br>• no imita ni repite gestos o acciones que otros hacen ( ej muecas, aplaudir)<br>• pocas expresiones para compartir afecto positivo<br>• regresión en el lenguaje adquirido |
| CONJUNTO DE SEÑALES DE ALERTA DE SOSPECHA DE TEA QUE DEBEN MOTIVAR LA DERIVACIÓN/INTERCONSULTA A CSMNA | | |
| *A partir de los 3 años* | | |
| *Comunicación* | *Alteraciones sociales* | *Alteraciones de los intereses, actividades y conductas* |
| • ausencia, retraso o déficit en el desarrollo del lenguaje, no compensado por otros modos de comunicación<br>• uso estereotipado o repetitivo del lenguaje, como ecolalia o referirse a sí mismo en 2ª o 3ª persona<br>• entonación anormal<br>• pobre respuesta a su nombre<br>• déficit en la comunicación no verbal (ej. no señalar y dificultad para compartir un "foco de atención" con la mirada)<br>• fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros<br>• no pide las cosas sino que las arrebata<br>• antes usaba palabras pero ahora no<br>• ausencia de juegos de representación o imitación social variados y apropiados al nivel de desarrollo | • imitación limitada (p. ej. aplaudir) o ausencia de acciones con juguetes o con otros objetos<br>• no "muestra" objetos a los demás<br>• falta de interés, o acercamientos extraños a los niños de su edad<br>• escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de los otros<br>• no se une a otros en juegos de imaginación compartidos<br>• fracaso a la hora de iniciar juegos simples con otros o participar en juegos sociales sencillos<br>• preferencia por actividades solitarias<br>• relaciones extrañas con adultos, desde una excesiva intensidad a una llamativa indiferencia<br>• escasa utilización social de la mirada | • insistencia en rutinas y/o resistencia a los cambios en situaciones poco estructuradas<br>• juegos repetitivos con juguetes (ej. alinear objetos, encender y apagar luces, etc.)<br>• apego inusual a algún juguete u objeto que siempre lleva consigo y que interfiere en su vida cotidiana<br>• hipersensibilidad a los sonidos, al tacto y a ciertas texturas<br>• respuesta inusual al dolor<br>• respuesta inusual ante estímulos sensoriales (auditivos, olfativos, visuales, táctiles y del gusto)<br>• patrones posturales extraños como andar de puntillas<br>• estereotipias o manierismos motores |
| Figura 2 (extraído de la Guía Práctica de los TEA en Atención Primaria) | | |

de un trastorno del desarrollo. El pediatra debería informar objetivamente a los padres sobre los síntomas preocupantes observados en el niño en la medida que se alejan de los parametros del desarrollo normal. A nuestro juicio, es preferible no utilizar inicialmente los términos de "trastorno del espectro autista" y expresarlo en términos de "dificultades del desarrollo comunicativo y social" en relación a su edad. Se trata de alertar sin alarmismos,


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

pero haciéndoles conscientes de la importancia de una valoración por parte de la atención especializada del CSMNA (Programa de Atención a los Trastornos Graves del desarrollo). Dado que la derivación y la sospecha de un trastorno mental suele generar angustia, existe el compromiso de realizar la primera consulta de forma preferente, en un plazo inferior a 6 días. Fruto de las primeras reuniones mantenidas con Pediatría, se acordó –y se mantiene- la realización de encuentros bimensuales en los que se alternan sesiones clínicas, presentaciones sobre temas de interés, así como sobre aspectos prácticos de la asistencia.

- Servicio de Neuropediatría (Hospitales Universitarios de Basurto y Cruces). Se realizaron reuniones informativas y se consensuó el protocolo de derivación al programa de aquellos pacientes con un trastorno del desarrollo en el que se hubiera descartado una causa orgánica que condicionara la evolución.
- Programa de Atención Temprana. Hasta 2011 la Diputación Foral de Bizkaia financiaba gran parte de la atención a los niños con necesidades especiales desde los 0 a 3 años. Dado que los trastornos mentales graves en la infancia se detectan más tardíamente que las patologías físicas, en la práctica muy pocos niños se beneficiaban de estas ayudas. Conscientes de esta situación, se amplió la franja de edad hasta los 6 años. Esta ampliación ha supuesto un gran avance, ya que desde el programa TMG se les derivan casos ya evaluados que se pueden beneficiar de tratamientos que no cubre la atención sanitaria de Osakidetza (psicomotricidad y logopedia entre otros). Estos niños siguen siendo atendidos en diferentes modalidades dentro del Programa TMG. En sentido inverso, esta fluida coordinación posibilita la derivación desde el Servicio de Atención Temprana al Programa TMG de los casos en los que detectan patología mental.
- APNABI (Asociación de padres de niños afectados de autismo en Bizkaia). Está Concertada con el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, ofrece diversas intervenciones (clínicas, educativas y de ocio, entre otras). Disponen de un servicio específico de Atención temprana. Además ofrecen atención sanitaria a los pacientes derivados por los CSMNA, que no son incluidos en el Programa TMG.
- UTE (Unidad Terapéutico Educativa de Ortuella). Recurso intermedio coparticipado entre el Departamento de Educación y Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Atiende a pacientes con TMG de 6 a 16 años, que no pueden ser temporalmente incluidos en el medio escolar normalizado. La estancia se plantea durante un curso escolar, ampliable en caso de necesidad.

**b. EDUCATIVO**

En Bizkaia ya existía una dilatada experiencia de colaboración con los Berritzegunes (equipos de orientación e intervención escolar) que se encargan de la valoración de las necesidades educativas especiales. Se profundizó en algunas cuestiones y se consensuaron los criterios y documentos para la derivación de los casos.

**c. SOCIAL**

Coordinación con los Servicios Sociales de Base de los Ayuntamientos y los Equipos de Intervención Socioeducativa (EISE), en los casos en los que se detecten carencias o dificultades a nivel socioeconómico y/o condiciones inadecuadas de crianza.

**4. Sistematizar la evaluación psicopatológica mediante la aplicación de pruebas objetivas en el momento de la inclusión y del alta en el Programa.**

Esta información es de gran ayuda a la hora de cuantificar la gravedad y las áreas de mayor afectación. Además, a la salida del programa facilita el análisis de la evolución clínica. Después de un estudio exhaustivo de las pruebas existentes, se acordó que las que mejor se ajustaban al perfil psicopatológico y edad de los pacientes atendidos eran:

- Escala GARS-2, para la valoración de la sintomatología dentro del espectro autista, centrada en las tres áreas de mayor afectación: comunicación, interacción social y conductas estereotipadas.
- Escala de Desarrollo Merrill-Palmer-R, que valora las cinco grandes áreas del desarrollo (cognición, lenguaje, motricidad, desarrollo socioemocional y conducta adaptativa) así como otros aspectos (estilo de temperamento y presencia de patrones

[1] Los datos personales de este ejemplo clínico han sido modificados con el fin de preservar el anonimato


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

anómalos de movimientos). Se aplica desde el nacimiento hasta los 6 años y medio. Permite la identificación temprana de los retrasos en el desarrollo. Debido a su menor énfasis en el lenguaje expresivo es idónea para evaluar a niños con desarrollo limitado del lenguaje y/o con trastornos de la comunicación. Sus puntuaciones de desarrollo son sensibles a pequeños cambios por lo que resulta útil para valorar la efectividad de los tratamientos.

**5. Creacion de comisiones de trabajo a nivel suprasectorial**

- EVAT (Equipo técnico socio/sanitario/educativo de Valoración de Atención Temprana): dependiente de la Diputación Foral de Bizkaia. Constituye un buen modelo de coordinación tripartita. Se trata de un equipo funcional formado por representantes de las diferentes áreas que se reune periodicamente para la valoración de casos complejos, diseño de estrategias de coordinación y de documentos de derivación entre los diferentes ámbitos. Participa un psiquiatra de la RSMB.
- APNABI. Se realizan reuniones periodicas de coordinación.
- PAINNE: Proyecto de Atención a Niños con Necesidades Especiales de 0 a 6 años, que trata de coordinar y protocolizar los recursos sanitarios, sociales y educativos que sería necesario desplegar para su atención. Tras la implantación inicial en la comarca Bilbao, se está tratando de aplicar en las tres comarcas restantes. En este proyecto participan cuatro facultativos del Programa TMG (uno por cada área sanitaria).
- Creación de un grupo de trabajo estable, coordinado por el responsable de Salud Mental de Niños y Adolescentes (Dr. Fernando Gonzalez), en el que participan los profesionales de los cuatro programas. En el grupo se abordan aspectos formativos, asistenciales y de mejora de los instrumentos de evaluación.

**6. Elaborar un censo actualizado de los pacientes con patologia mental grave.**

Esto permite estudiar el perfil sociodemográfico y clínico de los casos activos en el programa, y facilita el posterior análisis de su evolución. Se analizaron los datos correspondientes a los pacientes activos en el periodo 2013 (muestra de 125 pacientes) y los resultados de las pruebas utilizadas (Escala GARS-2, y Escala de Desarrollo Merrill-Palmer-R), que serán publicados en un articulo adicional.

## INTERVENCIONES EN EL PROGRAMA

- **Evaluación diagnóstica**. En nuestra opinión, el diagnóstico de estas patologías es eminentemente clínico -basado en la observación directa del funcionamiento psíquico del niño- aunque el uso de ciertas pruebas objetivas complementa la evaluación inicial, la priorización de las intervenciones y la valoración de los resultados. Asimismo, facilita la transmisión de la información a los padres acerca de las áreas no acordes al desarrollo esperable.
- **Elaboración del plan asistencial individual (PAI)**. El PAI se cumplimenta a la entrada, al año de tratamiento y a la salida del Programa. Incluye una escala psicopatológica, una evaluación de la situación familiar, escolar y social además de los objetivos e intervenciones propuestas. Asimismo, al estar cuantificados los items sirve como escala de evaluación de resultados. (Ver anexo I).
- **Intervenciones clínicas en el Programa**. Los niños reciben un tratamiento intensivo durante un periodo limitado a un máximo de 2 años.

  - *Tratamiento psicoterapéutico individual*. Frecuencia semanal o quincenal, siendo candidatos aquellos niños en los que la situación grupal incrementa sus angustias y su incapacidad para gestionarlas.

  - *Psicoterapia de grupo*. Es la modalidad terapéutica más utilizada. El grupo ayuda al desarrollo de recursos intrapsíquicos y relacionales, lo que facilita una mejor socialización. En algunos casos, la terapia grupal puede constituir un importante punto de apoyo para una posterior psicoterapia individual. Dependiendo de la edad, psicopatologia y grado de evolución psíquica del niño, los grupos se realizan con diferentes técnicas y encuadres. Para garantizar un verdadero funcionamiento grupal, se procura que haya un equilibrio entre las diferentes patologías y su modo de expresión (inhibición versus desinhibición conductual). El grupo de niños, generalmente, se complementa con un grupo paralelo de padres cada quince días. En el grupo participan cuatro o cinco niños, la frecuencia es semanal, con una duración de 60 minutos. Al finalizar cada sesión,


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

los terapeutas (se trabaja en coterapia) se reunen para reflexionar sobre lo vivenciado y elaborar hipotesis. Actualmente la mayoria de los clínicos del programa compartimos una orientación psicodinámica. Hay que señalar que el trabajo grupal con estas patologías es complejo y requiere una formación específica, así como disponer de espacios de reflexión sobre las dinámicas grupales y la elaboración de la contratransferencia en el marco de una supervisión externa.

- *Tratamiento farmacológico*. Se utiliza solo en aquellos casos en que es necesario un control o atenuación de una sintomatología muy perturbadora e invalidante. Se contempla como un complemento al tratamiento global que reciben los niños y se utiliza a la mínima dosis efectiva.

- *Intervención familiar*. Incluye las consultas de orientación y apoyo, los grupos de padres y la terapia familiar si se requiere. Los grupos de padres permiten compartir la dolorosa y difícil situación que vive cada familia en solitario con otras que atraviesan la misma coyuntura. En este marco de confianza y comprensión, van a poder expresar sus angustias y preocupaciones así como encontrar respuestas que les ayuden a generar esperanza e ilusión para ejercer sus funciones parentales. Si es posible se desarrollan de forma paralela al grupo de los niños, en caso contrario se realizan en otro horario con frecuencia quincenal.

- *Coordinación y trabajo en red*: Con el trabajo en red (Figura 3) se trata de conseguir un abordaje integrado y coordinado, una visión global del niño, de sus necesidades y la de sus familias. Se favorece la planificación conjunta de las intervenciones, así como el seguimiento de las mismas. Es fundamental conocer la cartera de servicios de cada red (educativa, sanitaria y social) para optimizar los recursos y conseguir un uso más eficiente de los mismos.

## CONCLUSIONES

Se constata el beneficio de la atención en un programa específico a niños con trastorno mental grave, programa que aunque no pueda asumir la totalidad de las intervenciones, permite la planificación y la coordinación de las mismas, estableciéndose objetivos terapéuticos a corto, medio y largo plazo. Se consigue una mayor adherencia al tratamiento con la consiguiente mejora de la calidad de la atención y de los resultados.

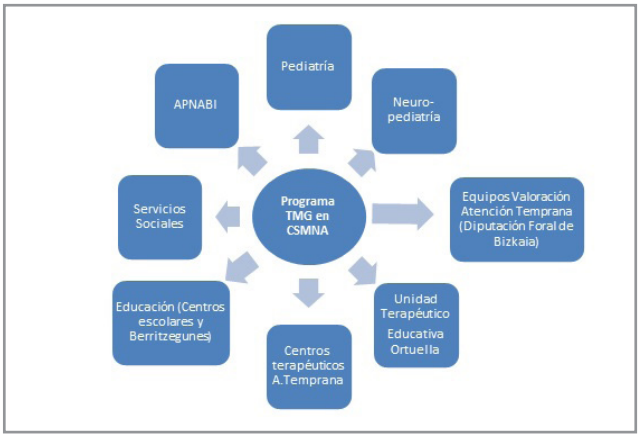



Figura 3. Trabajo en red: coordinación de las intervenciones

La coordinación entre redes favorece la instauración de un plan asistencial consensuado y coherente, evitando duplicidades, fragmentaciones y carencias , logrando un uso más eficiente de los recursos.

La existencia del Programa TMG facilita una mayor agilidad y precocidad en las derivaciones, así como en el acceso al programa de Atención Temprana de la Diputación Foral de Bizkaia, en los casos que lo requieren.

Se cumple el objetivo de equidad asistencial, al estar implantado el Programa en las cuatro comarcas.

En el ámbito educativo, las propuestas de colaboración mutua están resultando muy fructíferas. La mayor parte de las derivaciones precoces provienen de este medio. La escolarización a una edad cada vez más temprana junto al mayor conocimiento y sensibilidad de los educadores facilita la detección de las dificultades psíquicas y relacionales de los niños.

La sistematización de la recogida de información a través del PAI en la historia Cínica informatizada de Osakidetza (Osabide Global) permite obtener datos objetivos que facilitarán futuros estudios epidemiológicos y de la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

## ANEXO I

**PAI DESGLOSADO extraido de la Historia Clinica informatizada de Osakidetza (Osabide global)**

**Parte 1: Evaluación:**

Área 1: Evaluación psicopatológica del niño, atendiendo a los siguientes aspectos: (Respuesta en base a la gravedad del problema: 0: Ausente o sin alteración,


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

1: Leve,
2: Moderado, 3: Severo, 4: Muy severo)

° Alteración de las relaciones sociales
° Alteración de capacidades de referencia conjunta
° Alteración de funciones comunicativas
° Alteraciones del lenguaje
° Alteraciones de la motricidad
° Alteraciones del curso del pensamiento
° Alteraciones del contenido del pensamiento
° Alteraciones de la afectividad (Afectos)
° Alteraciones de la afectividad (Angustias)
° Alteraciones conductuales
° Alteraciones de la esfera corporal (enuresis, encopresis…..)
° Alteración cognitiva

Área 2: Evaluación familiar : (Respuesta en base a la gravedad del problema:
0: adecuada, 1: moderado, 2: leve, 3: ausente, 4: negativo)
° Colaboración en el tratamiento
° Nivel de conciencia de enfermedad

Área 3: Evaluación socio-escolar: (Respuesta en base a la gravedad del problema:
0: no problema, 1: problema menor, 2: problema medio, 3: problema moderado-severo, 4: problema severo-muy severo)
° Rendimiento escolar
° Relación con los iguales y adultos
° Integración en el aula

**Parte 2: Objetivos**
° Mejoría psicopatológica
° Mejoría familiar
° Mejoría socioescolar

**Parte 3: Tipo de intervenciones y coordinaciones realizadas**

- Intervenciones con el niño: Psicoterapia individual, Psicoterapia grupal, Tratamiento farmacológico, Consultas de seguimiento.
- Intervenciones familiares: Entrevistas familiares, Grupo de padres, Terapia de familia.
- Coordinaciones en el ámbito educativo: Centro escolar, Berritzegune, Centros de Educación especial.
- Coordinaciones en el ámbito social: Servicios sociales de base, Servicios sociales de protección a la infancia.
- Coordinaciones en el ámbito sanitario: Pediatría, Neuropediatria, Especialidades médicas, Centros de Atención Temprana, Unidad Terapéutico Educativa de Ortuella y APNABI.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Francisco Chicharro, que impulsó este programa en su etapa de responsable de la Atención a Niños y Adolescentes de la RSMB.

Al Dr. Carlos Pereira, gerente de la RSMB que hizo posible su desarrollo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad, C., y cols. (2009). *Guia de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en Atención Primaria*. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Politica social.

Alcamí, M., Molins, C., Mollejo, E., Ortiz, P., Pascual, A., Rivas, E., y Villanueva, C. (2008) *Guia de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del Espectro Autista*. (2008). La atención en la Red de Salud Mental. Madrid,. Edital Cogesin.

Consejo asesor sobre asistencia psiquiátrica y salud mental. (2004). *Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia.* Catsalut: Quaderns de salud mental 6.

Coromines, J. (1998). *Psicopatología arcaica y desarrollo: ensayo psicoanalítico*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Cruz, D. y García-Ibañez, J. (2012). Programa de atención específica a los trastornos mentales graves en Cataluña. Descripción y evaluación del programa. En: Mollejo E. (coord..). *Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia* (pp. 151-188). Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/48.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). *Libro blanco de atención temprana* (2000). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.

Galbe Sánchez-Ventura, J. (2010). *Cribado de los trastornos del espectro autista*. En recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado octubre de


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

2010. [consultado DD-MMAAAA]. http://www.aepap.org/previnfad/autismo.html

Guilliam JE. (2004). *Escala de evaluación de autistas de Gilliam (GARS)*. Madrid: Psymtec.

Jiménez, A. (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82, 115-126.

Jiménez, A. (coord.) 2005. Coordinación entre dispositivos de educación y salud mental infanto juvenil. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 25* (96), 129-139.

Lasa Zulueta, A. (2005). *Sobre el tratamiento de los trastornos mentales graves de la infancia y adolescencia (Autismo, psicosis infantiles y trastornos generalizados del desarrollo)*. Declaración como presidente de SEPYPNA en el VIII Congreso Nacional de Sepypna. A Coruña.

Lasa, A., Jorquera, C., Solana, B., y Del Arco, S. (2014). *Evaluación de la calidad asistencial en el SNS de los trastornos mentales graves en la infancia*. Estudio en Salud Mental Infanto-Juvenil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.

Millá, M., y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología, 48* (2), 47-52.

Morral, A., Alcàcer, B., Sánchez, E., Mestres, M., Farrés, N., Monreal, N., Gonzàlez, S., Barcelona (2012), *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet. Editorial Horsori.

Roid, G., y cols. (2011). *Escalas de desarrollo Merrill-Palmer Revisadas*. MP-R. Madrid: TEA Ediciones

Saitua, G.,y cols. (2013). *Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. (PAINNE)* Bilbao: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Tizón, J.L. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de atención primaria. *Revista de Pediatría Atención Primaria; 4*,81-106

Torras de Bea, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Ed. Paidos.

Viloca, Ll. (2003) *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: Ediciones CEAC.


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

# ABORDAJE TERAPÉUTICO DE ADOLESCENTES CON GRAVES PROBLEMAS DE CONDUCTA EN UN CENTRO DE MENORES. EVOLUCIÓN DE UN CASO

# THERAPY FOR ADOLESCENTS WITH SEVERE CONDUCT DISORDERS IN A YOUNG RESIDENTIAL CENTER. A CASE EVOLUTION

Olga Rodríguez Ochoa*, Ángel Estalayo Hernández** y Fernando González Serrano***

## RESUMEN

La prevalencia de problemas de conducta, violencia, consumo de tóxicos y trastornos mentales en la población de menores usuarios de recursos de Justicia Juvenil y/o protección es muy significativa. En el siguiente trabajo presentamos el caso de un joven adolescente en el que destacan una personalidad de tendencia borderline, con presencia de relaciones interpersonales inestables y conductas impulsivas y autopunitivas. Detallamos el itinerario educativo-terapéuticocon él realizado y los cambios registrados en las distintas pruebas psicométricas (MACI- Inventario Clínico para Adolescentes de Millon) a las que se ha sometido al joven durante su paso por el centro de internamiento. La experiencia acumulada en el campo de la Justicia Juvenil nos permite describir un modelo de atención específica que integra profesionales de los ámbitos educativo, clínico y judicial, que parte con el objetivo prioritario de asegurar la atención óptima del menor.La intervención que se lleva a cabo en el Centro tiene como modelo terapéutico de referencia la Psicoterapia de Vinculación Emocional Validante (VEV). La VEV se enmarca dentro de los modelos integradores en psicoterapia y constituye una metodología especializada de intervención en dispositivos de justicia juvenil y protección de menores.

**Palabras clave**: Justicia juvenil, Servicios de Protección, Vinculación Emocional Validante (VEV), MACI- Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.

## ABSTRACT

The prevalence of behavioral problems, violence, drug consumption and mental disorders is significant in juvenile detention centers. In the following paper, we present the case of a young teenager, highlighting a borderline personality trend, with the presence of unstable interpersonal relationships and self-punitive

* Psicóloga general sanitaria y psicoterapeuta. Responsable del centro de día Beinke gestionado por el IRSE-EBI y dependiente del Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad de la Diputación Foral de Bizkaia. E-mail: olgaotsoa@yahoo.es

** Psicoterapeuta y Responsable del área de menor y familia IRSE-EBI. E-mail: aestaher@irsebizkaia.org

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


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

and impulsive behavior.We outline the educational and therapeutic itinerary he underwent, and the changes registered in various psychometric tests carried out (MACI –Millon Adolescent Clinical Inventory) during his time at the detention center. The experience accumulated in the field of juvenile justice allows us to determine a specific model, involving educational, clinical, and legal professionals, commencing with the primary objective of ensuring the optimal care of the child. The intervention takes place in the Centre and has a therapeutic model of reference, Validation Emotional Bonding Psychotherapy (VSV).This is part of the integrative models in psychotherapy, a methodology specializing in intervention in juvenile justice and child protection.

**Key words**: Juvenile Justice, Protection services, Validation Emotional Bonding Psychotherapy, MACI – Millon Adolescent Clinical Inventory.

## CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

La intervención que se describe ha sido desarrollada en un Centro de Internamiento de Justicia Juvenil. Se trata de un servicio residencial perteneciente a la red de recursos para el cumplimiento de medidas judiciales impuestas a menores de la Comunidad Autónoma Vasca adscrita al Departamento de Justicia Juvenil. Es un Centro de Nivel II o de integración comunitaria, y posibilita que los menores y/o jóvenes que en él residen puedan hacer un uso cotidiano de recursos de la red comunitaria cuando su proceso educativo-terapéutico así lo requiere. El Centro cuenta con una capacidad de 11 plazas. Las medidas que se llevan a cabo son medidas judiciales de Internamiento en régimen semi-abierto y abierto, Internamiento Terapéutico, Convivencia en Grupo Educativo, Permanencia de Fines de Semana en Centro y Prestación en Beneficio a la Comunidad.

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE, MOTIVO DE CONSULTA E HISTORIA DEL PROBLEMA

El menor tiene 15 años de edad e ingresa cautelarmente en el Centro a finales de 2011 por un presunto delito de violencia filio-parental (VFP). En dicho momento residía con sus padres adoptivos. Nacido en Colombia, fue adoptado a los 9 años de edad. Los padres relatan episodios de sufrimiento y maltrato durante su infancia por parte de la familia biológica. Desde su adopción el menor ha presentado problemas de comportamiento (insultos a sus padres adoptivos y amenazas de hacerse daño a sí mismo, entre otros), por lo que los progenitores solicitaron ayuda terapéutica y psiquiátrica en su Centro de Salud Mental infanto-juvenil y en el servicio de apoyo psicológico para la Post-Adopción. Dichas intervenciones tuvieron lugar desde 2005 hasta 2009. En Abril de 2011, valorándose el desamparo del menor, la autoridad competenteasumió su guarda y se le asignó un recurso de Acogimiento Residencial al que no llegó a acudir debido a su propia negativa. El menor y sus padres describen una posible experiencia de *bulling* en el contexto escolar a su llegada a España.A nivel académico ha presentado a lo largo de su escolarización, tanto en educación primaria como en secundaria, diferentes procesos de inadaptación y fracaso escolar. Al ingresar en el Centrono estaba matriculado en ningún centro formativo.Respecto a los antecedentes en salud mental, ha realizado tratamiento ambulatorio en el servicio público de salud, en centros concertados (tratamiento individual y familiar) y en consulta privada. El menor y sus progenitores refieren una experiencia negativa de los distintos tratamientos en que han participado. A su llegada presenta consumos de riesgo de cannabis, anfetamina, cocaína, ketamina y otras sustancias.

## OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

A la hora de trabajar con pacientes resistentes y/o violentosdesde la metodología de la Vinculación Emocional Validante(VEV),los siguientes objetivos generales son especialmente importantes: fomentar la egodistonía como elemento motivador en pacientes resistentes al cambio, facilitar la toma de conciencia del problema y de las capacidades (como prefacio y elemento sustentador de la responsabilización necesaria), generar una explicación o definición compartida del problema con el menor (generar demanda), y generar un marco compartido de qué se puede hacer, es decir, generar una estructura del proceso educativo-terapéutico, generar una adhesión a la relación de ayuda, contener o minimizar los factores externalizantes que de alguna manera sostienen o generan el síntoma, parar la expresión del síntoma y luego dotar de un programa educativo-terapéutico estructurado. Bateman y Fonagy (1999) proponen que los tratamientos con pacientes muy graves deberían ser estructurados, presentar un foco de atención claro, destinar esfuerzo a fomentar el cumplimiento, ser teóricamente coherentes tanto con el profesional como con el paciente, tener mayor duración, fomentar una relación de vínculo intenso


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

y estar bien integrados con otros servicios. En el caso que nos ocupa los objetivos quedan definidos como sigue:

1. Promover la asunción de la norma como forma de convivencia y respeto hacia sí mismo y los otros.
2. Mejorar su eficacia interpersonal y la adquisición de habilidades sociales y de autoconciencia; desarrollar su capacidad de mentalización.
3. Mejorar sus capacidades cognitivas y desarrollar un programa individualizado en el área formativa.
4. Desarrollar estrategias de prevención ante cualquier tipo de conducta autolítica.
5. Desarrollar una adecuada conciencia de la gravedad y los efectos de los actos por los que ha sido internado así como su responsabilización.
6. Comprender las necesidades y emociones desreguladas que le llevan a dinámicas de consumo y buscar formas de realización saludables.
7. Promover dinámicas de conocimiento de su pasado que contribuyan a la consolidación de su identidad.
8. Generar adhesión al trabajo educativo-terapéutico (a la relación de ayuda) y la toma de conciencia de problema.
9. Desarrollar la necesidad de un abordaje terapéutico especializado.
10. Mantener contacto con la familia adoptiva y facilitar la relación con el menor, redefiniendo la misma si el proceso individual del menor lo posibilita.
11. Desarrollar un proyecto de vida pro-social de cara a su mayoría de edad, encaminando al menor hacia su autonomía y emancipación.

## SELECCIÓN DEL TIPO DE INTERVENCIÓN

La intervención que se lleva a cabo en el Centro tiene como modelo terapéutico de referencia la Psicoterapia de Vinculación Emocional Validante. La VEV se enmarca dentro de los modelos integradores en psicoterapia y constituye una metodología especializada de intervención en dispositivos de justicia juvenil y protección de menores. Es un enfoque psicoterapéutico de apoyo de tiempo limitado con un encuadre de relación cotidiana a implementar desde contextos de control, en supuestos de involuntariedad de tratamiento, trastornos graves egosintónicos que conlleven desregulación emocional, desorden relacional e impacto en el entorno. La VEV procura crear un entorno contenedor que posibilite validar la experiencia emocional de los menores. La generación de este tipo de ambiente validante y de esta movilización del estilo de apego originario hacia un apego seguro se articula en cuatro etapas, cada una de ellas definida por una serie de fases, de tal manera que es condición indispensable y necesaria que el menor haya superado los aspectos fundamentales de cada una de las etapas para que el equipo profesional se plantee iniciar con garantías la siguiente, puesto que la etapa anterior es el cimiento indispensable sobre la que se apoya la posterior (Estalayo, Rodríguez Ochoa y Romero León, 2009).La metodología de la VEV consta de las diferentes modalidades de intervención individual, familiar, grupal y/o comunitaria, valorándose el tratamiento adecuado atendiendo a cada caso particular.A su vez, el carácter educativo-terapéutico de la intervención se basa en aspectos nucleares relativos a los procesos de evaluación, el análisis de la demanda, la coordinación con los diversos agentes de intervención o comunitarios, el ambiente como convivencia, los diferentes tipos de actividades grupales y las terapias familiares (Estalayo, Rodríguez Ochoa y García Ormaza, 2014).En el caso que presentamos se aplicaron las cuatro modalidades en distintos momentos de la intervención. Durante el primer internamiento el trabajo se realizó fundamentalmente a nivel individual y grupal ydurante el segundo internamiento se incidió en mayor medida en la intervención familiar y comunitaria.

## EVALUACIÓN PRE-INTERVENCIÓN

En el primer mes de internamiento se realiza una valoración que incluye pruebas psicométricas para detectar la presencia de distintos tipos de signos que se encuentren en el origen de la desregulación. En este caso concreto las pruebas aplicadas han consistido en el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993), la escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada, para medir las competencias verbales y manipulativas de inteligencia (WISC-R; TEA, 1993), elTest de Raven o de Matrices Progresivas y el Cuestionario de Agresividad Reactiva – Proactiva (RPQ) para evaluar el tipo de violencia predominante y concomitante al síntoma trasgresor y otros presentes (véanse tablas 1,2 y 3).A la hora de la aplicación de las pruebas, se informó al sujeto del anonimato y la voluntariedad de lasmismas y se pidió que contestara lo más acorde a sus pensamientos y actitudes. También existen materiales de confección de los propios equipos como el Registro de Observación Individual que se basa en una serie de ítems que recogen el nivel de rendimiento del adolescente cuando entra en el dispositivo en las diferentes áreas de intervención y


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

que tiene un carácter facilitador de la dimensión subjetiva no sometible a réplica.

La estrategia de evaluación de la eficacia se ha realizado mediante la comparación de las escalas del MACI y la evolución de los factores protectores o resilientesen el menor (véanse tablas 5 y 6).Desde nuestra perspectiva la intervención con adolescentesgraves no consiste tanto en eliminar los factores negativos o causales de la conducta delincuencial sino en incidir sobre los factores mantenedores que en la actualidad están determinando la conducta antisociale introducir y potenciar los factores de protección y de promoción. Por ello, en la evaluación inicial se incluyen los recursos personales, familiares y comunitarios del menor y se evalúan(antes y después de la intervención) las características de resiliencia o factores de protección y promoción. El mayor acuerdo entre los diversos autores que han tratado de identificar los pilares de la resilienciase agrupa en las siguientes características: autoestima, introspección, habilidades de relación interpersonal, iniciativa, humor, creatividad, moralidad e independencia (Pol, Montero, Fernández Martín y López Villarreal, 2014). La intervención debe incidir en estos aspectos en aras a trabajar con objetivos realistas en un período de tiempo limitado.

Tabla 1: La escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R).

| | P.D | P.T |
|---|---|---|
| Pruebas verbales | 95 | 30 |
| Pruebas manipulativas | 144 | 28 |
| | P.D | P.T |
| Puntuación Verbal | 30 | 73 |
| Puntuación Manipulativa | 28 | 66 |
| Puntuación Total | 58 | 65 |
| Resultado: Cociente Intelectual inferior a la media | | |

Tabla 2: Test de Raven o de Matrices Progresivas.

42 items correctos (de 60 items)
Percentil 25
Rango IV+ Cociente intelectual inferior al término medio

Respecto a las impresiones cognitivas que se aprecian en las pruebas destacan el razonamiento conceptual deficiente así como un modo de razonamiento concreto asociado a la dificultad para percibir un todo. En lo que se refiere a las impresiones conductuales destacan su falta de concentración y tendencia a distraerse, falta de interés en el aprovechamiento escolar, falta de orientación al logro, así como una excesiva preocupación por datos irrelevantes.

Tabla 3:Cuestionario de Agresividad Reactiva – Proactiva (RPQ).

| | INTENSIDAD | | | |
|---|---|---|---|---|
| TIPOS DE VIOLENCIA | 0 (NUNCA) | 1 (A VECES) | 2 (A MENUDO) | TOTAL |
| REACTIVA | 4 | 2, 5, 7, 8, 9, 11 | 1, 3, 6, 10 | Total VR = 14 |
| PROACTIVA | 18, 22 | 13, 15, 16 | 12, 14, 17, 19, 20, 21, 23 | Total VP = 17 |

Desde una perspectiva funcional Dodge (1991) ha distinguido dos tipos de violencia en función de los procesos motivacionales y cognitivo-emocionales que subyacen a la conducta violenta: la violencia reactiva y la proactiva. Penado, Andreu y Peña (2014) consideran un tercer tipo de agresión de tipo mixto para aquellos sujetos que manifiestan tanto comportamientos agresivos reactivos como proactivos. Según estos autores la violencia mixta presenta características más semejantes a la violencia proactiva, encontrándonos en estos adolescentes una elevada presencia de conducta antisocial. Los resultados del RPQ muestran una predominancia de un tipo de violencia mixtaen nuestro sujeto.

En el MACI aplicado al inicio de su primer ingreso en el Centro obtiene una puntuación elevada en Tendencia al suicidio, aspecto que unido a la elevada propensión a la Impulsividad y la falta de una red de apoyo social y familiar estable y positiva nos coloca en una situación de alerta y necesidad de atención especializada (se implementa un protocolo de prevención de comportamientos autolíticos). También destaca la elevada puntuación en la Tendencia límite. Son fácilmente observables en el adolescente los rasgos de difusión de identidad, torpeza relacional, intolerancia al malestar, impulsividad y un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, lo cual nos orienta hacia una impresión diagnóstica de trastorno de personalidad límite. Se constata la fragilidad en sus límites y consistencia interna, destacando su carácter abandónico, así como la confusión y la desorganización respecto a sí mismo


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

y a su familia adoptiva (véase tabla 5: pre-test; ISA 1).El menor presenta un cuadro comórbido obteniendo puntuaciones más elevadas en las siguientes escalas del MACI: Tendencia al suicidio (TB= 108), Tendencia límite (TB= 106), Abusos en la infancia (TB= 104), Inclinación al abuso de sustancias (TB=100), Alteración (TB= 90), Predisposición a la delincuencia (TB= 89), Pesimista (TB= 87), Propensión a la impulsividad (TB= 83), Difusión de la identidad (TB= 83), Desvalorización de sí mismo (TB= 80) y Rebeldía (TB= 75).

## DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

### 1. Evaluación e impresión diagnóstica

El menor ingresa en el centro tras denuncia de VFP interpuesta por sus padres. Este hecho dificulta la aceptación de la medida judicial, reviviendo su experiencia de abandono y rechazo parental. Al inicio del internamiento el menor se niega a hablar con sus padres, rechazando tanto las llamadas telefónicas como las visitas familiares. Refiere experiencias traumáticas durante su infancia en Colombia, malos tratos físicos, abusos sexuales, tiene pesadillas frecuentes y gran dificultad para hablar sobre estos contenidos protagonizando diversos pasajes al acto de intensa violencia, necesitando en varios momentos la contención física. Reproduce la vivencia de ser maltratado en la relación con el equipo educativo-terapéutico, suponiendo un difícil manejo de la contratransferencia por parte del mismo. Amenaza verbalmente a educadores pero no agrede físicamente, las agresiones físicas las dirige hacia sí mismo u objetos.

Observamos un estilo de apego desorganizado, conductas de apego coercitivas con comportamientos regresivos y exhibicionistas, pero también conducta de apego evitativa en lo relativo al miedo y a la soledad. Muestra un tipo de violencia mixta de inicio en la infancia con gran desregulación emocional y conductual e ideas y conductas autolíticas. Según la propuesta de Frick y Ellis (1999)se trataría de un trastorno de conducta de inicio en la infancia (antes de los 10 años) de tipo impulsivo. El conocimiento de la etiología y el curso del trastorno de conducta es importante para comprender y prevenir una serie de resultados problemáticos en el ajuste a lo largo de la vida, incluyendo los problemas de salud mental, los cuales pueden devenir en problemas de exclusión social (Barry, Golmaryami, Rivera-Hudson y Frick, 2013). Atendiendo a los criterios establecidos en el DSM-V se trata de un trastorno disocial con presencia de emociones prosociales limitadas o rasgos de dureza e insensibilidad afectiva en su primer ingreso en el centro, pero sin llegar a cumplir los criterios para este especificador en su segundo internamiento (véase tabla 4). Para indicar rasgos de dureza e insensibilidad afectiva, deben haberse manifestado dos (o más) de las cuatro características descriptoras (ausencia de remordimiento o culpa, dureza o falta de empatía, despreocupación por el rendimiento y/o afecto superficial o deficiente) de manera persistente durante al menos 12 meses y en relaciones y contextos múltiples(Molinuevo, 2014).La investigación sugiere que la presencia de importantes niveles de rasgos de insensibilidad emocional tiene importantes implicaciones para el tratamiento. Varios estudios han demostrado que estos adolescentes son más difíciles de tratar y con frecuencia no responden a tratamientos habituales en centros de salud mental o de la justicia de menores (Barry, Golmaryami, Rivera Hudson y Frick, 2013).

Tabla 4: Evaluación rasgos de dureza e insensibilidad afectiva y edad de inicio.

| | Ausencia culpa / remordimiento | | Dureza / falta empatía | | Despreocupación por el rendimiento | | **Afecto superficial o deficiente** | | Edad de inicio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Últimos 12 meses | Múltiples contextos | Últimos 12 meses | Múltiples contextos | Últimos 12 meses | Múltiples contextos | Últimos 12 meses | Múltiples Contex-tos | |
| Primer Internam. | NO | NO | SI | NO | SI | SI | SI | SI | 6 años |
| Segundo Internam. | NO | NO | SI | NO | SI | SI | SI | NO | 6 años |

El menor ha realizado dos medidas de internamiento en el Centro. Su primera estancia en el Centro duró seis meses. Un año después de la finalización del primer internamiento vuelve a ingresar en el Centro por quebrantamiento de la Libertad Vigilada y comisión de nuevos delitos, permaneciendo en este segundo internamiento un año en el Centro.A continuación exponemos los aspectos más relevantes de la intervención desarrollada en cada medida de internamiento.


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

## 2. Momentos claves durante su primer internamiento (6 meses)

Al mes de su ingreso le informan en el centro que el Servicio de Infancia de la Diputación asume su guarda y tutela. Este hecho supone una gran crisis en el menor que se ve desbordado requiriendo de contención física. Los motivos que propiciaron el cese de la guarda y tutela fueron los siguientes: incapacidad parental de control de la conducta adolescente de gravedad muy elevada, negligencia hacia las necesidades formativas de gravedad elevada y maltrato emocional de gravedad en el área de rechazar. La familia ha rechazado todas las propuestas de apoyo iniciadas desde los recursos en intervención. No obstante se le proporciona una explicación incompleta y confusa de los motivos de la asunción de su tutela que el menor interpreta como una consecuencia de su mal comportamiento.El menor demanda conocer sus orígenes respecto a su proceso de adopción y familia biológica. Se tramita esta demanda a la institución pertinente desde la cual le responden que podrá acceder a su expediente cuando sea mayor de edad o bien si demuestra ser un "menor maduro". El menor muestracapacidad de vinculación con determinadas figuras educativas, si bien tiene tendencia a medir torpemente el grado de vinculación que le ofrecen dichas figuras e incluso, mediante desafío o provocación busca el límite de dicha vinculación, como si tratara de forzar un nuevo abandono que le confirmara sus experiencias repetidas de abandono. De ahí que muestre una búsqueda ambivalente de vínculo y un temor permanente al abandono, del cual trata de defenderse evitando una vinculación segura y estable. Durante su primer ingreso logra vincular con varios profesionales del centro y empieza a poder hablar y compartir sus temores y experiencias traumáticas. A pesar de reconocer abiertamente su malestar y necesidad de ayuda se niega a aceptar cualquier ayuda profesional externa al Centro. Determinadas figuras del centro empiezan a funcionar como un "yo auxiliar" del menor.

El menor comienza, por iniciativa propia, a escribir un libro de carácter autobiográfico. Cuando finaliza su primer internamiento al marcharse del Centro se deja el libro que está escribiendo.Tras el cambio de tutela el adolescente realiza el siguiente Itinerario en Centros de Protección:

a) Durante su primer internamiento acuerda con el Técnico de Infancia ir a un piso en la misma localidad en la que residen sus padres, sin embargo no llega a acudir a este piso por cuestiones ajenas al menor.
b) Le derivan a un centro especializado para trastornos de conducta (fase II). Acude durante un mes aproximadamente desde los permisos de fin de semana que obtiene en el Centro de Justicia Juvenil. El día de finalización del primer internamiento e incorporación definitiva a este recurso realiza una fuga de larga duración.
c) Le derivan a un centro especializado para graves trastornos de conducta (fase I). Solamente acude una noche, o bien cuando es detenido le llevan, fugándose al día siguiente. No llega a permanecer dos días seguidos en este recurso. Se mantiene fugado durante un año hasta que vuelve a ingresar en nuestro Centro de Justicia Juvenil.

## 3. Momentos claves durante su segundo internamiento (duración 12 meses)

Este segundo internamiento comienza como resultado del incumplimiento de la libertad vigilada, inasistencia al recurso residencial que la Diputación le asignó y comisión de nuevos delitos, distintos a la VFP que motivó su primer internamiento. En un primer momento, podría ser considerado como un fracaso del primer internamiento.

En los primeros momentos, las dinámicas de relación del menor ponían a prueba el vínculo con el equipo y especialmente con algunas figuras especialmente significativas para él. Tras varias situaciones de confrontación desde espacios cotidianos de intervención, el menor comienza a poder pensar, como principal motivo de reincidencia, en las dificultades de relación con su familia. Concretamente, en la imposibilidad de abordar contenidos difíciles que sí había podido compartir dentro del Centro. Ya en el primer internamiento había referido en más de una ocasión qué duro le resultaba tener que haberse sentido querido por primera vez en un Centro de Reforma. Ello motiva abordar contenidos personales, accesibles desde el recuerdo de pesadillas y el significado de las mismas, así como reuniones con los padres para acometer esos aspectos relacionales y generar un clima contenedor y segurizante.En un momento de avance en este proceso educativo-terapéutico se fuga del centro. Su duración es larga pero mantiene contacto cotidiano. A su retorno al Centro, se analizan los motivos de dicha fuga y lo que ha ocurrido durante la misma. El contenido de las últimas reuniones familiares y el temor al término de


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

la medida como expresión del miedo al cambio, resumen los desencadenantes. Este proceso o momento que desde la VEV definimos como fase de amenaza a la identidad, suele poner de relieve la dificultad de integrar cambios y generalizar los mismos, como resultado de una pérdida de coherencia interna y de sentimiento de traición a la propia biografía. En el caso de este menor, los aspectos de contacto con su pasado movilizaron estos procesos y propiciaron una recaída que se concretó en la fuga, la cual también posibilitaba regular el ritmo de lo que era capaz de integrar. No obstante, tras las primeras intervenciones, mantiene su necesidad de conocer sus orígenes. Se le propone plantear esta demanda individual en el espacio terapéutico familiar y acepta, lo cual conlleva que se realice este trabajo desde el Centro antes de la finalización de la medida judicial. Se acuerdan y firman los siguientes objetivos familiares: redefinir las relaciones familiares desde la no convivencia del menor, elaboración de un proyecto de futuro y trabajo sobre el proceso de adopción a través de las vivencias de los tres miembros familiares y del expediente de adopción que poseen los padres.Por otra parte, comienza a acudir a un Programa de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) de cocina elegido por él, y en el centro asume la responsabilidad de apoyar a la cocinera. Continúa verbalizando su negativa a acudir a recursos terapéuticos externos constituyéndose en uno de los objetivos prioritarios del internamiento. Acepta realizar un tratamiento psicológico privado, desplazándose el profesional al Centro durante una primera etapa y realizando las sesiones fuera del centro con posterioridad. Los padres aceptan apoyar y asumir el coste del tratamiento al término del internamiento.Por último, inicia una relación de pareja con una adolescente que estudia, vive con su madre y que no consume tóxicos y no quiere que él consuma. Este tipo de circunstancias se corresponden con la fase de desistencia en el modelo VEV. Mantiene esta relación afectiva durante este segundo internamiento.

## EVALUACIÓN POSTINTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

El menor mantiene contacto con diversos profesionales de referencia del Centro tras la finalización de su segundo internamiento. Un mes después de finalizar su segundo internamiento su novia se queda embarazada y va a vivir con ella, su madre y hermano. Se deja apoyar por sus padres adoptivos y mantiene la relación con ellos. Continúa el PCPI de cocina y está sacando el graduado escolar. Se realiza la evaluación post-intervención un año después de la finalización de su segundo internamiento. El menor continúa residiendo con su pareja e hija en el domicilio de la madre de su pareja. Se muestra muy centrado en el plano laboral, está trabajando desde hace dos meses como cocinero en un restaurante y continúa estudiando para la consecución del graduado escolar ya que sus expectativas consisten en realizar un grado medio en el ámbito de la cocina. Su pareja ha iniciado un grado medio. Se muestra responsable en su rol paterno con su hija, y mantiene una relación estable y de apoyo con su familia adoptiva (padres, abuela y tíos). Las expectativas del joven que ahora tiene 19 años de edad pasan por disponer de una vivienda propia para su nueva unidad familiar, contando para ello con su sueldo y el apoyo de sus padres. La percepción del joven y su entorno familiar es muy positiva respecto al proceso de madurez y responsabilización personal realizado por el adolescente.

Para evaluar si la intervención había producido un cambio significativo en el adolescente, se utilizó el método del test-retestantes y después de cada internamiento en el Centro así como un año después de la finalización del segundo internamiento con el objeto de evaluar el mantenimiento del cambio en su entorno de referencia (véase tabla 5). El MACI es un instrumento diseñado para la evaluación de las características de la personalidad adolescente y sus síndromes clínicos.La prueba posee 12 escalas de Patrones de Personalidad concebidos como modos de funcionamiento psicológico relativamente estables precursores del estilo de personalidad adulta, 8 escalas de Preocupaciones Expresadas que representan las percepciones de los menores y 7 escalas de Síndromes Clínicos que incluyen los trastornos afectivos y de la adaptación social que tienen mayor prevalencia en la adolescencia. La tabla 5 recoge los cinco momentos de evaluación mediante el MACIpara facilitar ver su evolución. Las 5 pruebas son válidas atendiendo al criterio de Fiabilidad. Las escalas incluidas en este análisis se limitan a aquellas cuyas TB tengan un nivel igual o superior a 60. Las puntuaciones TB entre 60 y 74 indican un nivel leve de la característica, las puntuaciones en el rango entre 75 y 84 sugieren un nivel moderado y las puntuaciones de 85 o más significan un nivel elevado. El tratamiento recibido supone una mejoría clínica en tanto que se produce una


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

Tabla 5: Evaluación de la eficacia a través de la comparación de las puntuaciones TB (0-115) del MACI.

| ESCALAS MACI | Pre-test ISA 1 | Post-test ISA 1 | Pre-test ISA 2 | Post-test ISA 2 | Seguimiento Post-interv. |
|---|---|---|---|---|---|
| Transparencia | 77 | 77 | 95 | 73 | 44 |
| Deseabilidad | 67 | 34 | 52 | 78 | 84 |
| Alteración | 90 | 84 | 84 | 77 | 44 |
| Introvertido | 53 | 44 | 49 | 39 | 40 |
| Inhibido | 56 | 39 | 32 | 24 | 44 |
| Pesimista | 87 | 62 | 81 | 59 | 23 |
| Sumiso | 22 | 1 | 1 | 21 | 44 |
| Histriónico | 61 | 101 | 69 | 92 | 85 |
| Egocéntrico | 56 | 68 | 41 | 84 | 93 |
| Rebelde | 75 | 110 | 97 | 112 | 52 |
| Rudo | 66 | 89 | 97 | 89 | 42 |
| Conformista | 11 | 1 | 1 | 34 | 85 |
| Oposicionista | 64 | 82 | 99 | 58 | 33 |
| Autopunitivo | 70 | 63 | 69 | 59 | 4 |
| Tendencia límite | 106 | 106 | 99 | 76 | 18 |
| Difusión identidad | 83 | 86 | 105 | 68 | 10 |
| Desvalor. sí mismo | 80 | 59 | 71 | 52 | 28 |
| Desagrado cuerpo | 48 | 37 | 47 | 40 | 28 |
| Incomodidad sexo | 26 | 15 | 1 | 12 | 87 |
| Inseguridad iguales | 38 | 15 | 37 | 34 | 50 |
| Insensib. social | 48 | 94 | 82 | 104 | 78 |
| Discordancia fam. | 48 | 64 | 112 | 67 | 38 |
| Abusos en Infancia | 104 | 70 | 109 | 75 | 64 |
| Trast. alimentación | 46 | 42 | 51 | 47 | 25 |
| Abusosustancias | 100 | 103 | 113 | 98 | 57 |
| Pred. delincuencia | 89 | 88 | 112 | 112 | 85 |
| Impulsividad | 83 | 106 | 115 | 96 | 28 |
| Sentim. de ansiedad | 18 | 11 | 1 | 12 | 48 |
| Afecto depresivo | 72 | 60 | 69 | 53 | 21 |
| Tend. al suicidio | 108 | 84 | 101 | 64 | 51 |

atenuación de los síntomas clínicos que presentaba en las escalas Pesimista, Oposicionista, Autopunitivo, Tendencia Límite, Difusión de la identidad, Desvalorización de sí mismo, Abusos en la infancia, Afecto Depresivo y Tendencia al suicidio.En la evaluación post-intervención además del mantenimiento de esta evolución positiva en estas 9 escalas se constata una notoria mejoría clínica en Rebeldía, Rudeza, Discordancia familiar, Abuso de sustancias e Impulsividad. Por otra parte, cabe destacar el incremento en la puntuación Conformismo e Incomodidad respecto al sexo que refleja una disminución de los niveles de desinhibición e instrumentalización que solía presentar el adolescente.

Tal y como puede observarse, la mejoría se da en todos los elementos, aunque existen diferentes grados de logro y también distintos puntos de partida. Desde la


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

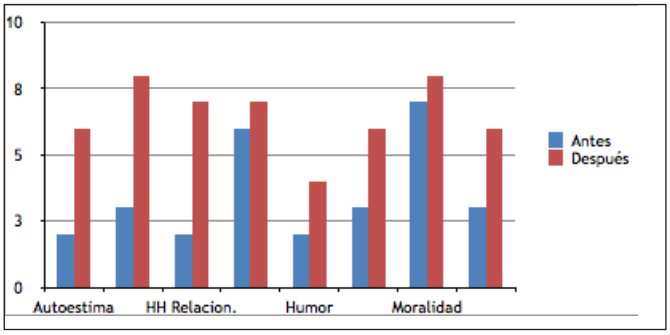



Tabla 6: Evolución de los Factores Protectores.

VEV entendemos que la intervención debe centrarse en introducir factores positivos y desarrollar los recursos del adolescente y su medio (familiar y comunitario), y no tanto en eliminar los factores negativos. De hecho, estos resultados son compatibles o podrían explicar la mejoría en los factores descritos en la tabla de los resultados del MACI.

Por último, se realiza la evaluación de la consecución de los objetivos terapéuticos desde el equipo de intervención, la evaluación del propio menor y su entorno. El equipo no siempre tiene la misma percepción que el menor del éxito conseguido. Ello también es aplicable a las diferencias entre el entorno, menor y equipo de intervención. En este caso, existía no obstante acuerdo en la mejoría de la mayoría de objetivos, estableciéndose diferencias en los grados de consecución. Es destacable, que aquellos objetivos en los que el menor participó desde una redefinición de la demanda co-construída el acuerdo entre todas las partes era mayor. Por el contrario, en aquellos que el menor no terminó de asumir, la coincidencia en su no consecución es mayor en grado también. Esto último se puede observar en las diferencias de resultados en los dos internamientos en objetivos como adhesión a la relación de ayuda, seguir un abordaje terapéutico especializado, trabajar con la familia y desarrollar un proyecto de vida pro-social (objs. 8, 9,10 y 11). Al término del primer internamiento existía acuerdo en su incumplimiento. Al término del segundo, había acuerdo en su cumplimiento pero con diferencia de grados de consecución entre el equipo, el entorno y el menor.p

## DISCUSIÓN

Pueden ser varios los parámetros desde los cuales establecer el análisis del caso. Se puede considerar la necesidad de dos internamientos como un fracaso del primero o como una necesaria evolución que no sigue el ritmo de duración de una medida y la reincidencia como una oportunidad para culminar un proceso o una nueva formulación de demanda de intervención. De igual forma, se puede reflexionar sobre hasta qué punto los programas de intervención en este tipo de Servicios incluyen el trabajo cualificado con las familias y el entorno, que en este caso se observa tan determinante de la diferencia de resultados entre el primer y segundo internamiento. Por otra parte, el manejo de la egodistonía y sus límites en la capacidad de mentalización de los usuarios que en este caso se observa en la fuga del segundo internamiento, así como la diferencia en la valoración de la evolución de un caso entre el equipo, la familia y/o entorno y el propio menor y su explicación a través del impacto en cada uno de esos grupos de los componentes externalizantes de las conductas que suponen el síntoma. Habida cuenta de todo ello, entendemos necesario el contraste con procesos de evaluación que incluyan pruebas como el MACI que completan una valoración más exhaustiva o con herramientas como las basadas en elementos de resiliencia que introduzcan los factores protectores como base de la intervención. Por último, abrir el debate sobre la necesidad de modelos especializados e integradores centrados en factores comúnes que adecuen sus objetivos y metodologías a este tipo de Servicios, población y tipo de demanda. En definitiva, apostar por una flexibilidad metodológica cualificada que adecúe la intervención-tratamiento al sujeto y no viceversa.

## CONCLUSIONES

El trabajo institucional y terapéutico con adolescentes y jóvenes que presentan graves Trastornos de Personalidad con importantes componentes conductuales, ya menudo antisociales, son uno de los retos más difíciles para los diversos recursos que intervienen en estos casos: Servicios Sociales y de Protección a la Infancia, de Justicia Juvenil y de Salud Mental, a los que se añaden, cuando es posible, los Educativos y Formativos (Hayez, 2004).

Se ha descrito y reflexionado anteriormente en torno al proceso“ de acompañamiento” de un joven cuya evolución, fluctuante y con momentos claramente negativos. Podemos considerarlo un caso que ha tenido un éxito moderado, pero consensuado y mantenido un año después de la finalización de la medida judicial. Pero sabemos de lo frustrante de otros muchos casos.

La necesidad de adaptar los recursos a estos jóvenes solo es posible por medio de medidas de obligatoriedad, impuestas por estamentos judiciales, que implican a menudo la totalidad de la vida de los jóvenes y la


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

convivencia en un medio cerrado o semicerrado. Estos medios permiten -en base a un encuadre normativo claro y firme-contener los riesgos frecuentes de paso al acto, a menudo asociados a violencia contra otros (familia p.e.) o contra ellos mismos. Implica promover, al mismo tiempo, la función de instancia sancionadora y protectora ( lo que en términos del aparato psíquico entendemos como Súperyo integrado) que el joven no ha podido desarrollar de manera mínima en su personalidad.El entorno debe asumir instancias psíquicas que el propio adolescente no ha creado o no están a su disposición en este momento evolutivo, hasta que pueda hacerlo por si mismo (Jeammet, 1992, 1995).

Desde los dispositivos de Salud Mental con Adolescentes graves a menudo decimos que tenemos instrumentos -incluso bastante adecuados- para comprender la psicopatología y las conductas problemáticas expresión de esta. En cambio los instrumentos o intervenciones terapéuticas, la posibilidad de cambiar tanto los recursos psíquicos internos del adolescente como del entorno ( no sólo familia, también educativo o social) son bastante frustrantes. Partiendo de esta línea comprensiva, sabemos que, habitualmente, los orígenes de los problemas graves actuales están anclados en biografías muy complicadas y carenciadas a multiples niveles. Pero lo importante de intervenciones como las que se describe en este artículo resumidamente,es el plantear la necesidad de abordar los desencadenantes actuales, a menudo vinculados a las vicisitudes del proceso adolescente y los riesgos que inevitablemente conlleva, y las circunstancias de vida mantenedoras o potenciadoras de las conductas problemáticas y el autosabotaje de muchos de estos jóvenes.

La segunda vertiente que se pone en juego, muy vinculada a la comprensión de las vivencias de abandono e inseguridad identitaria de estos adolescentes, es la búsqueda de sus recursos sanos para promoverlos ( potenciar la resiliencia) y en suma devolverles -si nos lo permiten- su dignidad y su lugar, primero en la institución y posteriormente en la familia, en la comunidad formativa o laboral, en la sociedad. A menudo esto se convierte en una tarea imposible. Prima la tendencia, repetitiva y en escalada, al autosabotaje camuflado de conductas que persiguen el control de la situación, el dominio de la angustia,de los miedos y de la insoportable soledad que no pueden tolerar. La pretensión de hacer desaparecercualquier sentimiento, equivalente de vulnerabilidad o depresividad, para trasformarlo-como nos dice Jeammet (2002)- en sensaciones intensas (incluido el paso al acto o la violencia actuada) que se vuelven adictivas.

Nos parece muy importante trasmitir estas experiencias "terapéuticas" desde la difícil vivencia de los profesionales que acompañan a estos jóvenes, que soportan sus ataques directos. Con frecuencia soportar con frustración largas temporadas de fracaso, o en el mejor de los casos de que las cosas no vayan a peor.Y reflexionar sobre los intentos de establecer una relación con estos adolescentes y jóvenes, hacerles sentir que son reconocidos y,a la vez,que se puede crear con ellos una cierta esperanza en que algo puede cambiar (Tio, Mauri y Raventós 2014).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Barry, C. T. y Golmaryami, F. N. (2013). Evidence-based assessment of conduct disorder: Current considerations and preparation for DSM-5. *Professional Psychology: Research and Practice*, *44* (1), 56-63. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0029202

Bateman, A.W. y Fonagy, P. (1999). Psychotherapy for severe personality disorder. *British Medical Journal*, *319*, 709.

Dodge, K.A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression.En D. Pepler y K. Rubin, *The development and treatment of childhood aggression*. NY: Erlbaum.

Estalayo, Á.; Rodríguez-Ochoa, O. y García-Ormaza, J. (2014). Reflexiones respecto a los internamientos terapéuticos y su especificidad. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia REINAD*, 7, 11-24. doi: http://dx.doi.org/10.4995/reinad.2014.3333

Estalayo, Á.; Rodríguez-Ochoa, O. y Romero-León, J.C. (2009). Estilos de crianza y ambientes familiares en menores y jóvenes violentos.Un modelo psicoterapéutico de apoyo para la intervención. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, *2* (48), 113-129.

Frick , P. J. y Ellis, M. (1999). Callous unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child Family Psychology Review*, *2* (3), 149-168.

Hayez, J. Y. (2004). *La destructividad en el niño y el adolescente*. Barcelona: Herder.

Jeammet, P. (1992). Lo que se pone en juego. Las identificaciones en la adolescencia. *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, *2*, 41-58.

Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza a la identidad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, *33-34*, 59-91.



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

Jeammet, P. (1995). Psicopatología de la adolescencia. En Rodríguez Sacristán J(ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla.

Millon, T. (2011). *MACI - Inventario Clínico paraAdolescentes de Millon*. Madrid: Pearson.

Molinuevo, B. (2014). Trastorno disocial y DSM-5: Cambios y nuevos retos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría. Revista Iberoamericana de Psicosomática*, *110*, 53-57.

Navarro-Pardo, E.; Moral, J. C. M.; Galán, A. S. y Beitia, M. D. S. (2012). *Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. Psicothema*, *24*(3), 377-383.

Penado, M.; Andreu, J. M. y Peña, E. (2014). Agresividad reactiva, proactiva y mixta: Análisis de los factores de riesgo individual. *Anuario de Psicología Jurídica*, *24*, 37-42.doihttp://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2014.07.012

Pol, J.; Montero, C., Fernández-Martín, L.C. y López-Villarreal, A. (2014). *Trastorno adaptativo y resiliencia: El terapeuta como tutor. Clínica e Investigación Relacional*, *8* (1), 237-253.

Tió, T.; Mauri, L. y Raventós, P. (2014). *Adolescencia y trasgresión. La experiencia del Equipo de Atención en Salud Mental al Menor (EAM)*. Barcelona. Ediciones Octaedro.


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

# EGOKITZEN INFANTIL: ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL CON HIJOS/AS DE PADRES/MADRES DIVORCIADOS

# EGOKITZEN INFANTIL: THE EFFICACY ANALYSIS OF A GROUP INTERVENTION PROGRAM FOR CHILDREN OF DIVORCED PARENTS

Leire Gordo, Laura Merino y Ana Martínez Pampliega*

## RESUMEN

Este estudio analiza la eficacia del programa de intervención "Egokitzen Infantil" para hijos/as de padres/madres divorciados. Los objetivos de este estudio son presentar el programa "Egokitzen Infantil", analizar la eficacia de este programa en función de las variables de interés (percepción del conflicto interparental, inseguridad en el sistema familiar y regulación emocional) y analizar el impacto del programa en la salud de los/as menores. Diez hijos/as de padres/madres divorciados participaron en el grupo. Los resultados tras la evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento muestran que las hipótesis se confirmaron parcialmente. Se describen también las limitaciones de este estudio.

**Palabras clave**: programa de intervención, divorcio, eficacia, hijos/as, conflicto interparental, funcionamiento familiar.

## ABSTRACT

This study analyzed the feasibility of a group intervention program "Egokitzen Infantil" for children of divorced parents. The aims of this study are to introduce "Egokitzen Infantil" program, analyze the efficacy of this program in terms of inter-parental conflict, insecurity in family system and emotional regulation and analyze the impact of the program on children´s health. Ten children of divorced parents participated in the group. Results based on the pre-treatment and post-treatment evaluation shows that the hypotheses were partially confirmed. Limitations of the study are discussed.

**Key words**: intervention program, divorce, efficacy, children, interparental conflict, family functioning.

## INTRODUCCIÓN

El aumento del número de divorcios en las sociedades occidentales, tanto europeas como americanas, es un hecho que señalan todos los científicos sociales que trabajan en este campo de investigación. (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2012). Aunque cada vez más el divorcio sea visto como un fenómeno cotidiano y habitual, no podemos obviar que se trata de una transición difícil que implica una ruptura de la dinámica y equilibrio fa-

* Psicólogas, investigadoras. Equipo Deusto Family Psych, Universidad de Deusto. E-mail: l.gordo@deusto.es


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

miliar con importantes consecuencias en cada uno de los miembros de la familia, pero especialmente para los hijos/as quienes pueden desarrollar dificultades de ajuste a diferentes niveles, físico, psíquico y social, a corto y largo plazo (De la Torre, 2005; Ellis, 2000; Morgado, 2008; Pedro-Carroll, 2005; Shinar, 2008; Stocker et al., 2003).

Los cambios que conlleva a nivel familiar una separación o divorcio son estresantes para la mayoría de los/las niños/as y, aunque no siempre va a existir una reacción psicopatológica de los/las menores, sí que requiere un proceso de adaptación del niño/a a la nueva situación (Pérez-Testor, Davins, Valls y Aramburu, 2009). Entre las consecuencias positivas y negativas del divorcio, éstas últimas son mayores tanto en cantidad, importancia y magnitud, y van a tener implicaciones en el desarrollo emocional y conductual del menor. Las consecuencias negativas más frecuentes son rabia, miedo, pena, preocupación, rechazo, baja autoestima, ansiedad, auntoinculpación, dificultades académicas y dificultades en el sueño y la alimentación (De la Torre, 2005). La observación de peleas entre los padres, las ideas erróneas en torno a una reconciliación, los conflictos de lealtad, la parentalización, la falta de supervisión, la falta de cuidado de sus necesidades y la hostilidad en las relaciones, son variables a menudo relacionadas con sus problemas conductuales, dificultades escolares, manifestaciones psicosomáticas, sintomatología internalizante (depresión, ansiedad y otros problemas emocionales) y sintomatología externalizante (problemas en la relación con compañeros, agresividad, conducta, consumo de drogas, etc. (Amato, 2001; Buchanan y Heiges, 2001; Cummings, Schermerhorn, Davies, Goeke-Morey y Cummings, 2006; Grych, Harold y Miles, 2003; Sanz, Martínez-Pampliega, Iraurgi y Cosgaya, 2007). El crecimiento del número de divorcios ha propiciado una mayor conciencia social sobre los efectos que la ruptura parental tiene en todos los miembros de la familia, sobre todo en los hijos e hijas, y el desarrollo y bienestar de éstos se ha convertido en un foco de preocupación importante para los profesionales de la salud mental, puesto que es indudable que son una población de riesgo. El divorcio ha pasado a ser un asunto de salud pública que ha planteado la necesidad de establecer y desarrollar programas preventivos y servicios de apoyo, dirigidos a prevenir y/o paliar el impacto de este fenómeno (Velez, Wolchich y Sandler, 2012).

En España las investigaciones que existen sobre el impacto del conflicto interparental en la adaptación de los hijos e hijas de padres separados o divorciados no son numerosas (Cantón, Cortés y Justicia, 2007; Castells, 1993; Doménech, 1994; Martínez-Pampliega et al., 2004; Sanz et al., 2004), pero las conclusiones que de ellas se derivan siguen la misma línea que los resultados de investigación en Estados Unidos. Así, los resultados, tanto de la investigación en España como en Estados Unidos, identifican de forma consistente los siguientes tres aspectos del funcionamiento familiar como variables clave en la adaptación psicológica de los niños y niñas al divorcio de los padres; 1) el conflicto entre los padres, 2) las prácticas de disciplina y 3) la calidad de las relaciones con los hijos e hijas (Buehler et al., 1997; Grych, 2005; Hetherington y Stanley-Hagan, 1997; Martínez-Pampliega, 2007).

Por todo ello, los programas de intervención con niños/as dirigidos a reducir este impacto negativo del conflicto interparental en los/as hijos/as de padres y madres divorciados se han convertido en una línea de investigación necesaria, recalcando especialmente la necesidad de analizar científicamente su eficacia.

En esta línea, han sido desarrollados múltiples programas en EEUU dirigidos a reducir el impacto negativo del conflicto interparental en los/as hijos/as a través de la adquisición de herramientas y estrategias por parte de los propios padres y madres divorciados (p.e. Children in the Middle de Arbuthnot y Gordon, 1996; Children support program de Stolberg y Mahler, 1994; Divorce Ajustment Project-DAP de Stolberg y Garrison, 1985). En España el programa Egokitzen dirigido a padres y madres divorciados ha demostrado su eficacia en contexto de laboratorio (Martínez-Pampliega, Aguado, Corral, Cormenzana, Merino e Iriarte, 2015) y está siendo aplicado en contexto comunitario con resultados prometedores.

Sin embargo, otro modelo de intervención dentro de esta línea ha sido la implementación de programas de intervención dirigidos directamente a los/as hijos/as de padres y madres divorciados para que los/as propios/as niños/as puedan adquirir herramientas y estrategias que les ayuden en la gestión de sus procesos emocionales y cognitivos derivados de la situación de divorcio. Entre ellos podemos citar el CODIP (Children of Divorce Intervention Project) de Pedro-Carroll et al. (1985, 1992), el Programa para reducir la vulnerabilidad de los hijos e hijas de Durkin y Mesie (1994), Kid´sTurn desarrollado por InaGyemant, Ann Vanbalen y Jennifer Jackson (Bolen, 1993; Gilman, Schneider y Shulak, 2005), Kid´s first (Kids First Program, 2008),

Si bien estos programas han sido implementados ampliamente, los resultados sobre la evaluación de su eficacia no son suficientes, aunque parecen reflejar el impacto positivo de los mismos en la adaptación de los niños y


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

niñas (Alpert-Gillis, Pedro-Carroll y Cowen, 1989; Pedro-Carroll y Cowen, 1985; Pedro-Carroll, et al., 1986; Stolberg y Garrison, 1985; Stolberg y Mahler, 1994).

Uno de los programas con mayor respaldo científico de su eficacia es el Children of Divorce (CODIP) de Pedro-Carroll et al. (1985, 1986, 1992) ya que ha demostrado que los niños y niñas participantes en el programa presentaron un menor comportamiento agresivo y menos problemas externos, así como una reducción en la expresión de sentimientos de inseguridad y tristeza. Por ello, entre todos los programas revisados hasta la fecha, destaca el CODIP, por diversas razones:

1. Presenta diferentes formatos en base a la edad (desde preescolar a ESO), población (urbana y rural) y aspectos socioeconómicos (Alpert-Gillis, Carroll y Cowen, 1989; Pedro-Carroll, 1997; Pedro-Carroll y Cowen, 1985; Pedro-Carroll, Cowen, Hightower y Guare, 1986; Pedro-Carroll, 2005).
2. Ha sido empleado en diversos países a nivel internacional, como por ejemplo, Canadá y Sudáfrica; en Europa en Francia y Alemania (Pedro-Carroll, 2005).
3. El número de estudios de eficacia desarrollados. Ya en 2005 contaba con 8 estudios de eficacia (Pedro-Carroll, 2005), planteados con medidas pre-post tratamiento, seguimiento y grupo control, y empleando diferentes fuentes en la recogida de información.

Debido a que en España no existe investigación sobre programas de intervención con los/as propios/as hijos/as de padres separados o divorciados y que, además, la mayor parte de los programas psicoeducativos de apoyo a los/as hijos/as tienen como destinarios a los padres, el equipo Deusto FamilyPsych de la Universidad de Deusto se ha propuesto como objetivo el desarrollo de programas de intervención post-divorcio con hijos/as de padres separados o divorciados. Para ello, se han seleccionado, adaptado y desarrollado los contenidos y actividades más relevantes del programa original desarrollado por Joanne Pedro-Carrol (1985) "Children Of Divorce Intervention Program-CODIP" para ayudar a los/as hijos/as de familias que han pasado por un proceso de divorcio o separación. Asimismo, se han tenido en cuenta las posteriores re-ediciones del CODIP y los numerosos estudios sobre la eficacia del programa.

El objetivo de este programa de intervención es acompañar a niños/as entre 8 y 12 años en la gestión de sus procesos emocionales y cognitivos derivados de la situación de divorcio o separación de sus padres para poder afrontar la nueva situación de una manera adecuada. Aunque el divorcio es un suceso difícil y estresante para los hijos/as, los problemas a largo plazo son evitables, especialmente si se favorecen espacios para identificar, aceptar y manejar las emociones y pensamientos que suelen tener los/as hijos/as tras la separación y el divorcio.

El programa Egokitzen-infantil tiene un enfoque experiencial y, por lo tanto, las 10 sesiones se centran en dinámicas, juegos y actividades adaptadas a su nivel de desarrollo cognitivo y emocional, y que facilitan que los/as niños/as se muestren motivados/as e interesados/as y puedan experimentar con sus propias emociones, pensamientos y comportamientos los contenidos teóricos propuestos.

Los objetivos y contenidos principales de cada una de las sesiones son los siguientes:

En la sesión 1 ("*Conocernos unos a otros*") se busca establecer el grupo como un sitio seguro y de apoyo y clarificar su objetivo principal: ayudar a los/as niños/as a entender mejor el divorcio y manejar los sentimientos y los problemas que algunas veces se derivan de este proceso de divorcio. Otra de las tareas de esta sesión es elegir un nombre para el grupo y presentar la marioneta, que será un personaje cuyos padres también están divorciados y que pretende ser de ayuda para generar cohesión de grupo entre los/as niños/as.

La sesión 2 ("*Sentimientos*"), pretende ayudar a los/as niños/as a reconocer e identificar los sentimientos en sí mismos y en los demás y trata de introducir los sentimientos básicos y algunos conceptos relacionados con los sentimientos. Es por ello que se centra en identificar, desarrollar vocabulario relativo a los sentimientos, e introducir conceptos relacionados como la universalidad de las emociones. Los dibujos de expresiones faciales y el juego del "Cajón de Sastre de los Sentimientos" se utilizan para facilitar a los/as niños/as la comprensión de los sentimientos.

La sesión 3 ("*Mi familia es única*"), se centra en facilitar a los/as niños/as la conciencia, expresión y aceptación de los sentimientos relacionados con el divorcio. Asimismo, se consideran los conceptos comunes y las concepciones erróneas del divorcio. Para ello, se comienza recordando algunas de las cuestiones del cierre de la sesión previa y se señala que hay "algo sobre lo que todo el mundo tiene sentimientos". Se emplean las cartas de tipos de familias para promocionar la conciencia y la aceptación de las familias no tradicionales. Posteriormente se utilizan figuras


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

familiares de madera o de plástico para identificar, reflejar y compartir sus propias situaciones familiares, y se aplican palabras y conceptos relativos a los sentimientos de las experiencias de divorcio de los/as niños/as.

La sesión 4 ("*Desarrollo de habilidades en resolución de problemas*") introduce los cuatro pasos para resolver problemas. A los/as niños/as se les pide que generen soluciones a situaciones problemáticas descritas en los dibujos, anticipen las consecuencias y evalúen las soluciones. Elegir la mejor opción implica, primero, la anticipación y, después, la evaluación de las posibles consecuencias de cada una.

La sesión 5 ("*Cuestiones relacionadas con el divorcio… resolviendo problemas con marioneta*"), aplica los pasos de la solución de problemas sociales a los problemas relacionados con el divorcio. Las marionetas que usan los/as conductores/as y los/as niños/as ayudan a aplicar estas habilidades de afrontamiento aprendidas a típicos problemas interpersonales relacionadas con el divorcio de niños/as de mediana infancia (Ej.: miedo de abandono, conflictos de lealtad, anhelo por el padre que no tiene la custodia).

El objetivo principal de la sesión 6 ("*Problemas resolubles vs problemas irresolubles*"), es que los/as niños/as aprendan a diferenciar entre los problemas que ellos/as pueden resolver y aquellos que no. Los/as niños/as que entienden y aceptan que algunos problemas relacionados con el divorcio están más allá de su control (ej.: son "irresolubles"), se sentirán menos culpables, menos frustrados y confusos. Un segundo objetivo de esta sesión es que los/as niños/as apliquen las habilidades de solución de problemas a situaciones personales de la vida real.

La sesión 7 ("*Relación entre el/la niño/la y los padres*") se centra en las percepciones y sentimientos personales de los/as niños/as sobre el divorcio y sobre los problemas entre padres e hijos/as mediante el uso de un libro, actividades de preguntas y respuestas, y el empleo de marionetas. Se ayuda a los/as niños/as a entender los sentimientos de sus padres, una vez ya trabajados los suyos propios en sesiones anteriores. Las habilidades en resolución de problemas son aplicadas a los escenarios-problema en los juegos.

La sesión 8 ("*Consolidación de Habilidades. El Juego "Mi familia ha cambiado*") utiliza un juego de mesa para revisar y consolidar conceptos importantes del programa como las habilidades de solución de problemas y fomentar una mayor exploración de las cuestiones relacionadas con los padres/madres.

La sesión 9 ("*Soy especial en este grupo*") persigue mejorar la autoestima de los/as niños/as y centrarse en los cambios positivos que la familia ha experimentado desde la separación o el divorcio de los padres. Para ello, los niños/as completarán el libro "Soy especial" y jugarán al juego "Eres Una Persona Especial". Un segundo objetivo de esta sesión será debatir con los/las niños/as la terminación del grupo.

Y finalmente, la sesión 10 ("*Despidiéndose*") trata sobre las experiencias y sentimientos que los/as niños/as han generado sobre el grupo. Se anima a los/as niños/as a que mantengan la relación con los/as compañeros/as de grupo; y además se recuerdan e identifican otras personas (por ejemplo: padres, profesores/as, amigos/as) de los que pueden recibir apoyo. El grupo termina con una celebración y los/as niños/as reciben los Certificados de Logros.

El objetivo de este estudio es presentar el programa Egokitzen-infantil y analizar los datos de eficacia de este primer grupo piloto en función de las variables que se trabajan en el programa (percepción del conflicto interparental, inseguridad en el sistema familiar y regulación emocional) y su impacto en la salud general de los/as niños/as participantes. Se espera que los/as niños/as participantes mejoren significativamente en todas las variables tras la participación en el programa Egokitzen-infantil.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por 10 niños/as de entre 8 a 12 años y sus 10 padres/madres divorciadas y/o separadas (6 madres y 3 padres) de un rango de edad comprendido entre 38-47 años y una media de 43.70 (DT = 3.20). La media de número de hijos/as fue de 1.70 (DT = .67), con una media de edad para los hijos/as mayores de 10.12 (DT = 2.17) y de 7 (DT = 1.87) para los pequeños. El 50% de los hijos mayores y el 10% de los hijos pequeños eran chicos. El 80% de los/las participantes estaba divorciado/a y el 20% era pareja de hecho.

En relación a la custodia del hijo/a, el 90% de los progenitores participantes tenían la custodia exclusiva de los niños/as. El 50% de la muestra se ha divorciado de su pareja hace uno o dos años, el 20% hace tres años y el resto de la muestra se divorció hace más de tres años. Respecto al proceso de divorcio, el divorcio del 50% de los participantes se produjo por mutuo acuerdo, el otro 50% fue un proceso contencioso. En el 60% de los casos era la madre el progenitor custodio, el 80% refiere que ve todos los días a sus hijos/as y finalmente, el 50% de la


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

muestra indica que tras la separación, las relaciones con su ex-cónyuge son inexistentes.

El 30% de los menores ven a al padre/madre con el que no convive a diario todos los días. Por último, el nivel de conflicto interparental referido por el 30% de los participantes fue de 9 (en una escala de 0 a 10).

### *Instrumentos*

**Cuestionarios respondidos por uno de los progenitores**

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz y Roemer, 2004). Esta escala evalúa las dificultades en la regulación emocional a través de cuatro dominios: a) Comprensión y Entendimiento de las emociones; b) Aceptación de las emociones; c) Puesta en marcha de comportamientos dirigidos a un objetivo y modulación conductual y; d) Eficacia en la regulación. Se contesta a través de una escala tipo Likert que va de 1 = "*Rara vez o nunca*" a 4 = "*Casi siempre*". La consistencia interna del instrumento fue muy alta (α = .98) (Shields y Cicchetti, 1997).

Cuestionario KIDSCREEN (Versión española para padres sobre la calidad de vida de niños/as y adolescentes Kidscreen-52; Ravens-Sieberer et al., 2005). Este instrumento evalúa la calidad de vida relacionada con la salud de niños/as y adolescentes. Se trata de 10 escalas divididas en cinco dimensiones: a) Bienestar físico; b) Bienestar psicológico; c) Autonomía y Relación con los padres; d) Amigos y apoyo social y; e) Entorno escolar. Los ítems deben ser contestados en una escala tipo Likert que va de 0 = "*Nada*"/"*Nunca*" a 4 = "*Muchísimo*"/ "*Siempre*".

**Cuestionarios respondidos por los propios niños/as**

Children appraisals of interparental conflict for younger children. (CPIC-Y; Grych, 2000; Versión adaptada por Merino, 2014). Este instrumento evalúa la percepción del conflicto matrimonial a través de cinco escalas: a) Conflicto Constructivo; b) Conflicto Negativo; c) Agresión; d) Amenaza y; e) Autoculpa. Se contesta de manera dicotómica (*Sí/No*). Los índices de fiabilidad del cuestionario CPIC – Young oscilaron entre .45 a .81 (Conflicto negativo = .76, Conflicto positivo = .75, Agresión = .45, Amenaza = .81, Autoculpa = .68) (Merino, 2014).

Security in Family System (SIFS) (Forman y Davies, 2005; versión adaptada por Iriarte, 2012). Evalúa la seguridad emocional entendida como la confianza percibida en la familia como fuente de protección, estabilidad y apoyo. Los ítems deben ser contestados en una escala tipo Likert que va de 1 = "*Completamente en desacuerdo*" a 4 = "Completamente de acuerdo". Los índices de consistencia interna de las escalas fueron adecuados, desde .82 hasta .88. (Iriarte, 2012).

Cuestionario KIDSCREEN (Versión de autoinforme para niños/as y adolescentes Kidscreen-52; Ravens-Sieberer et al., 2005). Evalúa la calidad de vida relacionada con la salud de niños/as y adolescentes a través de 10 escalas agrupadas en cinco dimensiones: a) Bienestar físico; b) Bienestar psicológico; c) Autonomía y Relación con los padres; d) Amigos y apoyo social y; e) Entorno escolar. Los ítems deben ser contestados en una escala tipo Likert que va de 0 = "Nada"/"Nunca" a 4 = "Muchísimo"/ "Siempre". Respecto a la fiabilidad de cada una de las dimensiones del cuestionario KIDSCREEN-52, los índices de fiabilidad oscilaron entre .74 y .87 (Bienestar físico = .83, Bienestar emocional = .87, Estado de ánimo = .87, Autopercepción = .82, Autonomía = .88, Relación con los padres = .74, Apoyo social y relación con los amigos = .84, Ambiente escolar = .87, Aceptación social (Bullying) = .75 y Recursos económicos = .87 (Tebe et al., 2008).

### *Procedimiento*

El proyecto fue desarrollado en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de la red sanitaria de Osakidetza, con el que actualmente se tiene un acuerdo de colaboración. Los criterios de inclusión para participar en el grupo 1) que el nivel de conflicto interparental de los progenitores fuera alto y que 2) dieran el permiso para que sus hijos e hijas participaran en el grupo. Los criterios de exclusión fueron: 1) padecer trastornos psicopatológicos severos, es decir, si bien fueron admitieron alteraciones ansiosas o emocionales reactivas, no lo fueron aquellos con trastornos con entidad nosológica grave) y 2) continuar conviviendo con ambos progenitores en el mismo hogar.

La intervención fue llevada a cabo en un formato grupal con 10 menores entre 8 y 12 años. El programa se desarrolló en el propio centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Osakidetza.

Con el objetivo de analizar la eficacia del programa Egokitzen infantil se llevó a cabo un estudio cuasi-experimetal. En un primer momento, se llevó a cabo una valoración de los candidatos y candidatas a participar en el programa. Todos los sujetos seleccionados recibieron la intervención "Egokitzen-infantil". Una vez seleccionados, se registró la línea base de las variables de


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

interés tanto a los/las menores como a sus progenitores y se inició la intervención con el grupo. La intervención está protocolizada para realizarse en diez sesiones de periodicidad semanal (diez semanas en total). Tras la finalización de la intervención se aguardaron seis semanas para llevar a cabo la evaluación post-tratamiento tanto a los/las menores como a sus progenitores (periodo requerido por la investigación para la consolidación de las destrezas adquiridas). El estudio contempla los supuestos éticos vinculados con la voluntariedad, la confidencialidad de los datos, el riesgo mínimo, etc. Se cuidarán las condiciones para la comodidad de los asistentes. Los padres y madres participantes firman un consentimiento informado y se comprometen a informar al otro cónyuge. Este proyecto de investigación fue aprobado por la Red de Salud Mental Infanto-juvenil de Osakidetza (Bizkaia).

Tabla 1. Diferencias de medias en la percepción del conflicto interparental, inseguridad en el sistema familiar y desregulación emocional en el pre-tratamiento y post-tratamiento.

| | N | P1 | | P2 | | *t* | *p* | *d* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | M | DT | M | DT | | | |
| Percepción del conflicto interparental (H) | | | | | | | | |
| Amenaza | 5 | 1.20 | .84 | 2.20 | 2.50 | -.88 | .43 | -.54 |
| Autoculpa | 3 | 3.67 | .58 | 3.33 | .58 | .50 | .67 | .59 |
| Conflicto negativo | 5 | 2.40 | 1.82 | 1.80 | 2.17 | .65 | .55 | .30 |
| Conflicto positivo | 7 | .57 | 1.34 | .71 | 1.25 | -1.00 | .36 | -.11 |
| Agresión | 7 | 3.00 | 3.56 | 1.86 | .38 | .86 | .42 | .45 |
| Inseguridad en el sistema familiar (H) | 6 | 40.67 | 8.12 | 35.33 | 8.50 | 1.44 | .20 | .64 |
| Preocupación | 7 | 16.57 | 4.20 | 12.71 | 4.61 | 2.18 | .07 | .87 |
| Inseguridad | 7 | 10.71 | 3.09 | 9.14 | 2.03 | .29 | .78 | .60 |
| Desapego | 7 | 13.57 | 3.73 | 12.86 | 3.98 | .99 | .35 | .13 |
| Desregulación emocional (P) | 8 | 26.00 | 3.89 | 28.63 | 4.47 | .90 | .41 | -.63 |

Nota: P1 = Pre-tratamiento; P2 = Post-tratamiento; (H) = evaluado desde los/as hijos/as; (P) = evaluado desde los padres

### *Estrategia de análisis*

La evaluación del programa de intervención se realizó en 2 fases, la primera fase (P1) fue la evaluación pre-tratamiento y la segunda fase (P2) consistió en la evaluación post-tratamiento del programa. Con el objetivo de comprobar si existían diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las variables de interés entre el pre-tratamiento y post-tratamiento, se empleó una t de Student para muestras relacionadas, con un nivel de significación de $p \leq .05$. El tamaño del efecto se calculó a través de la d de Cohen, por lo que valores menores a .50 fueron considerados pequeños, hasta .80 medios y a partir de .80 altos.

## RESULTADOS

Los resultados apuntan a que no hay diferencias estadísticamente significativamente en ninguna de las variables psicológicas percibidas por los hijos/as y padres/madres entre el pre-tratamiento y post-tratamiento. Únicamente la dimensión Preocupación en el sistema familiar resultó ser parcialmente significativa. Aun así, el tamaño del efecto de las diferencias en variables como Inseguridad en el sistema familiar y Regulación Emocional fue medio mientras que el tamaño del efecto en Preocupación en el sistema familiar fue alto (Véase Tabla 1).

En la Tabla 2 se observa que sí que hay diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y post-tratamiento en las variables de Salud Emocional. Autopercepción y Recursos Económicos percibidos por los hijos/as, siendo mayores las puntuaciones en las tres variables tras la participación de los/las menores en el programa. En cuanto al tamaño del efecto, éste fue medio en variables como Bienestar Psicológico y alto en Salud Emocional, Autopercepción, Autonomía Personal y Recursos Económicos. Y finalmente, la puntuaciones obtenidas en la satisfacción con la intervención por parte de los/las menores (M = 8.33; DT = 2.92) y el apoyo percibido por parte del grupo (M = 7.68; DT = 2.69) medido en una escala de 1 a 10 se situaron por encima de la media.

En cuanto las diferencias de medias en las variables de salud percibidas por los padres/madres en el pre-tratamiento y post-tratamiento, los resultados apuntan a que sí que hay diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y post-tratamiento en la Ausencia de Conflictos con Iguales. Los padres perciben una mayor ausencia de conflictos de sus hijos/as con los iguales tras el paso por el programa. También se observaron diferencias marginalmente significativas en la Autopercepción, es decir, los progenitores perciben que sus hijos/as tienen una mejor autopercepción de sí mismos tras haber participado en el grupo. El tamaño del efecto de las dife-


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

Tabla 2. Diferencias de medias en las variables de salud percibidas por los/as HIJOS/AS en el pre-tratamiento y post-tratamiento

| | N | P1 | | P2 | | *t* | *p* | *d* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | M | DT | M | DT | | | |
| Salud física (H) | 8 | 18.75 | 2.05 | 22.75 | 14.76 | -0.79 | .45 | -.38 |
| Bienestar psicológico (H) | 7 | 25.71 | 4.03 | 27.86 | 1.95 | -1.95 | .10 | -.68 |
| Salud emocional (H) | 6 | 25.83 | 6.43 | 31.00 | 3.80 | -2.74 | .04 | -.98 |
| Autopercepción (H) | 6 | 19.50 | 3.99 | 22.83 | 2.32 | -3.37 | .02 | 1.02 |
| Autonomía personal (H) | 5 | 18.00 | 4.18 | 22.00 | 3.74 | -1.16 | .31 | -1.01 |
| Relación familiar (H) | 7 | 25.71 | 3.55 | 25.00 | 5.29 | 0.40 | .71 | .16 |
| Recursos económicos (H) | 8 | 9.00 | 3.42 | 12.75 | 2.38 | -2.84 | .03 | -1.27 |
| Relaciones sociales (H) | 8 | 25.38 | 4.44 | 25.75 | 2.71 | -0.27 | .80 | -.10 |
| Satisfacción escolar (H) | 8 | 24.88 | 3.14 | 24.75 | 5.20 | 0.05 | .96 | .01 |
| Ausencia de conflictos con iguales (H) | 8 | 11.25 | 2.96 | 12.13 | 2.48 | -0.90 | .40 | -.32 |
| Salud física (P) | 8 | 15.38 | 3.20 | 17.13 | 1.13 | -1.34 | .22 | -.73 |
| Bienestar psicológico (P) | 9 | 22.11 | 3.95 | 23.22 | 2.82 | -0.72 | .49 | -.32 |
| Salud emocional (P) | 8 | 25.75 | 7.50 | 29.75 | 3.96 | -1.38 | .21 | -.67 |
| Autopercepción (P) | 8 | 18.38 | 3.82 | 19.88 | 3.14 | -2.12 | .07 | -.43 |
| Autonomía personal (P) | 8 | 19.50 | 2.98 | 19.13 | 2.64 | 0.24 | .81 | -.13 |
| Relación familiar (P) | 8 | 26.13 | 3.31 | 26.00 | 3.55 | 0.11 | .92 | -.04 |
| Recursos económicos (P) | 9 | 12.67 | 3.43 | 11.44 | 4.04 | 0.75 | .48 | .33 |
| Relaciones sociales (P) | 9 | 24.44 | 5.18 | 25.22 | 3.42 | -0.58 | .58 | -.18 |
| Satisfacción escolar (P) | 9 | 23.89 | 3.59 | 24.44 | 4.04 | -0.49 | .64 | -.14 |
| Ausencia de conflictos con iguales (P) | 9 | 10.56 | 2.92 | 12.67 | 1.94 | -0.14 | .04 | -.85 |

Nota: P1 = Pre-tratamiento; P2 = Post-tratamiento; (H) = evaluado desde los/as hijos/as; (P) = evaluado desde los padres

rencias fue medio en el caso de variables como la Salud Física y Emocional y alto en Ausencia de Conflictos con los Iguales.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio era presentar el programa Egokitzen-infantil y, por ello, se detallaron los objetivos y actividades principales de cada sesión en el apartado de introducción. Además, se pretendía analizar los datos de eficacia del primer grupo piloto de Egokitzen-infantil que han sido recogidos en el apartado anterior.

El objetivo de Egokitzen-infantil es ayudar a los/as niños/as en la gestión de sus procesos emocionales y cognitivos derivados de la situación de divorcio o separación de sus padres para poder afrontar la nueva situación de una manera adecuada. Por lo tanto, la percepción del conflicto interparental, la inseguridad en el sistema familiar y las estrategias de regulación emocional de los/as niños/as son variables claves que se abordan en las diferentes sesiones del programa. Por ello, se escogieron estas variables como indicadores del impacto del programa.

Respecto a la percepción infantil del conflicto interparental, a pesar de no haber diferencias significativas entre las puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento, se podría decir que parece haber indicios del potencial del programa Egokitzen-infantil en la reducción de los sentimientos de autoculpa generados por el conflicto interparental, no siendo así con los sentimientos de amenaza.

Por otro lado, existe una diferencia significativa en los niveles de preocupación de los/as niños/as asociada a la inseguridad en el sistema familiar, siendo mucho menores (con un tamaño de efecto grande) tras la participación en el programa. Puesto que Egokitzen-infantil se ha desarrollado partiendo del programa Children of Divorce (CODIP), no sorprende constatar que este resultado es congruente con las investigaciones llevadas a cabo por Pedro-Carroll et al. (1985, 1986, 1992) que demostraron una reducción en los sentimientos de inseguridad tras participar en ese programa.

Por último, respecto a la variable de regulación emocional no existen diferencias significativas, aunque sorprende que el tamaño de la diferencia de esta puntuación sea medio y en dirección contraria a la esperada, pues los padres y madres de los/as niños/as participantes


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

han reflejado mayores puntuaciones post-tratamiento de desregulación emocional. Una posible explicación a este resultado podría ser que el abordar en el grupo de intervención temáticas relacionadas con la complicada situación de divorcio de estas familias haya podido remover procesos internos emocionales de los/as niños/as y los padres y madres hayan percibido esta desregulación emocional como consecuencia de un escaso control por partes de los/as niños/as de las emociones asociadas a esa situación y que se puede traducir en impulsividad y reactividad emocional (Zeman, Cassano, Perry-Parrish y Stegall, 2006).

En relación al impacto del programa Egokitzen-infantil en la salud general de los/as niños/as participantes se puede deducir que ha sido limitado, pues apenas se hallan diferencias significativas. Sin embargo, parece que la percepción que los/as niños/as tienen de sí mismos/as es un aspecto susceptible de cambio a través de la participación en Egokitzen-infantil, reflejada en la mejora de la percepción de los/as propios/as hijos/as sobre sí mismos/as, así como en la mejora de la percepción de los padres y madres sobre la autopercepción de sus hijos/as tras haber participado en el programa. Concretamente, la sesión 2 y la sesión 9 se centran en trabajar una valoración positiva de sí mismos/as, tanto a nivel emocional (sesión 2) como personal (sesión 9), y este resultado podría estar reflejando la utilidad de este tipo de actividades.

Por último, existen determinados aspectos donde sólo los/as propios/as hijos/as perciben diferencias pre-tratamiento y post-tratamiento, como son la mejora de la salud emocional y la mayor disponibilidad de recursos económicos para sus gastos de ocio, mientras que los padres y madres perciben diferencias significativas en otras áreas, como es el menor número de conflictos con los iguales. Este resultado evidencia una vez más la necesidad de tener en cuenta tanto la percepción de los padres y madres, así como la auto-percepción de los/as propios/as niños/as para poder definir los procesos con mayor precisión (Gracia, 2002).

Antes de concluir, cabe mencionar las principales limitaciones de este estudio piloto: el reducido tamaño de la muestra y la ausencia de un grupo control. Las líneas futuras en este sentido deben seguir recogiendo datos de otros/as niños/as participantes en grupos de Egokitzen-infantil para ganar en representatividad y potencia estadística, así como incluir grupo control en el diseño experimental, lo cual nos permitiría realizar afirmaciones más contundentes respecto a la eficacia del programa, teniendo en cuenta, al mismo tiempo, variables contaminantes como el simple paso del tiempo. Por todo ello, se ve necesaria la continuación de este proyecto a través de la implementación de mayor número de grupos de intervención de Egokitzen-infantil en diferentes localidades y con un diseño experimental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Alpert-Gillis, L. J., Pedro-Carroll, J. L. y Cowen, E. L. (1989). Children of Divorce Intervention Program: Development. implementation and evaluation of a program for young urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 583–587.

Amato, P. R. (2001). Good enough marriages: Parental discord divorce and children's long-term well-being. *Virginia Journal of Social Policy & the Law, 9*, 71.

Arbuthnot, J. y Gordon, D. A. (1996). Does mandatory divorce education work: a six-month outcome evaluation? *Family Conciliation Courts Review, 34* (1), 80-81.

Bolen, R. (1993). Kid's turn: Helping kids cope with divorce. *Family and Conciliation Courts Review, 31*(2), 249-254.

Buchanan, C. M. y Heiges, K. L. (2001). When Conflict Continues after the Marriage. En J.H. Grych y F. D. Fincham (Eds.). *Interparental conflict and child development: Theory. Research and applications* (pp. 337-360). New York: Cambridge University Press.

Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J. y Pemberton, S. (1997). Interparental conflict and youth problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies, 6*, 233-247.

Cantón, J., Cortés, M. R. y Justicia, M. D. (2007). *Conflictos matrimoniales. Divorcio y Desarrollo de los hijos*. Madrid: Pirámide.

Castells, P. (1993). *Separación y divorcio. Efectos psicológicos en los hijos. Como prevenirlos y curarlos*. Barcelona: Cedecs.

Cummings, E. M., Schermerhorn, A. C., Davies, P. T., Goeke-Morey, M. C. y Cummings, J. S. (2006). Interparental discord and child adjustment: Prospective investigations of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development, 77* (1), 132-152.

De la Torre, J. (2005). Las relaciones entre padres e hijos después de las separaciones conflictivas. *Apuntes de Psicología, 23* (1), 101-112.

Domenech, A. (1994). *Mujer y divorcio: de la crisis a la independencia*. Valencia: Promolibro.

Durkin, C. y Mesie, J. (1994). Children in separated



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

families: A group-based intervention strategy. *Child Abuse Review, 3* (4), 285-298.

Ellis, M. (2000). *Divorce wars. Interventions with families in conflict*. Washington: American Psychological Association.

Forman, E. M. y Davies, P. T. (2005). Assessing children's appraisals of security in the family system: The development of the Security in the Family System (SIFS) scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46* (8), 900-916.

Gilman, J., Schneider, D., y Shulak, R. (2005). Children's ability to cope post-divorce: The effects of kids' turn intervention program on 7 to 9 year olds. *Journal of Divorce & Remarriage, 42* (3-4), 109-126.

Gracia, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: *Percepciones de padres e hijos. Psicothema, 14* (2), 274-279.

Grych, J. H. (2000). *The Young Children's Perception of Interparental Conflict Scales*. Unpublished manuscript.

Grych, J. H. (2005). Interparental conflict as a risk factor for child maladjustment. Implications for the development of prevention programs. *Family Court Review, 43* (1), 97-108.

Grych, J. H., Harold, G. T. y Miles, C. J. (2003). A prospective investigation of appraisals as mediators of the link between interparental conflict and child adjustment. *Child Development, 74* (4), 1176-1193.

Hetherington, E. M. y Stanley-Hagan, M. M. (1997). The effects of divorce on fathers and their children. In M. E. Lamb (Eds.). *The role of the father in child development* (pp. 191-211). New York: Wiley.

Instituto Nacional de Estadística (2012). Notas de presa: Estadísticas de nulidades. separaciones y divorcios año 2012 [Press Release; Statistics of annulments. separation. and divorces. 2012].

Iriarte, L. (2012). *Adaptación española del Security in Family System*. Manuscrito sin publicar.

Kids First Center (2008). Kids First. What kids want grown-ups to know about separation & divorce. USA: Portland.

Martínez-Pampliega, A. I. (2007). Estructura o conflicto. ¿Familias divorciadas o familias conflictivas? *Letras de Deusto, 37* (115), 71-92.

Martínez-Pampliega, A., Aguado, V., Corral, S., Cormenzana, S., Merino, L. y Iriarte, L. (2015) Protecting Children After a Divorce: Efficacy of Egokitzen—An Intervention Program for Parents on Children's Adjustment. *Journal of Child and Family Studies, 1-11*. doi: 10.1007/s10826-015-0186-7

Martínez-Pampliega, A., Sanz, M., Cosgaya, L. y Nolte, M. (2004). El impacto del conflicto matrimonial en el bienestar psicológico de los hijos/as. *Letras de Deusto, 34* (103), 35-60.

Merino, L. (2014). *Adaptación española del Children appraisals of interparental conflict for younger children*. Manuscrito sin publicar.

Morgado, B. (2008). *Experiencia del divorcio parental y ajuste psicológico infantil*. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla: España.

Pedro-Carroll, J. (2005). Fostering resilience in the aftermath of divorce: The role of evidence-based programs for children. *Family Court Review, 43* (1), 52-64.

Pedro-Carroll, J. (1997). The children of divorce intervention program: fostering resilient outcomes for school-aged children. In G. W. Albee y T. Gullotta (Eds.). *Primary prevention works* (pp. 213-238). Thousand Oaks. CA: Sage.

Pedro-Carroll, J. L., Alpert-Gillis, L. J. y Cowen, E. L. (1992). An evaluation of the efficacy of a preventive intervention for 4th-6th grade urban children of divorce. *Journal of Primary Prevention, 13*, 115-130.

Pedro-Carroll, J. L. y Cowen, E. L. (1985). The Children of Divorce Intervention Project: An investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 603–611.

Pedro-Carroll, J. L., Cowen, E. L., Hightower, A. D. y Guare, J. C. (1986). Preventive intervention with latency-aged children of divorce: A replication study. *American Journal of Community Psychology, 14* (3), 277-290.

Pérez-Testor, C., Davins, M., Valls, C. y Aramburu, I. (2009). El divorcio: una aproximación psicológica. *Universidad Ramon Llull, 2*, 39-46.

Sanz, M., Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, L. y Cosgaya, L. (2007). El impacto del conflicto marital en el consumo de drogas en los hijos e hijas. *Letras de Deusto, 37* (115), 47-69.

Sanz, M., Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Muñoz-Eguileta, A., Galíndez, E., Cosgaya, L. y Nolte, M. (2004). *El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas*. Bilbao: AEFFA.

Shields, A., y Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology, 33*(6), 906-916. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.33.6.906


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

Shinar, E. H. (2008). To wed or not to wed: Intervention strategies with adult children of divorce. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 7* (1), 59-69.

Stocker, C. M., Richmond, M. K., Low, S. M., Alexander, E. K. y Elias, N. M. (2003). Marital conflict and children's adjustment: Parental hostility and children's interpretations as mediators. *Social Development, 12* (2), 149-161.

Stolberg, A. L. y Garrison, K. M. (1985). Evaluating a primary prevention program for children of divorce: The Divorce Adjustment Project. *American .Journal of Community Psychology, 13*, 111–124.

Stolberg, A. L. y Mahler, J. (1994). Enhancing treatment gains in a school-based intervention for children of divorce through skill training. parental involvement. and transfer procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62* (1), 147.

Tebe, C., Berra, S., Herdman, M., Aymerich, M., Alonso, J. y Rajmil, L. (2008). Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente. *Medicina clínica, 130* (17), 650-654.

The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Vélez, C., Wolchick, S. A. y Sandler, I. N. (2012). Interventions to help parents and children through separation and divorce. In R. E. Tremblay, M. Boivin, y R. D. Peters (Eds.). Encyclopedia on early childhood development (online). Retrieved from: http:/ /www. child-encyclopedia. com/ documents/ Velez-Wolchik-SandlerANGxp1.pdf.

Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. y Stegall, S. (2006) Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP, 27* (2), 155-68.


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

# NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista ***Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*** de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los originales se enviarán por correo electrónicoen tamaño DIN A-4 y deberán estar escritos con un inter lineado de 1,5; con letra Times New Roman, tamaño 12 y sin numerar. Su extensión máxima será de 25 folios incluyendo el texto, bibliografía, tablas, dibujos, figuras y gráficos.

2. La primera página constará de:

a) *Nombre principal de autor/es y dos apellidos* (aparecerán 3 en el título principal, pudiéndose añadir más a pie de página); profesión y entidad (centro de trabajo),dirección de correspondencia (postal y e-mail); número de teléfono o fax.

b) *Título y resumen* del artículo en castellano e inglés obligatorio, pudiéndose añadir otros idiomas. El resumen no podrá superar las 150 palabras. PALABRAS CLAVE: entre 3 y 5 palabras que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo en ambos idiomas.

3. *Notas a pie de página*: se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.

4. *Tablas, dibujos, figuras y gráficos*: Se presentarán también en formato Word a continuación del trabajo, numeradas en orden de aparición en el texto. Cada una de ellas debe tener un título o pie en castellano e inglés.

5. *Bibliografía*: Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association 6th edition) entre las que recordamos:

- Las referencias bibliográficas deberán ser ordenadas alfabéticamente en una lista. Cuando exista más de una referencia sobre el mismo autor, se deberán ordenar comenzando por la más antigua.

- Las referencias bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación. Ej. (Bion, 1962) y para referenciar trabajos de un mismo autor/es de la misma fecha se añadirán letras a, b, c, etc al año, que siempre será el mismo. Ej. (Freud, 1900a, 1900b).

- Referencias bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una “y”); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos, y editorial. Para señalar los libros traducidos se añade al final la referencia “Orig.” Y el año entre paréntesis.Ejemplo:

  Lebovici, S. y Soulé, M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig.1970).

- Referencias bibliográficas de capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con “En” las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed.ocomp., añadiendo una “s” en caso de plural (eds.); el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial. Ejemplo:

  Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.), *Manual de psicología patológica* (pp. 43-81). Barcelo-


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

na: Toray-Masson (Org. 1975).

- Referencias bibliográficas para revistas: autor; año (entre paréntesis); título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n.º entre paréntesis sin estar separados del vol. cuando la paginación sea por número, y página inicial y final. Ejemplo:
  Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19/20, 5-24.

Para más información consultar el Manual de la APA anteriormente citado.
http://www.apa.org

## INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los trabajos deberán ser enviados a publicaciones@sepypna.com enviándose de vuelta un e-mail de confirmación de la recepción. No podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales.

El Comité Editorial enviará los trabajos recibidos al Comité Asesor, quien realizará una "revisión por pares"

El Comité Editorial decidirá sobre la conveniencia de la publicación, reservándose el derecho de realizar modificaciones en el estilo de los textos y de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación. En casos puntuales el Comité Editorial podrá valorar la reedición de artículos de interés

La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerá exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.

Los autores cuyos artículos hayan sido aceptados para su publicación recibirán un ejemplar de la revista en el que han sido incluidos.


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

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

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

# BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA SOCIEDAD

D/Dña .....

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

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

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

Teléfono ..... / ..... E-mail .....

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

☐ ..... Firma

☐ ..... Firma

(*)

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

## Orden bancaria

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

**TITULAR DE LA CUENTA**
D/Dña .....
Firma

Según lo dispuesto en la Ley 15/1999, de Protección de datos, los datos solicitados formarán parte de un fichero de clientes debidamente inscritos en la Agencia de Protección de Datos y propiedad de la Empresa **SEPYPNA** con **CIF G-78528288** con domicilio en **C/Paseo de la Castellana 144 4ª Pta 3 28046 Madrid**. Recabar estos datos tiene por objeto **GESTIÓN DE SOCIOS** y no serán cedidos a terceros bajo ningún concepto sin su expresa autorización. Usted tiene derecho a recibir respuesta de cualquier pregunta, consulta o aclaración que le surja derivada de este cuestionario. Igualmente tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación, de sus datos mediante escritos a la dirección antes indicada o por correo electrónico a **sepypna@sepypna.com**

# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

## SUSCRIPCIÓN ANUAL (2 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA ..... 60 €

EXTRANJERO ..... .130 $

*Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre*

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial
C/ Jeréz, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: 91 6395965
**email: mpazle@seleneeditorial.com**

**DIRECCIÓN DE ENVÍO**

**Nombre y apellidos** .....
**Dirección** ..... **Nº** ..... **Piso** .....
**Cód. Postal** ..... **Población** .....
**Provincia** ..... **Especialidad** .....
NIF .....

**FORMA DE PAGO:**

☐ **CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO**

☐ **DOMICILIACIÓN BANCARIA**

**ORDEN DE PAGO, DOMICIALIACIÓN BANCARIA**

**Nombre del titular de la cuenta** .....
**Banco** ..... **C/C Nº** .....
**Caja de ahorros** ..... **C/C Nº** .....
**Sucursal** ..... **Calle** ..... Nº .....
**Cód. Postal** ..... **Población** .....
**Provincia** ..... **Teléfono** .....
**IBAN** .....

**Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente)**

..... **de** ..... **de** .....

FIRMA DEL TITULAR

# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 63 - Marzo 2017

**Entrevista con Luis Feduchi: Hospitales de día de adolescentes**
*Luis Feduchi* 9

**Retos creativos en las psicoterapias con niños y adolescentes adoptados**
*Alicia Monserrat y Mayte Muñoz Guillén* 17

**Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia**
*Mark Dangerfield* 29

**Los padres de adolescentes adoptados en el trabajo clínico. Fantasías, inquietudes y conflictos**
*Vinyet Mirabent Junyent* 49

**Programa AGIRA (2007-2015): Números para una reflexión**
*Josep Mª Brun, Núria Aixandri y Susanna Olives* 63

**El sentido de la vida en universitarios españoles**
*Mª Victoria Moreno García, Ana Risco Lázaro y Nieves Barahona* 75

**El duelo perinatal por muerte gestacional tardía**
*Bárbara Morer Bamba, Beatriz Ayala Cuevas, María Burillo Gonzalvo, Alejandra Boullón Gómez y María José García Rubio* 85

**Desarrollo del programa de atención especifica a los trastornos mentales graves infantiles en la red de salud mental de Bizkaia**
*Begoña Solana, Cristina Jorquera, Consuelo Panera, Encarni Garran, Francisco Vaccari, Maria Irene Rodriguez, Miriam Azpiri y Gemma Cabús* 91

**Abordaje terapéutico de adolescentes con graves problemas de conducta en un centro de menores. Evolución de un caso**
*Olga Rodríguez Ochoa, Ángel Estalayo Hernández y Fernando González Serrano* 101

**Egokitzen infantil: The efficacy analysis of a group intervention program for children of divorced parents**
*Leire Gordo, Laura Merino y Ana Martínez Pampliega* 113

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.)