

LA PSICOTERAPIA EN EL PROCESO DE TRANSICIÓN HACIA LA ADOLESCENCIA*

Asunción Soriano Sala**

Al reflexionar sobre el paso de la infancia a la adolescencia, es necesario enmarcarlo en el contexto social ya que es el que ofrece los canales para que transite nuestro pequeño o pequeña protagonista. La fragilidad inherente a este periodo, hace más importante el peso de la estructura social que lo envuelve, por ello es imprescindible tenerlo en cuenta, hasta el punto de que puede afectar directamente en la valoración diagnóstica y las decisiones terapéuticas. Me gustaría remarcar la idea de canal o carril para transitar, en relación a la turbulencia y/o fragilidad personal con la que el púber vivirá su transición. La familia, la escuela, la sociedad y, por supuesto, nosotros desde nuestro papel profesional formamos parte mejor o peor de esos canales que deben favorecer el crecimiento. Éste es el gran reto de la pubertad.

Empezaré con una anécdota: este verano, visitando la Guajira colombiana, estuvimos en contacto con la cultura Wayuu y nos explicaron un rito de paso para las niñas. En el momento de la menarquía la niña es apartada de la comunidad, retirada a una choza y cuidada por algunas mujeres. Alimentada únicamente de líquidos durante unos días, pasados los cuales la niña sale de la choza y vomita, dato que se interpreta, según

* Ponencia presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro (Ciudad Real) del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Psiquiatra, Psicoanalista de la SEP-IPA. Coordinadora del Hospital de Día para Adolescentes de la Fundació Hospital Sant Pere Claver. Barcelona.

nos contaron, como que “expulsa la infancia”. A partir de ese momento vive durante un año “aprendiendo a ser mujer”, sobre todo el arte de tejer, y también comerciar con los tejidos y con la pesca que realiza el hombre. Los hombres que desean casarse, saben que la mujer está en ese proceso de aprendizaje y que han de esperar. Cuando finaliza, está en disposición de casarse y de acceder a la vida adulta y a la sexualidad.

De este relato destacaría algunos elementos básicos que son comunes en este proceso:

1. Los cambios puberales (menarquia), como signo inefable de inicio del periodo de transición.
2. El tiempo de espera y elaboración.
3. El aprendizaje, como preparación para la vida adulta.
4. La simbolización de la pérdida de la infancia a través del vómito.
5. El paso a la adultez que implica, saber trabajar y casarse.

Es evidente que la mayoría de estas culturas ofrecen un camino rígido a través del cual vivir este proceso de transición. Parecería un “buen remedio” para la incertidumbre de este momento de la vida.

En el otro extremo encontramos nuestra sociedad, que parece decantarse hacia la difuminación de los márgenes entre infancia, adolescencia y adultez (Neil Postman, 1994). El púber tiene que hacer su proceso, en el que también necesita tiempo, aprendizaje, contención. Es un riesgo que el niño en su paso a adolescente, se vea expuesto al mundo adulto sin el necesario acompañamiento, casi sin periodo de transición, pero también lo es, cuando recibe diferentes mensajes contradictorios en los que parece que se le empuje a crecer con rapidez a la vez que se le sobreprotege y fragiliza. Los adolescentes pueden encontrarse faltos de una sociedad y una familia que le aporte un espacio, un tiempo y una capacitación en el que poder vivir con protección esta transformación.

Como todo proceso de cambio, es un momento delicado y aparecerán dificultades que pueden ir desde organizaciones mentales bastante saludables, a patología psiquiátrica, pasando por cuadros clínicos poco claros que requerirán de nuestro

esfuerzo, atención profunda y modestia para establecer un diagnóstico y sobre todo para encontrar la orientación terapéutica más adecuada a cada caso.

Estamos pues apuntando a la necesidad de prudencia en las afirmaciones diagnósticas. En este momento pueden aparecer síntomas que son transitorios debido, por un lado, a la sensibilidad específica a los factores ambientales y, también, al momento evolutivo en el que la personalidad va madurando a base de avances y retrocesos puesto que aún no está estructurada.

La ayuda terapéutica en este momento de la vida ha de suponer una oferta de reconstrucción u organización, del “carril” para que se de esta transición natural. De alguna forma hemos de ofrecer una estructura de espacio, tiempo y relación en la que pueda darse el proceso de elaboración necesario y desencadenado por los cambios físicos que implican la pubertad.

Hablaremos, en primer lugar, de la psicoterapia, cuándo, cómo, con qué matices. En segundo lugar de otras posibilidades terapéuticas como: tratamiento familiar, apoyo educativo, intervenciones desde el trabajo social, medicación, etc. Es necesario pensar en cada caso que “menú” será el más adecuado, pero ahora nos centraremos en aquellos pacientes en los que nuestra intervención principal será la psicoterapia.

LA PSICOTERAPIA POSIBLE

Centraré la discusión en nuestra función terapéutica en este periodo. ¿Qué es lo que cura? ¿Qué es lo que ayuda? No me detendré en explicar conceptos teóricos, pero sí los tendré en cuenta, ya que dan soporte a las diferentes modalidades técnicas. Sobre todo trataré de compartir aquellas observaciones clínicas que nos hacen modificar o matizar algunos aspectos del trabajo cotidiano para encontrar las herramientas que sean más útiles a nuestros jóvenes pacientes y sus familias.

En la medida que se abandona la latencia, se va ganando capacidad de introspección, de pensamiento abstracto y por tanto de un inicio de observación y de análisis de sí mismo.

Son estos púberes que van adquiriendo capacidad de introspección, los que realmente pueden beneficiarse de una psicoterapia sustentada principalmente en la relación de observación de su mundo interno.

Es un trabajo fundamentalmente individual entre adolescente y terapeuta. Son terapias en las que la familia no interviene o muy poco y que tienen como objetivo potenciar los aspectos más adultos del adolescente y su autonomía, por ello se trata de pacientes con un cierto nivel de conciencia de conflicto interno y de sufrimiento, que tiene como consecuencia un interés en hablar, pensar, ser escuchados, escuchar. Normalmente la sintomatología que les lleva a nuestra consulta es fundamentalmente interna.

¿Tiene algo de particular la psicoterapia en este momento? Creemos que sí y por ello nombraremos algunas cuestiones que nos parecen significativas.

Nuestro paciente aparece como un mosaico cambiante, tiene en diversos momentos edades diversas, su diálogo puede ser de lo más infantil a ser capaz de reflexiones, críticas o pensamientos que ya aparecen como más adultos.

A nivel técnico esto implica un rápido reconocimiento de lo más maduro para apuntalarlo, a la vez que no apartamos la mirada de aquello que coexiste menos evolucionado y que probablemente dará origen a síntomas. Implica también ser muy flexibles, a menudo sienten como una grave ofensa ser tratados como niños, “aquel terapeuta que me hizo dibujar”. Por otro lado, en ocasiones, no queda otro remedio que usar técnicas de dibujo o juego si el paciente lo requiere. No resulta sencillo sabernos situar en el punto evolutivo en el que se encuentra, teniendo en cuenta que este puede sufrir variaciones, incluso en la misma sesión.

Stefan Zweig describe esto muy claramente en su novela *Ardiente secreto*: “De golpe había desaparecido la inhibición del principio, y la pasión, contenida por el miedo rebosaba. En una transformación rápida como el rayo, el niño de antes, se había convertido en un muchacho desenvuelto”.

El psicoterapeuta que atiende a un púber ha de tener en su mente que su aportación fundamental es apoyar el crecimiento

o evitar las distorsiones de éste. En la línea de lo que decíamos anteriormente, sería ofrecer ese “canal” por el que transcurrir de una etapa a la otra, que implica siempre ayudar a sobrellevar la incertidumbre, la inseguridad y la espera.

Nos parece pues, fundamental focalizar el trabajo psicoterapéutico en el crecimiento y todas las implicaciones emocionales que conlleva en cada caso. Independientemente de la historia individual de cada paciente, la problemática en relación al crecimiento, estará impregnando todas sus vivencias. Ayudarlo en ese punto ofrece una posibilidad de respiro. La experiencia de ser entendido, de conectar con lo que vive en primer plano, a menudo ayuda a establecer una alianza terapéutica y, por lo tanto, a que pueda sentirse interesado en el diálogo psicoterapéutico, ya que esté lo siente conectado con sus vivencias más inminentes.

Este crecimiento tiene múltiples caras, justamente una a destacar es la del cuerpo y su desarrollo sexual. Es el gran protagonista, el motor de todo lo que sucederá. Aparece muy evidente, está afectando mucho y a la vez es mudo, pocas veces se refieren a sus angustias en este aspecto. Para el terapeuta también es difícil hablar de lo corporal, porque es extremadamente delicado, pero a la vez es algo que tendremos que tener muy en cuenta para estar atentos, observar, tratar de entender y ser muy cuidadosos en cómo intervenimos (Lasa, A. 2003).

Corrientemente el púber se acercará a sus preocupaciones corporales a través de signos externos como la ropa o la forma de cortarse el pelo. Debemos hacer el esfuerzo de escucharlos desde la implicación emocional que tienen, dando el valor que merecen ya que son un eslabón básico en el proceso de construcción de la identidad, no solo en el terreno sexual estrictamente, sino en toda su amplitud.

Otro aspecto a tener en cuenta y muy relacionado con lo anterior es que, justamente, en este momento aparece el sentimiento de intimidad, en ocasiones de forma aún muy incipiente, tal es así que pueden iniciar una comunicación realmente significativa refiriéndose a “una tontería que se me ha ocurrido”. Eso supone para el adolescente dejar traslucir vivencias

que siente con vergüenza, que no sabe si son o no ridículas: lo que piensa de su futuro, de su cuerpo y la difícil aceptación de éste, de su manera de relacionarse con los grupos de iguales, con el otro sexo (Soriano, A. 2004).

Hay que estar muy atentos para entender lo significativo y delicado que aquello puede ser y abandonar continuamente de nuestra mente lo que es o no importante desde la escala de valores con la que nos manejamos como adultos, para comprender genuinamente el valor que tiene un partido de fútbol, la pérdida de una prenda de ropa o poder ir con el grupo a un concierto.

El púber en la medida que va evolucionando tiene capacidades de introspección y de observación de sí mismo ausentes en la latencia y que le aportan una cierta capacidad auto-terapéutica (Nicolò, A. 2004). El terapeuta ha de ser un adulto que no sustituya estas nuevas capacidades, sino que las respete profundamente, como el germen que son de la adultez mental que se estrena. El temor y las resistencias que pueden demostrar a iniciar una psicoterapia, tienen mucho sentido por el temor a perder esta nueva capacidad personal o a la anulación, desvalorización de los adultos, y cometeríamos un grave error técnico si los interpretáramos como resistencias fruto del narcisismo (Feduchi, L. 1986).

Todo ello nos lleva a dar un valor esencial a la actitud relacional del terapeuta como favorecedor de este proceso de crecimiento interviniendo cuando sea necesario y dejando que el adolescente encuentre sus propias soluciones. Algunas de estas ideas quedan reflejadas en un caso clínico de un paciente de 13 años y medio, que fue tratado en psicoterapia.

Tomás consulta con sus padres, todos están muy preocupados. Se trata de un chico que no había dado problemas durante la infancia, acuden a un servicio de urgencias por una crisis de ansiedad y porque empieza a decir que para sentirse así es mejor suicidarse.

Los padres comentan que desde hace unos meses se muestra serio, triste, con llanto incontenible sin demasiada relación con nada y definitivamente una noche se muestra con una "irritación y un desespero que parece insoportable. Llora,

no puede respirar bien y expresa mucho sufrimiento”. Los padres deciden consultar, en el servicio de urgencias le dan un tranquilizante y le aconsejan que vayan a una consulta ambulatoria.

Entran en la consulta los dos padres con el chico, a pesar de lo angustiada que se le ve observo un chico que aparenta más edad y con expresión inteligente, atento a todo lo que los padres y yo hablamos, una vez explicado el motivo de consulta, pido a los padres que salgan y me quedo con el chico a solas. En el diagnóstico es importante observar, lo antes posible, justamente su parte adolescente. Si persisto en una entrevista junto con los padres, es muy posible que no lo pueda observar ya que sus capacidades más evolucionadas pueden quedar mediatizadas por la parte más infantil que se deja llevar y explicar por los padres. Por supuesto guardo para otra ocasión completar los datos de la anamnesis en una entrevista a solas con los padres.

Tomás se explica muy bien, no entiende lo que le está pasando, nunca se había sentido así de mal. Ahora cómo se sentía de niño, “comunicativo, alegre, feliz, creía que lo tenía todo claro... no me esperaba nada de esto. Sobre todo me da una vergüenza insoportable estas ganas de llorar que a veces no puedo remediar”. Le pido que me explique eso de tenerlo todo claro. Me dice que siempre ha sido de los primeros de la clase, le gusta estudiar y sobre todo las ciencias, había decidido hacer químicas, también juega a baloncesto y las cosas le van muy bien... hasta ahora. “He empezado a salir con una chica de clase, parecía que todo cuadraba y me convierto en un llorón, me muero de angustia y empiezan a ir las cosas del revés”.

Se trata de un chico hijo único muy investido por unos padres exitosos, que ha evolucionado hasta el momento, satisfactoriamente para él mismo y los padres. No parece haberse permitido entrar en crisis, dudar de las cosas tan claras, parecía que entre la infancia y la adolescencia tuviera que seguir directo como quien va por una autopista.

Explica muy asustado sensaciones de despersonalización, sentimientos de extrañeza, de no ser él. A pesar de que en

este momento pueden aparecer síntomas aparatosos, no siempre significan una gravedad psicopatológica, ya que nos encontramos en un momento en que todo es incipiente, por ello, nuestra intervención psicoterapéutica puede incidir evitando evoluciones malignas.

Trabajo con la hipótesis de focalizar en el temor al crecimiento y como ante ello ha “pisado el acelerador”, como para no vivir la adolescencia con dudas y temores. Trata de pasar directamente a ser un adulto que ya tiene decidido “la carrera y la novia”, mientras tanto el niño que persiste no puede aguantar el llanto y la angustia.

La psicoterapia supuso para este chico un espacio intermedio donde vivir la incertidumbre, la inseguridad, sin que la angustia le desbordara tanto y darse tiempo para ir construyendo una identidad que quizás podía ser diferente a la prevista. La focalización en todos los temores que tenía alrededor de su crecimiento, le permitió organizarse sobre una base más estable, dentro de la inestabilidad en la que es normal vivir esta etapa. Con ello quiero decir que otra peculiaridad de este momento es que los tratamientos deben acabar cuando el adolescente puede encarar, con mejores recursos, la situación de crisis que ha de vivir.

Realmente en muchas ocasiones es el adolescente que con su estrenada capacidad “auto terapéutica” plantea la finalización del tratamiento. Es frecuente que aún reconociendo el beneficio de la psicoterapia, pidan probar por ellos mismos, creemos que conviene respetar esa iniciativa, por supuesto si no hay un riesgo grave. No es infrecuente que algunos después de esta prueba, puedan volver a acudir al psicoterapeuta, si lo necesitan y en esta ocasión probablemente con una demanda más “adulta”.

OTRAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS

Nuestra experiencia clínica de estos últimos 6 años en un hospital de día para adolescentes, en el que atendemos a pacientes con psicopatología grave, nos ha hecho replantear la indicación de psicoterapia. Se trata de chicos y chicas que

transitan hacia la adolescencia cargando con grandes dificultades personales y del entorno. Normalmente han perdido la vinculación con la escuela, la problemática familiar y social es marcada y la relación con los pares es inexistente o muy distorsionada. La aplicación de la psicoterapia, adquiere en estos casos, unas coordenadas diferentes.

Cuando la afectación externa es importante, por actuaciones de riesgo, problemáticas muy externalizadas en la escuela o en la familia o incluso en el ámbito judicial, es necesario valorar la propuesta terapéutica de forma más amplia y plantearnos como iniciar nuestra intervención para que sea lo más ágil y útil con el fin de evitar riesgos o encallamientos evolutivos.

Las combinaciones son todas las posibles: terapia individual, terapia familiar, intervenciones sociales, educativas, medicación. Normalmente se trata de casos que por la múltiple afectación intervienen diferentes profesionales, dentro del propio centro o externamente, lo que implica un importante esfuerzo de coordinación para que los diferentes recursos actúen como una red coherente en beneficio del paciente y ejerciendo entre todos ese “canal” de contención del que hemos venido hablando.

Aunque la estrategia terapéutica sea múltiple, hemos de partir de un conocimiento profundo de la situación interna y externa de nuestro paciente ya que la mejoría tendrá que ver con haber incidido en lo más nuclear de sus carencias, distorsiones o fallas evolutivas. Tendremos que prestar mucha atención a su crianza y a su relación real e internalizada con las figuras parentales. Esa comprensión profunda, será la que orientará todo el camino a recorrer y la estrategia del caso.

Detectar el núcleo principal o más accesible ha de servir de guía ya que en situaciones tan complejas, y a menudo con biografías muy traumáticas, saber escoger el punto de partida de nuestra intervención y el enfoque psicoterapéutico más eficaz, evita perderse en los mil y un detalles del caso (Torras, E. 1996). Esto implica actuar con precaución, con capacidad crítica, por tanto, dispuestos a rectificar, retroceder y modificar el abordaje cuando sea necesario.

Esta guía ha de ser real y significativa, para que favorezca procesos de cambio psíquico. Ha de ser cercana a las necesidades del paciente, ya que nosotros hemos de hacer el esfuerzo de formularle que creemos que le ocurre y hacia donde dirigiremos el tratamiento, tratando de establecer una alianza terapéutica con las partes más adultas y capaces de entender y colaborar en el proceso.

En todos los casos intentamos establecer un vínculo con el adolescente a través de un setting de psicoterapia, pero también hemos visto necesario no insistir y buscar otros caminos, cuando no hay mejoría o el chico/a no está en condiciones de entender, autoobservarse. Se trata de no mantener un setting que no está siendo beneficioso sin justificaciones del tipo “es que no tiene insight o necesita más tiempo, o lo que hacemos seguro que es útil o no le aprovecha porque es muy narcisista”. ¿Por qué no pensar que, a veces, la psicoterapia no es la estrategia adecuada?

Algunos de estos púberes no han adquirido aún esta capacidad de observación interna, permanecen muchos aspectos infantiles o solamente actúan, externalizan su patología y “ellos no tienen nada que pensar, hablar, cambiar “. El setting psicoterapéutico puede resultar estéril o claustrofóbico, impidiendo el aprovechamiento del recurso en otro momento en el que el paciente esté más preparado. Al cambiar a otros tipos de escenarios terapéuticos, la problemática puede hacerse más patente para el propio paciente y para el terapeuta, de forma que sean más resolutivos. También hemos podido observar que recursos aparentemente no psicoterapéuticos, actúan como elementos transicionales y pueden resultar facilitadores en pacientes con bajo nivel de mentalización y verbalización.

En ese sentido, en el hospital de día observamos cómo la relación que alguno de estos chicos establece con su educador actúa como agente de cambio psíquico. El estrecho acompañamiento que tienen los educadores con chicos muy fóbicos o muy simbióticos o muy esquizoides es imprescindible, en un inicio para generar algún vínculo de confianza y de esperanza que abra las puertas al proceso terapéutico.

También recogemos esta experiencia de cambio a través de algunos talleres, el dibujo, el barro, mascotas o juegos cooperativos, o como se modifica la relación con la escolaridad vivida a través del aula del hospital de día que participa de los objetivos terapéuticos globales.

El paciente repite en la relación con todos los profesionales del hospital de día muchas de las actitudes que son causa y efecto de su problemática y esto es una buena oportunidad (García Badaraco, 1990). Aunque el chico o chica no estén receptivos a entender a través de una interpretación, la respuesta diferente que recibe del equipo actúa como una experiencia emocional correctiva (Alexander y French, 1946) que podrá ayudarles a ir ganando capacidad de autoobservación y mentalización.

Nos hemos planteado que cuando la psicoterapia en el sentido más estricto es difícil de alcanzar, hay que buscar otro tipo de recursos en los que de ningún modo se renuncia a la función psicoterapéutica. Estos harán de plataforma preparatoria a estos púberes y les abrirá paso a la mejora psíquica en primer lugar pero, también, a poder seguir más adelante con una psicoterapia más reglada.

Es necesaria una evaluación profunda para decidir los recursos a utilizar en cada caso, el trabajo en equipo y la supervisión son importantes, ya que de ninguna manera han de ser pruebas improvisadas, sino valoraciones razonadas adaptando nuestra técnica a las necesidades del paciente (Alanen, 1997, 2003). A continuación explicaré un caso en el que justamente, se desbloqueó el proceso al cambiar de estrategia terapéutica.

Ana tiene 12 años, es una niña menuda que no mira directamente y mantiene un rictus de enfado contenido, las pocas cosas que dice lo hace con un retintín de rabieta, como si escupiera las palabras.

El motivo de consulta es que agrede a la madre y que con frecuencia sufre crisis de agitación, rabietas incontrolables, con actuaciones auto y heteroagresivas. En la casa viven la madre y las dos hijas, la paciente tiene una hermana mayor con la que rivaliza y esto es origen de algunos de los altercados.

La pareja está separada, el padre es alcohólico y había agredido a la madre; desde hace cuatro años abandonó el hogar pero se queda en un piso del mismo edificio, a pesar de lo cual no se ocupa de sus hijas y nuestra paciente lo tiene muy poco presente. Ana es lista y la escolaridad está conservada, también tiene amigos y amigas en la escuela, estos últimos datos nos hacen pensar en aspectos bien conservados.

Inicialmente pensamos que a Ana le vendría bien tener una experiencia de psicoterapia, tener un interlocutor adulto diferente del padre y de la madre, una terapeuta joven que permitiera una identificación con la figura femenina, pensábamos que encajaría positivamente para ayudarla en su momento evolutivo de paso a su feminidad.

Simultáneamente se le dio un espacio a la madre de apoyo a sus funciones maternas, porque se la veía muy desorientada. No era capaz de adoptar una postura adulta y se relacionaba de igual a igual con su hija, peleando las dos como dos niñas, pero de pronto, queriendo adoptar una función educativa, poniendo límites desproporcionados, límites de niña, de cómo debía comer o vestir, peinarse o horarios que no tenían en cuenta mínimamente su realidad de más mayorcita o sus necesidades de relación con los amigos. La paciente vivía esto con mucha rabia y la madre había perdido toda autoridad moral sobre su hija.

La respuesta de Ana a la oferta de psicoterapia fue un silencio pertinaz, mucha rabia y por otro lado la situación en la casa empeoraba con un incremento de las agresiones. La madre venía desesperada, pidiendo que hiciéramos algo. Nos planteamos cambiar de estrategia y dado que la conflictiva fundamental se expresaba en la relación entre ellas, planteamos un trabajo psicoterapéutico, madre e hija.

Inicialmente Ana venía con la misma actitud de rabieta, callada, mostrando claramente su oposición hacia la madre y la terapeuta. La madre tomaba la palabra para quejarse de casi todo lo que hacía Ana, se colocaba como una igual y de pronto ponía reglas por decreto que esperaba que Ana cumpliera, si no era así la castigaba, prohibiéndole aquellas actividades más sanas y en las que Ana empezaba a tomar identidad propia.

Aparece una madre con una historia personal en la que nunca tuvo adolescencia, se describe como una buena niña que pasa de estar en la casa sumisamente a casarse. Le resulta muy difícil entender las necesidades que Ana empieza a mostrar y trata de que permanezca como si aún tuviera 10 años. Vive muy mal los inicios de autonomía y frente a eso Ana se revela y la agrede literalmente. Observamos como los sentimientos claustrofóbicos habituales en esta edad se incrementan al no ver salida a sus necesidades de crecimiento, reaccionando con violencia.

Hay una gran confusión entre aspectos sanos de Ana que apuntan a necesitar respeto a las nuevas situaciones de la edad, como son su intimidad o su grupo de amigos, que la madre vive como agresión, frente a conductas en las que efectivamente hay agresión. Nuestro trabajo implicaba ir diferenciado y colocando a cada una de ellas en un rol más adecuado.

Focalizamos el trabajo en dos aspectos: por un lado Ana no podía seguir agrediendo a la madre, dicho claro y contundente. No nos parece que frente a este tipo de problemas el terapeuta tenga otra opción que la claridad y pensamos que no va en detrimento de la neutralidad terapéutica, que tiene el sentido de no posicionarnos a favor ni de una ni de otra, de tratar de comprender lo que ocurre en el interior de ambas, etc. Y por otro, a dar cabida a las nuevas necesidades de la chica en su crecimiento sano.

Sabíamos que dejábamos de lado toda la problemática en relación a la separación de los padres y al padre alcohólico que había maltratado a la madre. Decidimos trabajar con lo más vivo y actual ya que era la única manera de conectar con una paciente muy reticente al diálogo psicoterapéutico. Indagar sobre sus sentimientos en relación al padre, era algo vivido con rechazo, algo que pertenecía a una infancia de la que no estaba dispuesta en ese momento a tratar. Por ello pudimos escuchar los ataques verbales de una y otra y Ana empezó a salir de su mutismo para quejarse, llevar la contraria a lo que la madre decía, sus palabras salían como si escupiera, era como refunfuñar, pero por fin teníamos palabras.

Escuchamos las quejas de ambas y empezamos a entender una demanda de la hija a través de aspectos que son muy importantes en esta edad, donde la identidad se empieza a jugar. Escenas en las que la madre, que se define como moderna, sabe qué ropa le conviene a la hija y ésta se siente invadida y llena de enfado. La pregunta aparentemente banal de la terapeuta: ¿Y entonces a ti como te gusta combinar esta camisa? Abre la esperanza de ser atendida en su nueva realidad de crecimiento.

Es pues muy importante nuestro interés real por todos estos nuevos signos de identidad adolescente que se inician y que requieren de una escucha sumamente respetuosa. Apareció también la lucha por el móvil, la elección del modelo, la gestión del saldo. Entre nada o todo nuestra función, en estas familias que tiene dificultades, es favorecer el diálogo que promueva pactos y puntos de encuentro.

Las primeras intervenciones nuestras de escucha a sus valores como adolescente se expresaron en su cara con un cierto asombro, y poco a poco fue saliendo del mutismo y apareció un cierto humor en los comentarios entre madre e hija.

Era realmente difícil ayudar a esta madre a que no viviera como un ataque lo que no lo era: las ganas de crecer de su hija. Ya que era evidente que la chica no estaba teniendo comportamientos de riesgo; al contrario, era todavía muy niña. A pesar de ello, sus primeros pasos de diferenciación ya eran muy mal tolerados por la madre.

En una ocasión Ana trajo a los amigos a casa, previo consentimiento de la madre. Pero la madre, cuando lo consideró adecuado, sin hablar con Ana entró en la habitación y tratándoles de críos les dijo que ya es hora de ir a casa. Ana se sintió terriblemente avergonzada y pudo en la sesión hablarlo con la madre. Valoramos explícitamente que, esta vez, no se ha pasado a la agresión, sino que podemos pensar conjuntamente las razones de una y otra y las posibles maneras de haberlo resuelto. Ana está pidiendo que la madre actúe más en consonancia con su edad y entienda la ilusión de tener amigos.

Todo este proceso de escucha de una y otra permitió que poco a poco el diálogo sustituyera a la agresión. Ana había

demostrado que en una terapia individual no se sentía atendida en lo que le dolía o, en último caso, no era el escenario donde pudo hablar y salir del enfado sin palabras.

Pudimos ayudarla a entenderse como adolescente que tiene unas necesidades nuevas, que para la madre eran difíciles de entender y en parte lo siguieron siendo, evolucionó mucho más Ana que su madre. Este tipo de intervenciones son un eslabón en el proceso hacia la salud. Evidentemente quedan muchos aspectos a resolver y es probable que Ana necesite tratar más adelante aquellos temas que quedaron pendientes. Nos despedimos un poco mejor, sin agresiones en casa y con unas capacidades más maduras por parte de la chica. La madre también ha evolucionado, pero ha continuado recibiendo ayuda a través del grupo de padres del hospital. Para ella sigue siendo difícil no sentir como agresión, lo que no lo es, que su hija se separe y se diferencie de ella.

Para concluir, remarcaría algunas de las ideas expuestas:

1. La necesidad de que el púber encuentre en su entorno una estructura que le permita transitar hacia la adultez.
2. Nuestra intervención profesional ha de ser parte de esta estructura y enfocarla favoreciendo el crecimiento.
3. La psicoterapia será útil en aquellos con una cierta capacidad de observación interna.
4. Si la psicoterapia no da resultados, convendría buscar otro tipo de intervenciones en las que de ningún modo se renuncia a la función psicoterapéutica.

Acabaré con unas palabras de Julia Kristeva (1999): “Se ha repetido insistentemente que el psicoanálisis sexualiza la esencia del ser humano, pero también que lo intelectualiza: todo está en el sexo, bien todo está en las palabras. Ni lo uno ni lo otro: El descubrimiento de Freud consiste en dar un sentido amoroso que transforma el recuerdo. Yo he sido herido(a), traicionado(a), violado(a); te lo cuento a ti; tu atención-confianza-amor me permite volver a vivir esa herida-traición-violación en una forma distinta. Yo le otorgo a partir de ese momento –y en cada nuevo lazo amoroso– un sentido distinto, soportable. No es que yo borre esa herida-traición-violación, sino que la dono... Ésta es la alquimia de la transferencia:

transformación del recuerdo al abrigo de un nuevo lazo, del cual esperamos que tenga una intensidad comparable a la de un vínculo amoroso”.

Agradecimientos

Al equipo del Hospital de Día de la FHS Pere Claver:
Ramón Berni, Laura Bosch, María Catarina,
Alfonso Díaz, Luis Gol, Núria Gracia,
Olga Moreno, Sergio Sánchez, Gemma Segura,
Sonia Soriano, Anna Vilanueva y Berna Villarreal

BIBLIOGRAFÍA

- ALANEN, Y. (1997). *Schizophrenia: Its Originis and Need-Adapted Treatment*. London, Kranac.
- ALANEN, Y. (2003). *Atenció psicoterapeutica als pacients psicotics a la xarxa pública*. Ponencia presentada en el colegio de médicos de Barcelona.
- ALEXANDER Y FRENCH (1946). *Terapéutica psicoanalítica*.
- AVILA ESPADA, A. (2004). *Psicoterapia psicoanalitica con adolescentes: su grupo familiar y el proceso psicoanalitico*. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, núm. 4, pp. 9-39.
- BLOS, PETER (1993). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires. Amorrortu.
- BLOS, PETER (2003) *La transición adolescente*. Buenos Aires. Amorrortu.
- PALACIO ESPASA, F. (2008). *Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (I parte)*. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, núm. 11, pp. 27-34.
- GUTTON, PHILIPPE (1993). *Lo Puberal*. Barcelona. Paidós.
- GARCÍA BADARACO, J. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid, Tecnipublicaciones.
- FEDUCHI, L. (1986). *Actuación y adolescencia*. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil*, núm. 2, pp. 17-36.
- FRIEDMAN, M; LAUFER, M. (1997). *Problems in working with adolescents*, en Laufer M (editey): *Adolescent Breakdown and Beyond*, London, Karnac Books.
- KRISTEVA, J. (2002). *Memoria y salud mental*, en *¿Por qué recordar?*, Barcelona, Granica.
- LASA, A. (2003). *Experiencias del cuerpo y construcción de una imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias*, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, núm. 2, pp. 53-74.
- MALE, P. (1966). *Psicoterapia del adolescente*. Barcelona, Paidéia.

- NICOLÒ, A. M. (2004). *L'adolescentee il suo mondo relazionale*. Roma. Carocci.
- POSTMAN, N. (1994). *La desaparició de la infantesa*. Barcelona. Eumo editorial.
- ROTHER HOORNSTEIN, M. C. (comp.) (2006). *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Aires. Paidós.
- SORIANO, A (2004). Consideraciones sobre la actitud terapéutica en la atención a los adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, núm. 4, pp. 81-90.
- SORIANO, A. (2005). Algunas consideraciones sobre la clínica hoy. *Revista de Psicoterapia*, núm. 62, pp. 69-81.
- TORRAS, E. (1996). Modalitats terapèutiques a l'assistència a nens i adolescents: les dinàmiques subjacents, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XIII, núm. 2. pp 77-88.
- ZWEIG, S. (2004). *Ardiente secreto*. Barcelona. Acantilado.