Artigue Gómez, Jordi
Barriocanal Gil, Eduardo
Borraz Estruch, Gemma
Cabaleiro Fabeiro, Fernando
Checa Peña, Josep
Daher, Celeste
Ferrer Tirado, Laia
Franquesa Freixas , Amelia
Garmendia Aldasoro, Begoña
Gassó Tarrida, Josep María
Gutiérrez Iradi. Jose Luis
Laita de Roda, Paula
López Morales, Sisa
López-Palop de Piquer, Beatriz
Maganto Mateo, Carmen
Manzano Alías, Aroa
Martínez Gobern, Montserrat
Oriol Sánchez, Anna
Peris Hernández, Montserrat
Pombo Ruiz, Janeth
Taborda , Alejandra
Tió Rodríguez , Jorge
Tizón, Jorge Luis
Vazquez Lejárcegui, Begoña

N.º 55
1º semestre
2013

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

SEPYPNA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

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

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

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

CONSEJO DIRECCIÓN

Director: Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)
Directora Adjunta: Ainara González Villanueva (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Ángeles Torner Hernandez (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
Cristina Molins Garrido (Madrid)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)
Alain Braconnier Centro Alfret Binet (París)
Mª Luisa Castillo Asociación Psicoanálitica 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)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)
Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París)
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del Pais Vasco (Bilbao)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)

INDICE:

A Pola: un adiós, un reconocimiento y un recuerdo
Fernando Cabaleiro Fabeiro 9

Trastorno mental grave y entorno
Begoña Garmendia Aldasoro 11

Intervenciones en el medio del niño y del adolescente con Trastorno Mental Grave
Jose Luis Gutiérrez Iradi 21

Intervenciones psicoanalíticas en una adolescente gemelar. ¿Cómo construirse diferente?
Janeth Pombo Ruiz 25

Taller de sensibilización en salud mental: una experiencia de prevención con adolescentes
Jordi Artigue Gómez, Aroa Manzano Alías, Anna Oriol Sánchez, Montserrat Martínez Gobern, Josep María Gassó Tarrida, Amelia Franquesa Freixas, Sisa López Morales y Jorge Luis Tizón 31

Adolescencia y depresión: Un modelo de inervención comunitario
Laia Ferrer Tirado y Josep Checa Peña 37

Algunas aportaciones a la comprensión del fenómeno de la violencia filioparental
Gemma Borraz Estruch, Jorge Tió Rodríguez y Begoña Vazquez Lejárcegui 43

Psicosis atípica en la adolescencia y trauma crónico precoz. Tratamiento en hospital de día
Paula Laita de Roda , Eduardo Barriocanal Gil y Beatriz López-Palop de Piquer 47

La corporalidad de los adolescentes en la redes sociales
Carmen Maganto Mateo y Montserrat Peris Hernández 53

Jardines maternales: Los primeros pasos en el proceso de separación
Alejandra Taborda y Celeste Daher 63

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid.
Impresión: Sorles, Leon
E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepypna.com
Página Web: http://www.sepypna.com/revista-sepypna/
Depósito Legal: BI-1.383-95 / 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

Sistema de selección de los originales:

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

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

Presidente:	Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Vicepresidente-tesorera	Cristina Molins Garrido (Madrid)
Vicetesorero:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

Aclaraciones y comentarios

En relación al artículo “Modelo de intervención terapéutico en el Hospital de Día de Leganés: propuestas y reflexiones sobre el trabajo interdisciplinar” firmado por Edith Bokler, publicado en el nº 50 de nuestra revista páginas 197-207, hemos publicado en la web una nueva versión en la que se han ampliado y corregido citas y referencias bibliográficas así como reformulado la segunda parte del trabajo

INDEX:

To Pola: a Goodbye, a recognition and a memory
Fernando Cabaleiro Fabeiro 9

Severe mental illness and environment
Begoña Garmendia Aldasoro 11

Children and adolescents' severe mental illness: Actions in their environment.
Jose Luis Gutiérrez Iradi 21

Psychoanalytic interventions in an identical twin teenager. how to make oneself different?
Janeth Pombo Ruiz 25

Workshop on mental health: A prevention experience with teenagers
Jordi Artigue Gómez, Aroa Manzano Alías, Anna Oriol Sánchez, Montserrat Martínez Gobern, Josep María Gassó Tarrida, Amelia Franquesa Freixas, Sisa López Morales y Jorge Luis Tizón 31

Adolescence and depression: A community intervention model
Laia Ferrer Tirado y Josep Checa Peña 37

Contributions in understanding the child towards parents' violence
Gemma Borraz Estruch, Jorge Tió Rodríguez y Begoña Vazquez Lejárcegui 43

Atypical psychosis in adolescence and early chronic trauma. treatment in day hospital setting
Paula Laita de Roda , Eduardo Barriocanal Gil y Beatriz López-Palop de Piquer 47

The body image in adolescents in social network
Carmen Maganto Mateo y Montserrat Peris Hernández 53

Kindergartens: The first steps in the separation process
Alejandra Taborda y Celeste Daher 63

A POLA: UN ADIÓS, UN RECONOCIMIENTO Y UN RECUERDO

TO POLA: A GOOD-BYE, A RECOGNITION AND A MEMORY

Fernando Cabaleiro Fabeiro

El pasado 21 de marzode 2012 falleció en Madrid Pola Tomás (Pola Ivancich Monserrat, viuda desde hacía unos años de Jaime Tomás Iruretagoyena). Como Pola Tomás, o sencillamente Pola, la conocíamos en SEPYPNA. Si menciono apellidos es para que quienes la hayan conocido menos, sitúen más fácilmente a esta mujer argentina que palpitaba con la vida de los españoles. Hija de una madre mallorquina y de un destacado médico de Rosario de origen croata. Esposa de un psiquiatra vasco exiliado desde muy joven en Méjico, que fue Presidente tanto de de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) como de la de Madrid (APM). Y madre de tres hijos que viven en Madrid.

Pola Tomás fue solemnemente nombrada Miembro de Honor de SEPYPNA en 1993 con ocasión de nuestro Congreso de Salamanca. Entonces hizo su semblanza nuestra compañera Marian Fernández Galindo. Está recogida en el nº 15 de nuestra revista para quien quiera consultarla. Fue nombrada, tanto por su valía profesional como por el reconocimiento que la Sociedad tenía hacia ella.

En lo profesional, Pola Tomás realizó sus estudios de Filosofía en Buenos Aires, donde tomó enseguida contacto con el mundo del psicoanálisis. Recordar muy brevemente que su formación se fraguó en relación a H. Racker, Marie Langer, Arminda Aberastury, Pichon-Rivière, Emilio Rodrigué, Betty Goode de Garma, Alberto Campo y un largo y rico etcétera, que llega hasta Paula Heimann, a quien visitaba con frecuencia cuando ya vivía en Madrid. Su interés por el mundo psíquico infantil en dificultades fue una constante desde sus comienzos profesionales, formándose y colaborando con Arminda Aberastury o trabajando en Servicios psiquiátricos de Hospitales pediátricos con niños, padres y profesionales. Impartió también formación en psicoanálisis infantil a los candidatos de la APA.

Ya en Madrid desde el 73, participó en la consolidación y desarrollo de la APM, de la que fue Miembro Didacta. Pero Pola Tomás no se limita al psicoanálisis en diván y, consciente de la carestía y avidez formativa de profesionales de adultos confrontados con una creciente demanda de niños y adolescentes en la Asistencia psiquiátrica pública, trabajó con ellos de forma incansable y gratuita, especialmente en Leganés y Móstoles. Organizó allí grupos de supervisión clínica y de formación. Un buen número de sus integrantes harían, posteriormente, parte de SEPYPNA.

Cuando al iniciarse los 80, tras algunos encuentros preliminares en España y fuera de ella, pusimos el andamiaje de SEPYPNA – una buena parte de nosotros regresábamos de formarnos en Suiza -, el panorama español, y por tanto el madrileño , era en general un páramo en la asistencia pública de los problemas psíquicos de niños y adolescentes. Por supuesto cuantitativamente, en recursos, pero también cualitativamente. No era una asistencia integral. El biologicismo y el conductismo reeducativo obviaban, en general, la existencia de un mundo psíquico interno organizado, hacia el que se pudiera enfocar, en coherencia con él, un trabajo psicoterapéutico. Niños y adolescentes quedaban así privados de una escucha y comprensión más en profundidad de sus conflictos y dificultades. SEPYPNA tenía – y sigue teniendo – un gran reto por delante, y con Pola Tomás, que estaba en el mismo "tajo", enseguida nos encontramos.

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

Ella se convirtió en una activa aliada de SEPYPNA. Participaba en nuestras Jornadas y Congresos, enriquecía los coloquios, pronunciaba algunas conferencias inaugurales, animaba a compañeros que aún no nos conocían a asistir y participar en nuestras actividades y, en fin, facilitaba relaciones y contactos de interés para los objetivos de la Sociedad. En alguna ocasión llegó a prestar su propia casa para que el comité organizador hiciese la recepción de los ponentes que venían de fuera.

Cuando en una época pasada, y en contra de lo habitual, surgieron opiniones y actitudes en la APM, difícilmente comprensibles, de distanciamiento y prevención hacia las tareas de SEPYPNA, Pola Tomás, como otros psicoanalistas de la APM, no dudó en reafirmar donde procediera el interés psicoanalítico de nuestro trabajo clínico, psicoterapéutico y formativo. Pola Tomás no ejercía de "falso -self" psicoanalítico. Tenía profundas convicciones psicoanalíticas y muy claras las exigencias de una formación, pero no corria detrás de ningún Santo Grial del psicoanálisis. Sabía bien, a mi entender, del sentido y sinsentido de lo sagrado.

Siempre admiré en ella su capacidad para visualizar y transmitir de forma clara y oportuna la escena infantil que estaba latiendo detrás de cualquier situación relacional, aún de la más recalcitrantemente adulta. Cualidad que considero un alegato a favor de la importancia de la formación y la práctica clínica en niños de todo psicoterapeuta o psicoanalista de adultos.

Pola, hace años que, por circunstancias diferentes, dejó de venir a nuestros Congresos, pero su interés y cariño hacia SEPYPNA, siguió haciéndose sentir. Todos nuestros Congresos tuvieron un hermoso ramo de flores que embellecía el estrado y que ella puntualmente enviaba.

Hacía ya un tiempo que Pola no estaba bien de salud. Pese a todo acudió contenta, en junio de 2010, cuando SEPYPNA le hizo saber que queríamos tenerla entre nosotros en la inauguración de la nueva sede de la Sociedad en Madrid. Pretendíamos que fuese también un encuentro-homenaje de carácter íntimo hacia ella. Estuvo y estuvimos todos muy a gusto. Nuestra compañera Ana Jiménez y nuestro presidente Juan Manzano, le dedicaron palabras de elogio, reconocimiento y afecto. Ella también las tuvo hacia todos y, tras ilustrar algunos pasajes de su vida, a los que se había hecho referencia, nos animó a proseguir el rumbo emprendido por SEPYPNA.

Pola siguió, pese a su salud más delicada, disfrutando de la vida en un círculo más reducido. Algunos de nosotros hemos seguido mantenido encuentros amistosos con ella, y puedo decir que se sintió en todo momento muy querida y acompañada por los suyos y especialmente por un nietecillo con quien jugaba y conversaba enormemente, lo que hacía todas sus delicias.

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

TRASTORNO MENTAL GRAVE Y ENTORNO *

SEVERE MENTAL ILLNESS AND ENVIRONMENT

Begoña Garmendia Aldasoro **

RESUMEN

La organización psíquica de una persona se va construyendo a lo largo de la vida, pero principalmente en la infancia y la adolescencia. Se trata de ver cómo se organiza en la sociedad actual que propone tantos cambios y la influencia de estos en dicha organización. Haremos un recorrido por las diferentes fases de la estructuración psíquica y de las dificultades que se presentan en los trastornos mentales graves, trastornos con un grado de desorganización psíquica importante, que no permite un funcionamiento adecuado, y sobre todo con poca capacidad de adaptación a las diferentes situaciones que uno tiene que enfrentar en la vida. También ver diferentes posibilidades de intervención y los movimientos que produce la propia patología tanto en la familia como en los terapeutas que trabajan con ello.

PALABRAS CLAVE: Trastorno Mental Grave, Identificación, Simbolización, Subjetivación, Narcisismo.

ABSTRACT

Especially throughout childhood and adolescence, the psychic organization of an individual is built. This work is about how our actual society, that proposes constant changes, organizes and influences it. We will follow a path across different stages of psychic organization and the difficulties present in severe mental illnesses, as well as in those disorders that present an important degree of disorganization which does not allow a normal performance and, above all, which shows a lack of capacity to undertake the different situations that an individual has to deal with during lifetime. We will also look at the different actions that could be developed and at the movements that this sort of pathology generates in the family, as well as in therapists.

KEY WORDS: Severe Mental Illness, Identification, Symbolization, Narcissism.

SOBRE EL DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN PSÍQUICA EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Aunque el ser humano siempre ha estado en evolución, en la sociedad occidental del siglo XXI tanto el niño como el adolescente están sujetos a modificaciones estructurales de la sociedad, que van a un ritmo cada vez más rápido. Tenemos por un lado, las técnicas de comunicación y sus aplicaciones, que evolucionan a una velocidad vertiginosa, y por otra parte, las estructuras familiares, con cambios profundos en su organización, y más frágiles, que tienen que hacer frente al desarrollo

* Ponencia presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas" tuvo lugar en San Sebastián los días 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra jefe de centro del Equipo de Psiquiatría Infanto-juvenil de Donostia. Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Osakidetza. Zumalakarregi Etorbidea, 24, Donostia, 20008. E-mail: begona.garmendiaaldasoro@osakidetza.net

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

psíquico de estos jóvenes. Esto supone cambios en sus procesos de desarrollo y en los modos de adaptación de su funcionamiento psíquico, promovidos, además de por su propio desarrollo, por un entorno cambiante, con lo que el esfuerzo de adaptación es mucho mayor.

En el momento actual, el cuidado de la vida (organización) psíquica del individuo ha perdido importancia respecto a los criterios de adaptación y eficacia exigidos por el entorno, hasta el punto que estos se utilizan como medidor de la buena organización psíquica. Se multiplican las formas de comunicación con "otros" de los que es difícil diferenciar si son seres humanos reales o robots perfeccionados, (me refiero a todo el mundo virtual, redes sociales, etc.). Supone un cambio radical en la relación con la verdad - falsedad (realidad) y un riesgo de que la mentalidad de grupo se imponga sobre el pensamiento individual.

Como dice F. Guignard, el mundo virtual mantiene con el principio placer/displacer y el principio de realidad unas relaciones muy diferentes de las que mantiene la fantasía (fantasma) inconsciente. Promueve una ilusión de lo real que permite economizar el trabajo psíquico de ligaduras y de transformación, necesario para establecer vínculos de calidad con el mundo psíquico interno y con la realidad externa.

El mundo de lo virtual despierta una atracción poderosa en los niños y jóvenes, además de que les permite evitar el trabajo psíquico de simbolización y de internalización del objeto, y por tanto el de la elaboración de su duelo. Este mundo virtual propone una fuga omnipotente y maníaca. Los niños, y ni qué decir los adolescentes, tendrán que encontrar una nueva manera de transformar su excitación sexual, sin tener recursos mejores que la represión, con el consiguiente riesgo de utilizar preferentemente mecanismos de defensa más primarios.

Los límites son más frágiles, mal organizados, y se desintegran más fácilmente cuando en nuestro entorno están flexibilizados, fragilizados, o desorganizados. El niño depende de sus padres para su desarrollo psíquico, pero asistimos a una deriva de lo infantil en el adulto, que frecuentemente se sirve de los niños para proyectar la satisfacción de sus propios deseos infantiles.

El tercero paternal, indispensable para que el bebé pueda salir de la simbiosis y organizarse en una problemática edípica es reemplazado por la guardería, cuidadores, las nuevas parejas de sus progenitores, etc. Los niños están inmersos en un grupo social con cambios, y frecuentemente se encuentran con una discontinuidad educativa. Pero la continuidad educativa es fundamental en la constitución del Súper-yo y del Ideal del yo. En esta velocidad en la que estamos inmersos, para cuando nos damos cuenta, llega la pubertad, sustrato de los límites en el aprés-coup de la crisis identitaria del adolescente. ¿Y el periodo de latencia? Parece que el periodo de latencia esta en vía de desaparición en el mundo occidental actual.

La latencia ha sido poco estudiada, pues se ha considerado un período de descanso entre la resolución del complejo de Edipo y el nuevo empuje sexual de la pubertad. R. Urribarri, en cambio, habla de todo un Trabajo de Latencia. Se trata del esfuerzo psíquico que debe encarar el Yo para acallar la expresión sexual directa, y lograr que lo que al principio es básicamente ejecutado por los procesos defensivos (represión, formación reactiva), progresivamente posibilite afirmar la inhibición de meta y la descarga pulsional mediante la sublimación. O sea, una intensa labor en cuanto a la organización, complejización, funcionalidad y ampliación del aparato psíquico. Su fracaso o insuficiencia condiciona seriamente el devenir adolescente y sus patologías.

Peter Blos, gran experto en adolescencia dice: "El requisito para ingresar en la fase adolescente de organización pulsional y yoica reside en la consolidación del período de latencia, si no se produce dicha consolidación, el púber no vivencia sino una intensificación de las características previas a la latencia, y exhibe un comportamiento más infantil que tiene el carácter de una detención más que el de una regresión".

PECULIARIDADES DE LA ADOLESCENCIA

Freud fue quien reconoció la existencia de la sexualidad infantil. En la infancia se forman las estructuras libidinales que tienen un rol decisivo en la constitución de la vida psíquica, así como en la patología. Pero también postuló la constitución en dos tiempos de la sexualidad humana, el tiempo de lo infantil y el de la pubertad.

En la llamada crisis adolescente, este se ve enfrentado a nuevos conflictos desencadenados por el impacto de lo pulsional puberal, y lo pulsional para Freud supone una exigencia de trabajo psíquico. El primer desafío al que el adolescente tiene que hacer frente es pues, el de integrar los cambios de su cuerpo sexuado.

Pero, como nos recuerda A.M. Nicoló, además de los cambios corporales también tienen que afrontar: la agresividad, la reaparición de la temática edípica, con los duelos evolutivos necesarios para la separación de sus padres, los cambios en la idealización, la reinvestidura narcisista y la estructuración de la identidad. Todo esto cambia el mundo tanto intrapsíquico como interpersonal

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

del adolescente. Este tiene muchos frentes para batallar, pero tiene a su favor que, en general, se llega a la adolescencia con una fuerza de integración y de remodelación identificatoria importante, que hay que respetar y si posible, potenciar.

La conflictiva adolescente puede abordarse desde la perspectiva de la crisis y la reorganización de referentes narcisistas. Freud en "Una dificultad del psicoanálisis" (1917) señala que la condición de inconsciente de la vida psíquica es, por si misma, una afrenta narcisista al yo. Si esto es así en todas las épocas de la vida, ni que decir tiene que en la etapa adolescente, en la que se necesita sobretodo, sentir y decir "soy yo", la experiencia de la alteridad, de sí mismo y del otro, ofrece mayor resistencia.

En la pubertad se trastocan los referentes que hasta ese momento servían de apoyo al narcisismo. Principalmente, la representación corporal de sí mismo y la de las figuras parentales. El impacto puberal va a producir una reactivación de la angustia ligada a las fantasías edípicas, y a la angustia de castración (en su versión puberal), pero también una verdadera conmoción identitaria: el púber ve tambalearse la representación de sí mismo que tenía de niño, al igual que las identificaciones y relaciones con las figuras parentales. Como dice Mª Elena Rodríguez: "la pubertad hiere al Yo".

La constitución del Yo es inseparable de la génesis del narcisismo. La representación del sí mismo, esencial en el sentimiento de identidad, no puede construirse sin el otro. Comienza a estructurarse a partir de la relación con la madre (o sustituto materno), que con su mirada, sus gestos, su voz, etc. devuelve al bebé una imagen con la que este se identificará, y poco a poco irá diferenciándose y reconociéndose a sí mismo como un ser con un lugar propio.

La reactualización de las experiencias precoces en la adolescencia, puede poner de manifiesto la fragilidad de la investidura narcisista –narcisismo estructurante- y las carencias de organización psíquica.

La lucha contra los cambios puberales es ardua porque los adolescentes pueden vivirlos como una intrusión que el cuerpo y la mente sufren de forma pasiva y pueden sentirse abandonados sin lograr existir por su cuenta (Nicoló).

Para André Green lo esencial es "que la transformación en el cuerpo se adelanta a la trasformación de las relaciones con los otros". Y entre los dos tipos de trasformación, se inscribiría la reorganización narcisista. "Como si las trasformaciones del cuerpo debieran primero "psicologizarse" en narcisismo, para preparar los cambios en las relaciones de objeto, y en este punto es donde tropieza el adolescente."

La adolescencia no es solo una época de la vida sino una etapa reorganizadora de nuestro funcionamiento mental (Cahn), en ella, hay una recomposición de todo lo organizado anteriormente en el funcionamiento psíquico. Como dice Kestemberg: todo se prepara en la infancia, pero se juega en la adolescencia.

La evolución dependerá no solo de las capacidades del adolescente, sino también del funcionamiento de su entorno, de cómo le ayuda en su subjetivación.

En este periodo se exacerban los obstáculos internos y externos para la apropiación por el sujeto de sus pensamientos y deseos, de su propia identidad. Periodo en el cual el incesante trabajo de desligazón-religazón en todos los dominios, narcisísticos y objetales, corre el riesgo de encontrarse comprometido por el exceso de desligazón. Tanto en las perturbaciones más banales como en las más inquietantes, parece como si la reviviscencia tardía de las angustias depresivas y de separación, amplificadas por el complejo de Edipo y por las heridas narcisistas que resultan, hiciese resurgir las primeras angustias más o menos superadas hasta entonces, movilizando por vía retroactiva los mecanismos arcaicos. De ahí el recurso a la regresión narcisista, a la externalización constante, al clivaje, a las identificaciones restadas, a la búsqueda agitada de una autenticidad que no puede encontrar. Todas estas defensas lábiles y pasajeras del adolescente son para hacer frente al peligro de asumirse como sujeto, pero en estructuras más límites perduran y se fijan, dejándolos en el límite entre la capacidad o incapacidad de acceder a la posición de sujeto.

Los mecanismos de desinvestidura, de clivaje y de denegación, protección principal del sujeto contra el conflicto, reducen considerablemente la posibilidad de ser el sujeto de sus propios conflictos, sin olvidar la expulsión fuera de la psique de las tensiones mediante: el acto, las identificaciones proyectivas e incluso mediante los sueños y fantasías. Semejante falla del dispositivo de para-excitaciones, narcisístico y objetal parece ligada al exceso o a la falta de la falta de parte del objeto, desde el nacimiento hasta el fin del desarrollo. Y esto con todas sus consecuencias en cuanto a las posibilidades de subjetivación, con riesgo de confusión de los límites, de la diferenciación yo - no yo, en todos los registros donde se ejerce su influencia, sea sobre las identificaciones a nivel del Yo, del Superyó o del Ideal del yo o el espacio dejado o no a la psique para un mínimo de repliegue, de autoobservación, de autocuestionamiento.

En el paciente con fallas en su organización, sobre todo si tiene un funcionamiento psicótico, toda esta

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

recomposición tiene muchas posibilidades de fracasar y provocar una desorganización mental con resultados catastróficos.

Respecto a la **PSICOPATOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA**, son numerosos los autores que invitan a no utilizar, en esta fase de la vida, las categorías diagnósticas que se utilizan en los adultos. Reaparecen mecanismos de defensa primitivos, ya sean de forma transitoria, o de forma más estructurada y duradera, pareciendo trastornos de tipo límite. Para E. Laufer y M. Laufer, se trataría de aspectos psicóticos inaccesibles en otra época que no sea la adolescencia, o en situaciones de crisis graves. Lo que en el adulto se podría considerar como psicótico, puede ser un fenómeno transitorio en el adolescente por la intensidad de la angustia que desencadena el propio conflicto evolutivo, incluso el funcionamiento psicótico puede actuar como defensa respecto a la descompensación evolutiva originaria de la pubertad. Tenemos que tener en cuenta que vemos niveles de regresión del funcionamiento mental que incluso si se prolongan, presentan un carácter transitorio, y se deben a una situación de crisis y de tensión.

Nos encontramos con manifestaciones como momentos de despersonalización, trastornos de identidad que alteran la relación con la realidad, también fantasías persecutorias, aislamiento, juegos al límite de la muerte, etc., cuyo objetivo es la negación de las transformaciones que se están llevando a cabo y la destrucción de la nueva realidad de la sexualidad. Es fundamental comprender como se articulan estos mecanismos en la economía psíquica del paciente. Las nuevas adolescencias complican más aún la situación: la mayor libertad y experimentación sexual (al menos aparente), la presión de sus pares, las transformaciones de la familia (menos normativa, menos unida), "actings" masivos en el cuerpo.

La primera herramienta terapéutica para estos adolescentes es la posibilidad de mantener la continuidad del vínculo, que les ayuda a reorganizarse y a afrontar los excesos pulsionales. Winnicott hablaba de una terapia para acceder a la terapia. El trabajo con el mundo relacional del adolescente, sus padres, familia, la inclusión en un grupo de iguales juega un papel básico para ayudarlo.

Hay que ayudar a construir un espacio mental, en el que distinguir lo interno de lo externo, la realidad de la fantasía, el sueño de la realidad.

Tenemos todo un conjunto de patologías con nombres diferentes, que forman parte del Trastorno Mental Grave: patologías límite o borderline, patologías narcisistas o anaclíticas, disarmonías evolutivas, personalidades de falso self o esquizoides, niños abandónicos, víctimas de sevicias y con carencias graves. Pueden presentar perturbaciones dominadas por la depresión, trastornos de comportamiento, manifestaciones psicosomáticas o dificultades cognitivas. Misès recomienda reagruparlos todos bajo la denominación de **PATOLOGÍAS LÍMITES**, a partir de mecanismos psicopatológicos específicos comunes.

En todas las patologías límites hay defectos precoces de contención en los inicios de la vida, insuficiencia en los aportes libidinales necesarios para el buen desarrollo psíquico, las madres o sustitutos maternos no han podido asegurar los movimientos de para-excitación suficientes, pero sin que haya habido verdadera ruptura que provoque la descompensación psicótica. También hay discontinuidad en la utilización del espacio transicional, o simplemente no existe, no hay juego presencia-ausencia, falta el proceso de individuación. Alcanzan la posición depresiva de Klein, pero no llegan a elaborarla.

Uno de los síntomas más frecuentemente descritos en estas **PATOLOGÍAS LÍMITES** es la perturbación del curso del pensamiento. Parece estrechamente ligado a la gran intensidad de la problemática depresiva. No se caracterizan por una incoherencia persistente como en las psicosis de tipo desorganizadas, sino por una irrupción del proceso primario en un proceso de pensamiento que funciona bajo el proceso secundario como fórmula R. Diatkine. La forma más típica del trastorno de pensamiento es la de la aparición intermitente de una vida fantasmática arcaica y muy agresiva, expresada de forma muy cruda, que alterna con modos de expresión de fantasías inconscientes mejor organizadas a través de un funcionamiento simbólico. Para Palacio y Dufour, esto constituye una perturbación específica de este funcionamiento simbólico, cuyo mecanismo se asemeja al trastorno del pensamiento de la manía clínica.

Presentan gran amplitud de fantasías agresivas para unas posibilidades libidinales limitadas, y dispersan esa angustia invasiva e intolerable mediante desplazamientos masivos de las pulsiones conflictivas sobre representaciones de muerte, destrucción o persecución. El Yo intenta así alejar las pulsiones conflictivas de los objetos primitivos y de atenuar la severidad de la angustia. Los lazos (ligazones) entre el objeto simbolizante y el objeto simbolizado y los que unen los afectos a las representaciones no consiguen mantener la estabilidad de un funcionamiento simbólico de tipo neurótico, y observamos un curso del pensamiento que se asemeja a la "fuga de ideas" de la manía. A veces, se da todo lo contrario, inhibiciones masivas del proceso de pensamiento, pero en todos los casos son pulsiones agresivas que se vuelven contra uno mismo o de las que

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

uno se defiende. Estas vivencias persecutorias surgen frente a intentos de simbolización que abortan, ya que el objeto simbolizante se vive como portador concreto de la sobrecarga de las pulsiones, sobretodo agresivas ("ecuación simbólica" de Hanna Segal)

Una de las mayores dificultades que presentan está en las bases del narcisismo, alteradas muy precozmente, principalmente por la incapacidad materna de investir ese niño como un objeto real, diferente del niño imaginario y distinto de ella misma. Desde ahí, tras los clivajes que se van a instaurar, se mantiene una dominio narcisista que prohíbe el acceso de ese niño a aspiraciones personales que podrían liberarlo del poder alienante de sus padres.

Los riesgos evolutivos pueden ser graves, sobretodo en la adolescencia, con situaciones de violencia, enfrentamientos con el entorno, manifestaciones depresivas, conductas adictivas y comportamientos autodestructivos. Estas alteraciones están relacionadas con la afectación narcisista, la depresión, amenaza de pérdida del objeto y fallas en la capacidad de pensar. Ya sea mediante actuaciones o mediante evoluciones con poca sintomatología, el riesgo principal en la adolescencia está en entrar en patologías graves de la personalidad.

El trabajo con algunos de estos pacientes no permite entrar en procesos de elaboración, las familias son de abordaje difícil. Por esto, los equipos tienen que plantearse abordajes diferentes como apoyarse en los lugares habituales de vida de estos jóvenes, manteniendo relaciones estrechas con la escuela y con los lugares de reunión de jóvenes como educadores de calle, centros de tiempo libre, etc. Se trata de, aunque sea de forma discontinua, poder ofrecer un lugar de referencia en el que apoyarse y elaborar un proceso.

Si pasamos al registro de las **PSICOSIS**, sabemos que la psique debe de garantizar al sujeto el sentimiento de continuidad existencial: ayer era el mismo que sigo siendo hoy, y probablemente seré mañana, aunque se puedan tolerar pequeñas variaciones. Todo lo que amenaza este sentimiento de continuidad existencial produce inquietud, angustia o pánico. Si esta amenaza es invasora, la psique debe de encontrar un escenario al que aferrarse para conservar una continuidad aunque sea ficticia. La pubertad y sus cambios son una enorme amenaza psicótica potencial, que se puede llamar "psicosis puberal" entendiendo este concepto, no como un diagnóstico cerrado, sino como el potencial negativo de desorganización. Además, para afrontar el envite de la pubertad se necesita una base de narcisismo sólido.

Para Winnicott la psicosis es la traducción de una amenaza mayor sobre el sentimiento de continuidad de la existencia. Utiliza el concepto de derrumbamiento, que más tarde será retomado por E. Laufer y M. Laufer como breakdown, traducido como ruptura, en la adolescencia. Tanto para ellos con la amenaza de derrumbamiento, como para P. Blos con la dificultad de separación /individuación, la primera infancia sienta las bases para la comprensión psicopatológica de la adolescencia. E. Laufer y M. Laufer han propuesto una diferenciación clínica de las manifestaciones psicóticas en la adolescencia, en episodio psicótico, funcionamiento psicótico y psicosis constituida.

En los adolescentes psicóticos podemos observar:

- Una confusión de las referencias identificatorias.
- Una excitación sexual, tanto interna como externa, que los atraviesa y que tratan desesperadamente de ligar de las formas más diversas.
- Un objeto primario que mantiene la indistinción primitiva en lugar de favorecer la diferenciación progresiva, mediante un dominio alienante o una excitación indefinida ligada a su carencia.

Semejante amenaza sobre las bases narcisistas y la relación de objeto puede convertirse en absolutamente intolerable en la adolescencia, principalmente por ser el momento en que el sujeto se intenta plantear como autónomo, con su identidad sexuada, frente a un entorno familiar que , demasiado a menudo, trata a todo precio de mantener sobre él un dominio o un rechazo denegado, y esto cada vez que el sujeto se siente obligado a buscar un reaseguramiento contra el exceso de excitación, por la invasión que supone la presencia permanente del objeto externo.

Se producirá entonces, una colusión psicotizante entre un conflicto de identidad actual y la fragilidad narcisista primaria. Esta fragilidad es aún más intensa cuando se añaden mensajes, ya sean secretos, o dobles mensajes parentales, que conciernen al origen del sujeto, su lugar en la sucesión de generaciones, sus experiencias propias o las de sus genitores en referencia a él. De esta forma, se da una suma de desligazones, que suponemos ha sido masiva desde los orígenes, y enseguida ha dejado al sujeto invalidado y a merced del objeto. La reactivación del Edipo en la adolescencia amplifica hasta lo intolerable (incestuoso o asesino) las interrelaciones en el seno del triangulo edípico. Entonces se despliegan los sistemas defensivos calificados como psicóticos, especialmente las formas de no-toma en cuenta de la realidad interna y externa, con el clivaje que implican, yendo desde la denegación hasta la desinvestidura más o menos masiva.

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

Todos conocemos diferentes manifestaciones de esta lucha contra la amenaza psicótica, como ataques al propio cuerpo, tentativas de suicidio, trastornos graves de conducta alimentaria. Lo importante es reconocer que estas manifestaciones no son patognomónicas de ninguna organización psicopatológica precisa. La psicosis en la adolescencia corresponde a un estado de alta vulnerabilidad en el que la ruptura de los lazos parece ser la solución al sufrimiento, ruptura de lazos entre la psique y el cuerpo, de los lazos de esta psique con los otros, provocando un auto engendramiento omnipotente, o ruptura de toda ligazón asociativa dejando al funcionamiento psíquico a merced de su propia negatividad o a la locura del momento.

D. Marcelli insiste en la dificultad del diagnóstico de psicosis en el adolescente. Para él, habría que trabajar sin exigir la certitud diagnóstica como condición de tratamiento. Buscar certitudes diagnósticas nos llevaría a hacer lo mismo que el adolescente, borrar la duda. Quizás esta sea una de las diferencias fundamentales con la psiquiatría biológica de adultos, en la que propugnan que no se puede tratar a un paciente si no hay certitud diagnóstica. La apertura de la relación terapéutica sobre un tercero se hace imprescindible para tener una mirada más lejana, no tan implicada en la cercanía del tratamiento psicoterapéutico. El adolescente en riesgo de psicosis busca sentido, pero necesita del acompañamiento, para que, dejándole libre sobre el camino que decida tomar, le muestre los momentos en los que puede entrar en un callejón sin salida. El adolescente necesita tener las puertas abiertas para ayudarlo en su evolución.

Bernard Pénot, en su artículo sobre el trabajo en hospital de día para adolescentes, explica cómo, asumir subjetivamente las vicisitudes de su propia existencia, siempre ha sido un trabajo esencial para el ser humano. Los trastornos con los que trabaja pueden ser trastornos del curso del pensamiento, que pueden llegar a diversas formas de delirio y/o trastornos de comportamiento, que pueden llegar a ser un verdadero delirio actuado en pacientes denominados "limites". Como si el joven estuviese desposeído subjetivamente, pero diferente de lo que produce la represión en los neuróticos.

Para Pénot se trata de un defecto del proceso de simbolización. El desarrollo simbólico requiere una relación entre tres componentes: el Yo, el símbolo y el objeto simbolizado. El mecanismo en este caso sería la expulsión fuera del pensamiento, de lo pensable. El mecanismo que priva a ciertas representaciones de su posible significado, sin borrarlas, como haría la represión en los neuróticos. Freud habla de la renegación (déni) como un proceso que no es ni raro, ni especialmente peligroso en la vida psíquica del niño, pero que en el adulto sería el punto de partida de una psicosis. Como la renegación se ejerce sobre la realidad externa, (ante la ausencia de pene en la niña, los niños reniegan la falta, creen haber visto un miembro), Freud ve, por oposición a la neurosis, el primer tiempo de la psicosis: mientras el neurótico reprime las exigencias del ello, el psicótico comienza por renegar la realidad. Semejante rechazo fuera de significado produce como mínimo una liberación de la carga afectiva, reduciéndola a una inquietante extrañeza. Pero esta puesta fuera de lo simbólico tiende a hacer desaparecer al propio sujeto de un posible juicio cualitativo y atributivo. Todo ocurre como si el paciente hubiese sido privado de las raíces significantes que le permitan poner palabras clave que permitan la comprensión de lo que le sucede.

El trabajo con adolescentes con dificultades de subjetivación muestra muy frecuentemente, que los sectores en los que su pensamiento se atasca, son sectores problema para sus familias, principalmente para sus padres. Nos encontramos con ciertos bloqueos del pensamiento en los padres: una dificultad a la hora de mantener un discurso que explique ciertos momentos importantes (pruebas) de su historia personal. Se trata de un tipo de defensa narcisista, que hace de barrera respecto a una vivencia traumática, a una herida sentida en cierto nivel generacional de la familia.

Toda expresión verbal de la propia historia (generacional, nacional) implica necesariamente la aceptación de cierta crítica, mediante el reconocimiento de las carencias, faltas, fallos que han podido jalonar esa historia. Pero reconocer los fallos supone una reactivación de las defensas narcisistas para obturar las heridas del amor propio.

El problema está en que la prevalencia en una familia de este tipo de defensa, priva al joven de referencias en el discurso, que le son indispensables para tratar mentalmente su herencia histórica. Esto toma la forma de un rechazo, de una negación comunitaria, familiar, privando a la siguiente generación de ciertos lazos del discurso que le impiden situarse y asumir su propia génesis existencial. Podemos decir que la familia fracasa en la creación de "mito" familiar suficiente.

Esta visión generacional de las dificultades de mentalización de los pacientes con Trastorono Mental Grave reposa en la idea de una "matriz originaria activa de significados" necesaria al inicio de la constitución de cada ser humano para fabricarse un discurso interno y una vida fantasmática- lo que Lacan llamó "disposición

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

para fantasear". Todo indica que esta matriz primera se constituye al inicio de la vida de cada uno con las interacciones madre-bebé, en lo que Winnicott describe como espacio transicional, en el que las respuestas de la madre (verbales, gestuales) a los primeros esbozos pulsionales del recién nacido van a proporcionar elementos de significado que progresivamente irán tomando sentido para el bebé.

Parece que este modelo que coloca los primeros significados en la madre o sustituto indicaría el mejor dispositivo terapéutico para trabajar con los trastornos graves de la subjetivación. Estos pacientes nos obligan a remontarnos al origen de este proceso de subjetivación, a la fase que M. Klein designó como esquizoparanoide. Para tratar algo desde ese momento es necesaria una transferencia troceada, dividida entre diferentes protagonistas.

Lo que Pénot propugna para una institución terapéutica que se proponga ayudar a jóvenes con este tipo de dificultad, es que debe de procurar, no solo un lugar para poner palabras, sino también un espacio para vivir conjuntamente y permitir el surgimiento de un discurso cambiable a partir de la experiencia vivida conjuntamente. Pero para que surja ese tipo de palabra no basta con compartir actividades de la vida cotidiana, es necesario ser el soporte para retomar las fallas de cada caso, a partir de la transferencia de éstas en la institución.

Una parte importante del trabajo institucional es la de reconocer la reproducción en la institución de las dificultades específicas de cada caso, su reactualización a través del contacto cotidiano. A menudo se organiza un movimiento de descalificación entre los miembros del equipo proporcional y recíproco al grado de psicotización del paciente. Se puede pensar como una manera particular de desplazamiento sobre el equipo terapéutico de las relaciones existenciales primarias de ese paciente en su medio original, en la matriz inicial del pensamiento subjetivo. Esta idea puede ser útil para soportar el fenómeno. Es importante preservarse en lo posible de la búsqueda de culpables, de quien tiene razón. Freud dice que el juicio atributivo es el mecanismo por el que se delimita el Yo. (1925).

Una condición indispensable para este trabajo es que cada uno, tenga el rol que tenga, pueda expresar libremente el rol subjetivo que siente en esa situación. Cuando se consigue aparecen vivencias, chocantes entre ellas, pero que permiten pensar en común.

Lo principal es que lo que aparece transferido de esta manera es la dinámica de rechazo-repudio-desautorización, que frecuentemente es la manera de relación en el entorno primero del adolescente en cuestión. Se impone mediante la repetición inducida en el otro. Este fenómeno no está determinado por la organización fantasmática del paciente. Al contrario, veremos que lo que falta en el paciente es precisamente una construcción fantasmática, al menos en esta parte de su psiquismo. La hipótesis de Pénot es que este fenómeno de inducción produce la actualización en la relación terapéutica, de huellas perceptivas precoces que no han podido adquirir una verdadera imagen mental. El trabajo de representación psíquica y su puesta en palabras realizada entre terapeutas será lo que pueda ofrecer cierta restitución para el adolescente de las referencias significativas que le faltaban para poder estructurar su experiencia singular.

Todo ocurre como si para la puesta en imágenes y en palabras, inaccesible hasta el momento para el paciente, fuese necesario un paso primero por el terapeuta-otro y un trabajo sistemático de auto reconocimiento por ese otro. Todo esto para permitir al paciente apropiarse subjetivamente de nuevos útiles de representación mental para su uso propio. En este estado, pre-subjetivo, parece lógico abstenerse de interpretaciones directas.

El hecho de que el fenómeno haya sido reconocido y soportado por los terapeutas el tiempo necesario, parece ayudar a salir del estricto movimiento de repetición, y muestra una notable mejoría sintomática. Este movimiento de inducción no está en la contratransferencia, ya que esta se basa en una proyección fantasmática del paciente sobre el terapeuta, y en este caso no hay aún constitución de fantasía. El terapeuta se va a sentir atrapado por el mecanismo de repetición mediante un cortocircuito de su propio sistema preconsciente, por eso, no se puede hablar de transferencia objetal.

En este tipo de pacientes es necesario tener en cuenta que el grado de clarividencia de cada profesional sobre el caso, no depende tanto de su grado de formación, como de la posición transferencial en la que se encuentra respecto al caso. Es esta posición la que determina el grado de implicación subjetiva, y por tanto de ceguera de la situación. Estos posicionamientos subjetivos se caracterizan por ser vividos como los más objetivos y profesionales posibles. Sólo mediante la puesta en relación con los posicionamientos de los otros, se puede dar uno cuenta de la extraña incompatibilidad entre ellos, y ver que se trata de una manera compleja, proyectada de la renegación- rechazo-clivaje (déni-désaveu-clivage) inherente al caso.

Lo que da especificidad al trabajo del psicoanalista es el soportar la transferencia y ponerla a trabajar, ya

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

sea una transferencia de la fantasía o una transferencia troceada por la renegación-clivaje (déni-clivage). Desde un punto de vista psicoanalítico, se trataría de intentar que donde estaba el ello, advenga el yo.

Freud (1915) define el proceso de subjetivación como el momento en que se organizan las relaciones matriciales fundadoras de la subjetividad naciente, a través de las interacciones pulsionales con los primeros referentes. Se trata de un primer tiempo subjetivante en el que el protagonista parental hace y deshace, el padre o la madre son la realidad. Cuando este proceso no ha sido posible, o ha estado trabado por alguna razón en el desarrollo del paciente, necesita ser retomado terapéuticamente, y esto se realiza a través de la inducción repetitiva en los terapeutas de las posiciones troceadas, divididas en una relación de desautorización. A partir de ahí ciertas experiencias primarias en dificultad de subjetivación (huellas psíquicas a falta de imagen mental) podrán ser rearticuladas en términos simbolizables para transformar gradualmente la experiencia.

FAMILIAS

Cuando los padres de niños psicóticos llegan a consulta, la mayoría de las veces ya han hecho un recorrido anterior. Pero, en casi todos los casos, hablan en términos muy vagos y generalmente exploratorios. Describen los hechos a los que están acostumbrados. Pero hablan de niños que sufren trastornos disociativos, niños psicóticos, o borderline.

Cuando ves al paciente, la transferencia es inmediata, su comportamiento es a veces destructivo y violento, sin embargo parece aceptar con un sosiego esperado desde hace tiempo, las palabras que intentan dar sentido a su comportamiento.

Con los padres hay que darse cuenta de que las palabras hacen daño, solo confirman lo que ya les habían dicho: el niño tiene una patología mental grave. La sombra de la locura parece haberse instalado en ellos. Hay unos momentos de evidente dolor, y consiguen retomar el control, normalmente el tono obsesivo suele ser el dominante. A pesar de aceptar el tratamiento es bastante frecuente que anulen las citas posteriores o que interrumpan el tratamiento.

Sobre los padres a los que se anuncia la patología mental grave de los hijos cae de repente una gran responsabilidad y el sentimiento de falta. Se produce una mezcla de sentimientos que saturan la relación con el terapeuta. Son padres marcados por la incertidumbre y el fracaso, y en ese momento se enfrentan solos, cada uno por su lado, con su impotencia y culpabilidad. Están desconcertados y se sienten más frágiles que nunca. Una gran herida narcisista, que nos toca recoger para proteger las posibilidades de tratamiento del hijo/a.

Lo más llamativo es la gran ansiedad que invade a los padres, su vivencia de objetos anaclíticos marcados por el fracaso, así como la cantidad y la calidad de impotencia, de desamparo y de miedo, que inaccesible a su experiencia verbal, les paraliza y a veces les atrapa en una repetición pasiva de lo que les ha ocurrido.

La identidad de estos padres percibe cada acercamiento como una intrusión, una indiscreción indebida, pero por otra parte si subestimamos sus expresiones emocionales o no damos respuesta a una pregunta implícita nos podemos encontrar con un fondo depresivo que va a complicar la apertura inicial. Por todo esto, hay que ser especialmente cuidadosos a la hora de establecer sobretodo las primeras relaciones con la familia.

Pero, para trabajar con pacientes graves en la adolescencia es necesario actuar a dos bandas: en la realidad interpersonal del adolescente con un trabajo con la familia, y en la del mundo intrapsíquico con un trabajo personal. Sobre todo en los inicios del tratamiento, el Yo del paciente es un Yo muy frágil, y se apoya en el Yo de otros miembros de la familia, que en los casos más graves tiene que encargarse de un mínimo examen de la realidad. Se trataría de integrar en el tratamiento las partes que el paciente escinde y proyecta en su familia, y tener en cuenta al trabajar con la familia que el paciente es el portavoz de un funcionamiento familiar paralelo, no dicho, pero compartido por sus miembros.

En el trabajo con la familia nos enfrentaremos a situaciones muy complejas, intergeneracionales en muchos casos y que pueden dar identificaciones alienantes (R. Cahn), objetos enloquecedores (García Badaracco), que aplastan al paciente.

Este trabajo debe de proporcionar una integración subjetiva de calidad de la experiencia vivida. Para esto, el trabajo entre diferentes intervinientes permite retomar ese primer momento de la relación madre-hijo.

Todas las especificidades del funcionamiento psicótico: la prohibición del pensar, la fantasía incestuosa, la no diferenciación dentro-fuera, la falta de espacio privado para uno mismo, la dificultad de individuación- separación, las identificaciones alienantes, etc., se manifiestan en el funcionamiento cotidiano de las interacciones paciente-familia, y nos confirman que el trauma no es un suceso concreto que ocurrió en un momento dado, sino que es un tipo de funcionamiento que coexiste junto a otro "normal".

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

El trabajo en estas situaciones es difícil porque corremos un riesgo continuo de que el paciente o la familia no soporten el tratamiento, por los movimientos que supone y que pueden sentir como peligrosos, arriesgados, pues se tambalea todo el edificio construido conjuntamente para defenderse del peligro de aniquilación.

La alianza terapéutica es lo principal que se debe construir, pero supone una cierta dependencia del terapeuta, de la institución, y esto choca con la necesidad de buscar autonomía del adolescente. Es necesario encontrar un equilibrio que permita soportar la dependencia para ayudarle en el camino hacia la separación sin fractura psíquica.

En los pacientes que presentan trastornos del tipo de disarmonías psicóticas, las dificultades de integración escolar se expresan mediante el comportamiento, dificultades de control pulsional con la irrupción, en diferentes actividades de expresión que se les pide, de una fantasmática inquietante de tipo devoración, muerte, etc. Los trastornos de la simbolización que aparecen en actividades abstractas, y cuando hay que organizar un discurso, no suelen impedir la escolarización en primaria. Pero son pacientes muy sensibles a las situaciones de fracaso, vivido como una amenaza a su integridad, por lo que es necesario que la organización escolar sea suficientemente continente como para soportar situaciones de angustia y agitación.

Cuando se trata de problemas de comportamiento, para que el problema cambie, se necesita tratar el entorno en el que vive el adolescente. Uno de los principales pivotes es la familia. Sería necesaria una intervención que reduzca las identificaciones proyectivas, ya sea mediante una terapia de familia o intervenciones no tan organizadas que ayuden a mejorar el funcionamiento familiar.

También la intervención con la escuela, con educadores de calle o algún interviniente que pueda asegurar la inclusión en un grupo de iguales es necesaria en estas situaciones. De hecho, para hacernos una idea de la importancia de lo relacional-social, la única diferencia encontrada en el estudio de Barter, entre los adolescentes que recidivan tras una hospitalización por tentativa de suicidio, y los que no recidivan está en la existencia de un contacto al menos semanal con sus amigos.

BIBLIOGRAFÍA

Bursztejn,C. et Gerber,R. (2001). «Quelle école pour les enfants autistes ? ».Enfance&Psy, 2001/4, no 16.

Cahn, R.(2004). La place de l´adolescent et la subjectivation. Adolescence et folie. Paris: Fil Rouge

Guignard, F. (2009). Reflexiones de una psicoanalista acerca del niño en la sociedad occidental hoy. Filigrane, septiembre 2009.

Jeammet, Ph. (1989).La apuesta narcisística de la adolescencia. Temas de Psicoanálisis, año VII nº 12 , diciembre.

Ladame, F. (1981). Les tentatives de suicide des adolescents.Paris: Masson.

Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1988). Vocabulaire de la psychanalyse.Paris : P.U.F.

Misès, R. (1990).Les pathologies limites de l´enfance. Paris :P.U.F.

Nicoló, A.M. (2009). Descompensación psicótica en la adolescencia. Psicopatología en salud mental del niño y del adolescente, 14, 39-48.

Nicoló, A. M.(2011). El trabajo clínico con los adolescentes difíciles. ¿De qué manera ha cambiado la técnica?Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid, n.º 63, 103-123.

Palacio, F. y Dufour, R.(1994). Diagnostic structurel chez l´enfant.Paris:Masson.

Pénot, B. (2006). Pour un travail psychanalytique à plusieurs en institution soignante. Revue Française de Psychanalyse.2006/4, vol. 70.

Pénot, B. (2007). El equipo psicoanalítico en el hospital de día. Revisión de algunas condiciones para que los pacientes se adueñen de su propia subjetividad. Psicoanalisis. vol. XXIX-Nº3-2007

Rodríguez, M.E. Acerca de la clínica del narcisismo en la adolescencia.(no publicado).

Sabatini-Scalmati, A. (2008). La relación con los padres de niños psicóticos. En Geissman, C. y Houzel, D. (dir.),Psicoterapias del niño y del adolescente. Cap. 37. Madrid: Ed. Síntesis. (Org. 2003).

Urribarri, R. (2000). Patología en la adolescencia y su relación con la latencia. Rev. de Psicoanálisis, LVII,2.

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

INTERVENCIONES EN EL MEDIO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE*

CHILDREN AND ADOLESCENTS' SEVERE MENTAL ILLNESS: ACTIONS IN THEIR ENVIRONMENT.

Jose Luis Gutiérrez Iradi**

RESUMEN

La atención del T.M.G. exige un análisis y una comprensión de las nuevas realidades familiares y sociales en las que, la creación de nuevos servicios dependientes de instituciones diferenciadas (sanidad, educación y servicios de Diputación y municipales) en objetivos, comprensiones y medios profesionales de abordaje. Esto plantea prioridades de coordinación y trabajo en red que según la gravedad de los casos, y la calidad y complejidad del trabajo de articulación, permiten un trabajo integrador. Sin embargo, en los casos más graves, esta colaboración no permite la creación de un holding continente básico ya que la fragmentación puede verse reforzada por la multiplicidad de intervinientes. En estos casos la creación de unidades y servicios institucionales hiper especializados (centros de día y unidades residenciales para psicóticos) deberían ser la alternativa consecuente para una adecuada asistencia tanto a los menores como a sus familias desbordadas por la complejidad clínica de los cuadros severos.

PALABRAS CLAVE: TMG, unidades institucionales específicas, articulación, integración, holding-continente básico.

ABSTRACT

Attention of Severe Mental Illness requires the understanding of all-new-different types of families and social realities, as well as the creation of new institutional services with different objectives and ways to intervene from their own prospective (educational, health and political administration). To accomplish this unified work, and due to its complexity in articulating the interventions with different professionals and the severity of the patients, a list of priorities regarding network coordination is needed. However, in the most severe cases it does not allow to work as a sort of basic holding continent because the variety of interventions might develop an enhanced fragmentation. Therefore, the creation of specialized institutions (day centers and residential units for psychotics) should be a clear alternative to assist these minors with as well as their usually overwhelmed families.

KEY WORDS: Severe Mental Illness, specific institutions, articulation, integration, holding, continent.

Dentro del entorno del Trastorno Mental Grave, tenemos que considerar en un primer lugar las familias"

* Ponencia presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas" tuvo lugar en San Sebastián los días 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Coordinador Unidad de Atención Precoz y de TMG Infantojuvenil. Equipo de Psiquiatría Infanto juvenil. Donostia. Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Osakidetza, Zumalakarregi etorbidea 24, 20008 Donostia. E-mail: jlgutierrez@euskaltel.net

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

de los niños y adolescentes. Algunas de las vicisitudes de las "nuevas realidades familiares actuales ya han sido abordadas por B.Garmendia. Estas "nuevas realidades familiares" en muchos de los casos no hacen más que acentuar el descreimiento, el distanciamiento y la confusión de los jóvenes ante los dilemas identificatorios y el Gran Dilema ya señalado por Freud: "hacer como dice o hacer como hace el adulto".

La identificación histérica al rasgo, al hacer, al comportamiento del grupo, organiza el consenso y la verdad virtual de jóvenes, e incluso de padres, que justifican los actos y las vivencias de los adolescentes con el discurso social: "es que mi hijo está muy adolescente", "le pasa esto y lo otro porque está adolescente perdido"… . En estos contextos familiares complejos y en las realidades sociales hiper complejas los adolescentes naufragan entre identidades maternas y paternas difusas, desafectadas y racionalizadoras ante las que el diagnóstico de gravedad de la dificultad de hijo hace que se desencadenen reacciones de angustia que deben de ser tratadas como momentos de crisis y que abrirán posteriormente las puertas a temas de duelo que en muchos casos serán duelos prolongados y en otros generarán renegaciones o reacciones traumáticas.

Tanto en unos casos como en otros, la exigencia de una valoración detenida de las historias familiares de las personas de referencia del menor, así como del diagnóstico estructural de personalidad de estos referentes será básica.

Sin entrar en el análisis de las influencias etiopatogénicas de la psicopatología familiar o materna ya valorado en otros trabajos y revisiones de estudios como los de Manzano y Palacio sobre la psicosis infantil, nuestra experiencia nos lleva a confirmar lo señalado por Manzano que citando a Ruter subraya que solo 2 hechos se desprenden como observación común en las familias de jóvenes pacientes psicóticos:

A/ La existencia en los padres de una mayor proporción de trastornos del pensamiento
B/ Un estilo particular de comunicación de la familia

Esta observación confirma nuestra corta experiencia de familiares de niños atendidos en nuestra Unidad de Atención Precoz y diagnosticados en su mayoría genéricamente bajo etiquetas diagnósticas de "psicosis simbióticas", "trastornos psicóticos desorganizativos" o "trastornos generalizados del desarrollo". En la mayoría de las familias de los 34 pacientes atendidos en los 6 años de existencia de nuestra Unidad, una característica común emerge en la práctica totalidad, de las familias de los pacientes y es la presencia durante el primer y/o el segundo año de vida de depresiones post-parto, depresiones blancas, acontecimientos de vida desorganizadores de la frágil homeostasis familiar y personal de los padres así como dificultades médicas precoces desestabilizadoras del desarrollo y de las capacidades de contención de los niños por las familias.

Ejemplos de "acontecimientos de vida desorganizadores":

Madre A: mujer de 32 años, hermano de 19 suicidado cuando ella contaba con 24 años. La abuela materna todavía lleva luto. Durante el embarazo y parto y primeros meses de su 1er hijo, a la madre le sobra todo el mundo. Ve a su hijo como un monstruo.

Madre B: Sus propios padres desaparecen (no por defunción) cuando ella tiene 16 años. Primero la madre y un mes más tarde, el padre. Ella, con su abuela, queda a cargo de sus 6 hermanos menores, de los que el más joven tiene un año. Asegura el crecimiento y la escolarización de todos ellos; cuando el menor cuenta con 18 años, emigra al País Vasco y con 34 años funda su propia familia.

Madre C: En el 2º año de tratamiento de su hijo de 5 años. Inexpresiva, anestesiada, como si nada fuera con ella. Maquillada como una maniquí. En el embarazo constantes angustias de muerte del bebé y miedos a responsabilizarse de él. Problemas con el pecho; el niño se le atragantaba. A su propia madre se le murió un hijo 2 años antes de su nacimiento. Ella es la 3ª hija con 2 varones de 2 y 4 años mayores que ella. Posteriormente nace una hermana 2 años más joven considerada como la rebelde de la casa. En medio de su adolescencia, su propia madre comienza a trabajar y ella tiene que ocuparse de sus 3 hermanos con grandes dificultades sobre todo con la hermana "rebelde".

Entendemos que estas vicisitudes existenciales, marcan los estilos parentales relacionales y comunicativos de los padres y constatamos las coincidencias con las observaciones de Selvinni Palazolli sobre los "juegos psicóticos en las familias" y sobre lo que ellos llaman "juegos de impas familiar" y sobre los impases en la pareja en las psicosis de la adolescencia.

Desde este punto de vista no podemos más que suscribir las necesidades de trabajo grupal e individual familiar con técnicas de trabajo cercanas a la óptica del pensamiento complejo que yendo más allá de la teoría psicoanalítica y de la teoría sistémica, integran en el aquí y en el ahora los movimientos transgeneracionales e individuales de los miembros integrantes de la familia. Citando a Selvinni Palazolli se trataría de pasar del pensamiento psicoanalítico al pensamiento sistémico y de él al pensamiento multidimensional (Morin).Entendemos que esta complejidad tendría que ver con el edipo infantil

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

y el edipo de lo padres inmersos en un "socius" en el que la transformación con sus crisis de valores y de referentes complejiza y crea nuevos modos y cuadros de sufrimiento.

En este sentido, en un segundo nivel y de forma, tal vez, mas preeminente en la adolescencia, el entorno social significativo tanto del niño como del adolescente con trastorno Mental Grave se asocia cada día más, con un entorno multiprofesional que pivota fundamentalmente en torno a dos espacios:

A/Escuela, con sus diferentes aportes y contribuciones a los alumnos con " necesidades educativas especiales": Pedagogos terapéuticos, auxiliares de comunicación, logopedas, módulos terapéuticos…

B/ Los servicios sociales y servicios dependientes de organismos de bienestar social (Ayuntamientos, Diputación), que con sus psicólogos, educadores y servicios concertados intervienen en los abordajes terapéuticos de nuestros pacientes.

Asistimos así a una pluralidad de intervenciones, ópticas y comprensiones que, en el mejor de los casos, conseguimos articular, diferenciar, jerarquizar y modular para ajustarlos a las necesidades y al momento del menor y de su familia.

Sin embargo, en los casos más complejos, la caótica estructuración de los pacientes y de su entorno con sus transferencias múltiples en los numerosos intervinientes, complejizan la comprensión de la fallas y del funcionamiento basal de los pacientes, creándose así incluso una mayor desorganización ligada a una sobre-excitación desestructurantes.

En estos contextos, a nuestro parecer, es necesario tomar en cuenta que a la coexcitación natural e inevitable de la relación adulto-(niño-adolescente) se le añade una multiplicidad de intervinientes que, según los casos:

A/ Permiten un trabajo en red integrado e integrador a través de un trabajo de diferenciación y de recolección de las trasferencias, que permite reactivar la matriz significante de la problemática del paciente en cuestión.

B/ En otros casos sin embargo, no se crean las condiciones mínimas de un holding continente básico. Por ejemplo:

1. En niños-adolescentes y familias donde la proyección y la interacción confusionante (¿en descarga evacuatoria –operatoria?) se sitúan en un primer plano.
2. En niños adolescentes en los que predomina los funcionamientos desintegrativos, la multiplicidad de intervenciones e intervinientes pueden entrar en conflicto con su funcionamiento ya que en estos pacientes la fragmentación, que parece necesaria para su organización mental (Bion), corresponde también a un mecanismo de defensa que viene regresivamente a reemplazar las escisiones. En estos casos el trabajo en red, a pesar de las buenas condiciones, puede no permitir el abordaje del funcionamiento desintegrativo que puede perderse e incluso fragmentarse más potenciando las defensas del paciente y reforzándose así un abordaje fragmentario de comprensiones múltiples no articuladas.

Estas dificultades de articulación de las patologías más graves de la infancia exigen la creación de servicios institucionales hiper especializados, que garanticen una continuidad y un holding continente y favorecedor de una creación de sentido, que es solo garantizado por servicios específicos. Esto plantea la necesidad de creación de estructuras similares adaptadas a púberes y adolescentes así como a sus familias, que en esta fase de la vida necesitan de espacios diferenciados y diferenciadores, más si cabe, que en el periodo infantil precedente.

La finalidad es la creación, a través de diferentes mediaciones y aproximaciones psicodinámicas (grupales, individuales, familiares… educativas) de unos marcos institucionales que favorezcan la exteriorización primero y desde ahí, la interiorización y la sintonización de diferentes aspectos de la personalidad, y de los conflictos internos, e inter y trans generacionales a través de grupos de pares y de adultos.

La colaboración en este caso de las familias pasa por el reconocimiento de los trastornos así como de una, aunque sea mínima, disposición a colaborar en el intento de reactivación de las referencias significantes desorganizadas en las realidades intra psíquicas interpersonales de los adolescentes y de las familias. Como lo ha señalado B.Garmendia, "el trabajo con los adolescentes con dificultades de subjetivación, muestra frecuentemente que los sectores en los que su mentalización se desorganiza son sectores problema para las familias y concretamente para sus padres".

Nos encontramos con ciertas fijaciones del pensamiento y de los afectos que generan dificultades a la hora de sostener una dinámica y un discurso que explique ciertos momentos importantes de la historia personal, familiar y vincular. Estos conflictos narcisistas hacen de barrera respecto a vivencias traumáticas, a heridas sentidas a cierto nivel inter o trans generacional de la familia.

El trabajo institucional ya sea ambulatorio con programas de tratamiento intensivo ya sea trabajo en centros de día, crea las condiciones de organización de un espacio transicional que a través de la reverie

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

compartida reactiva y reactualiza en la institución movimientos emocionales proporcionales a los conflictos desorganizadores de los pacientes y sus familias en su medio original.

En el trabajo a doble banda se abordan la realidad interpersonal del adolescente con un trabajo con la familia, y el mundo intra psíquico con un trabajo personal. Sobre todo en los inicios del tratamiento, el Yo del paciente es un Yo muy frágil y se apoya en el Yo de otros miembros de la familia que en los casos más graves tiene que encargarse de un mínimo examen de la realidad. Se trataría de integrar en el tratamiento las partes que el paciente escinde y proyecta en su familia, y tener en cuenta al trabajar con la familia que el paciente es el portavoz de un funcionamiento familiar paralelo no dicho pero compartido por sus miembros.

Como lo señalábamos precedentemente estos sería los impases familiares señalados por Selvinni Palazolli y que conllevan situaciones muy complejas, intergeneracionales en muchos casos, que pueden crear identificaciones alienantes o incluso objetos enloquecedores (según términos de García Badaracco) que aplastan al paciente.

Todos estos elementos se manifiestan en el funcionamiento cotidiano de las interacciones paciente-familia y nos confirma que el trauma no es un suceso concreto que ocurrió en un momento dado sino que es un tipo de funcionamiento que coexiste junto a otro normal… lo que en muchos casos se presenta como conflictos del comportamiento cronificados desde los vacíos, no solo familiares o individuales de los adolescentes y sus patologías, sino también desde los vacíos institucionales, que por la carencia de instituciones contenedoras especializadas, reactualizan las fallas precoces de los entornos naturales de acogida y comprensión de los pacientes como sujetos psíquicos.

BIBLIOGRAFÍA

Garrone, G. Jablensky, A. et Manzano, J. Jeunes Parents Psychotiques et Leurs Enfants. SIMEP.

Manzano, J. et Palacio-Espasa, F. (1983). Étude sur la psychose infantile, SIMEP.

Palacio, F. y Dufour, R. (1994). Diagnostic structurel chez lenfant. Masson.

Palacio, F. /1993). La pratique psychoterapique avec l'enfant. Paidos

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, E. Selvini, M. Sorrentino, AM. (2012) Los Juegos Psicóticos en la familia. Paidos

Soule, M. et Golse, B. (1992). Les Traitements des Psychoses de L'Enfant et de L'Adolescent. Paidos.

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

INTERVENCIONES PSICOANALÍTICAS EN UNA ADOLESCENTE GEMELAR. ¿CÓMO CONSTRUIRSE DIFERENTE?*

PSYCHOANALYTIC INTERVENTIONS IN AN IDENTICAL TWIN TEENAGER. HOW TO MAKE ONESELF DIFFERENT?

Janeth Pombo Ruiz**

RESUMEN

Se destaca a propósito de un caso clínico de una adolescente gemelar, la trascendencia de las huellas mnémicas de vivencias traumáticas tempranas. Reivindicando la necesidad y pertinencia de la intervención temprana se reconoce la escasa presencia de esta modalidad terapéutica y se apuesta por la intervención en momentos tales como la adolescencia donde la capacidad de demanda de ayuda es más posible. La gemelaridad es considerada como una de las innumerables situaciones subjetivas predeterminadas por el destino que se agregan a la complejidad de todo inicio de la vida. La dialéctica de la oralidad se expone en las intervenciones psicoanalíticas que resultaron terapéuticas, en relación a síntomas como la anorexia. Se intenta transmitir la reconstrucción del psicoanálisis de una adolescente que reelabora tanto su estructura narcisística en la diferencia, como su cuerpo erótico marcado por la prematuridad al nacer de un embarazo gemelar dicigótico.

PALABRAS CLAVE: huella mnémica; intervención psicoanalítica terapéutica; adolescencia; embarazo gemelar dicigótico; dialéctica de la oralidad.

ABSTRACT

The significance of mnemic-traces coming out of early traumatic experiences is shown here as a consequence of a clinical case of an identical twin teenager. Claiming for the need and the relevance of an early intervention, an insufficient presence of this therapeutic modality is recognized here, and highly recommend it in such moments as the adolescence, when there is a greater demanding help capacity. Twinness is considered as one of the countless fate's predetermined subjective situations that is added to every life's beginning complexity. Dialectics of orality is displayed in psychoanalytic interventions that proved to be therapeutic, such as in cases related to symptoms of anorexia. This is the reconstruction of the psychoanalysis of a teenager who reelaborates not only her narcissistic structure in the

* Comunicación libre presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas" tuvo lugar en San Sebastián los días 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psicoanalista y neuróloga.. 981 938 987 / 981 823 057 / 616 519 580. Santiago de Compostela. La Coruña. E-mail: janethpombo@hotmail.com.

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

difference but her erotic body marked by the prematurity, as a consequence of being born out of a dicigotic twin pregnancy.

KEY WORDS: Mnemic-trace; therapeutic psychoanalytic intervention; adolescence; dicigotic twin pregnancy; dialectics of orality.

RÉSUMÉ

On souligne à propos d'un cas clinique d'une adolescente jumelle,l' importancedes tracesmnésiques d'expériences traumatiques précoces. En revendiquant la nécessité et la pertinence de l'intervention précoce on reconnaît la faible présence de cette modalité thérapeutique et il est parié sur l'intervention à des moments comme l'adolescence où la capacité de demande d'aide est plus possible.Le jemeaux est considérée comme une des situations innombrables subjectives prédéterminées par le destin qui s'ajoutent à la complexité de tout début de la vie.Ce qui est dialectique de l'oralité est exposée dans les interventions psychanalytiques qui se sont avérées thérapeutiques, par rapport à des symptômes comme l'anorexie. On essaye de transmettre la reconstruction de la psychanalyse d'un adolescent qui élabore tant sa structure narcissique dans la différence, comme son corps érotique marqué par la prématurité en naissant d'une grossesse faux jumeaux.

MOTS CLÉS:trace mnésique; intervention psychanalytique thérapeutique; adolescence; grossesse faux jumeaux; dialectique de l´oralité.

El doble ha devenido una figura terrorífica del mismo modo como los dioses,
tras la ruina de su religión, se convierten en demonios.
Sigmund Freud,1919. Lo ominoso

Los psicoanalistas estamos en tiempos de afianzamiento de los saberes acerca de los efectos estructurantes de las vivencias tempranas, de esas inscripciones originarias, marcas silenciosas, preverbales, que condicionarán el futuro de cada sujeto. Freud les dio nombre en un concepto que se remonta a los orígenes del psicoanálisis, el concepto dela huella mnénica. Se trata de una memoria de vivencias tempranas sin palabras que cimentarán el edificio de la construcción del "yo" en sus articulaciones pulsionales y morales.

Las intervenciones psicoterapéuticas tempranas demuestran sus impactantes efectos cuando recorremos la actual bibliografía que cada día enriquece más nuestra experiencia clínica y nuestro aparato teórico. Sin embargo, cuando la intervención ya no es "temprana" (valdría preguntarnos cuándo lo es), será en la adolescencia sufriente donde podremos recuperar lo que quedó sin procesar en la memoria inconsciente. Adolescencia que propongo abordar como oportunidad de rearmar el mundo interno ante los embates del amor, la sexualidad y la muerte en el mismo movimiento de retorno de las huellas mnémicas.

Los psicoanalistas tenemos la labor de insistir en la importancia radical de esas huellas que señalan lo originario y particular, en aquellas intervenciones terapéuticas dirigidas a sostener un camino donde el futuro del sujeto sea viable para sí mismo y en el devenir particular de la sociedad contemporánea.

Cuando un adolescente nos confía en su demanda la sombra del silencio de lo siniestro, en el encuentro transferencial tendremos una oportunidad de procesar y reparar aquello que, si bien no se reparó tempranamente, insiste en la memoria inconsciente del sujeto que en su infancia ha producido respuestas que no apaciguan las preguntas que la pubertad promueve. Respuestas subjetivas que están marcadas por inscripcionesde vivencias tempranas que se tornan inútiles. Respuestas caducas de la identidad infantil que, transformadas en síntomas, permiten una nueva oportunidad de intervención psicoterapéutica.

En realidad, los humanos somos el resultado de sucesivas intervenciones del otro, lo que Freud denomina "asistencia ajena". El otro que cuida, ama, daña o desampara; también de las intervenciones de otros desde la ciencia, la educación y las políticas sociales. Toda intervención nos implica con sus efectos o defectos. También la intervención del analista produce efectos que implican la puesta en escena de lo interno, insondable y no-dicho, que a solas amortaja y duele, pero que en la transferencia se transforma en un trabajo a reconstruir para la dignificación de la vida y el alivio al dolor, facilitando el acceso al deseo subjetivo.

Piera Aulagnier nos recuerda que una de las primerísimas tareas de la psique es la de darse a sí misma una representación de su propio funcionamiento. En la adolescencia esta tarea está en primer plano a través de la búsqueda de Identidades e identificaciones que permitan al sujeto ser parte del mundo adulto.

Françoise Doltó, en su libro "Sexualidad femenina. La libido genital y su destino femenino" escribe: "Los psicoanalistas de adultos han hecho notar muchas veces que esta etapa fetal de la vida es siempre actuante, pues se perciben sus huellas vitalizadoras o desvitalizadoras en las pruebas que se viven ulteriormente en los contactos cuerpo a cuerpo de los humanos". Es en la adolescencia donde los cuerpos en transformación reactivan "en

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

acto" aquello que tempranamente ha sido vitalizador o desvitalizador.

Destaco en esta ponencia el valor de las intervenciones psicoterapéuticas tempranas y la necesidad de su implantación eficaz en los lugares adecuados, pero asumiendo su insuficiente presencia actual se torna ineludible el encuentro clínico con sujetos que no han recibido una atención temprana y a través de su sufrimiento persistente, reclaman la oportunidad de sanar aquellas heridas innombrables. Y para eso nunca es tarde.

Anabel tiene 17 años y su hermana Teresa es su gemela idéntica. La gemelaridad en mi opinión, es una más de las tantas situaciones subjetivas predeterminadas por el destino, que se agregan a la complejidad de todo inicio de la vida. Nacer de a dos y prematuras, son condiciones no elegidas que causan experiencias devastadoras de dolor, violencia y desamparo en el mismo proceso de necesaria intervención terapéutica de la neonatología y el ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos. La incubadora se hace un espacio vacío de mamá, pero también un espacio vacío de otro bebé, habitáculo aterrorizante y devastador. A propósito de los embarazos múltiples, - cada vez más frecuentes debido a las técnicas de fecundación in vitro-, les propongo compartir conmigo la lectura de la estremecedora experiencia de una psicoanalista colombiana, Hilda Botero, en una UCI neonatológica donde ella interactúa con los bebés y las mamás:

"Es indescriptible la experiencia de permanecer al lado de estos bebés emergiendo de la bruma, de seres que desde el limbo gritan, lloran o simplemente se refugian en el silencio y se prenden a un estado de invisibilidad, **temerosos de existir y con pánico de no existir**. Estos bebés necesitan de alguien que descifre sus códigos para responder a sus demandas insistentes y algunas veces tan confusas para nuestro pensamiento."

Es así como percibo a Anabel cuando llega a la consulta acompañada por su madre, derivada por su ginecólogo a quien consultó por una amenorrea de 3 meses: temerosa de existir y con pánico a no existir. Pesa apenas 40 kilos y su rictus es de desesperanza mortífera.

La psicoanalista argentina Paula Fernández, en su escrito: "*Algunas reflexiones en torno a la constitución del psiquismo de los bebés de alto riesgo*", destaca lo reciente de la consideración de estas experiencias tras el nacimiento. Señala que "actualmente no se duda acerca del dolor que padecen frente a su propia patología, así como tampoco los que son infligidos a través de los cuidados de terapia" y nos recuerda que "también se sabe que el recién nacido carece de mecanismos de control frente a la irrupción del dolor (proveniente tanto de su propio interior, como del exterior)…."

Cuando Anabel consulta, no muy convencida aún de tener fuerzas para navegar en su interior, sabía sin saberlo que era una sobreviviente de su etapa fetal dicigótica, que le produjo una desnutrición intrauterina, un nacimiento prematuro (36 semanas de gestación) por la condición gemelar y el inmediato ingreso en la Unidad de Cuidados Neonatológicos donde permaneció en incubadora, apartada de sus padres y su hermana idéntica, durante 35 días.

Sobreviviente que ha ido construyendo, en su débil fortaleza, una Identidad que ya no tiene sostenimiento psíquico: "Siempre tuve algo, siempre fui la más débil" dice Anabel. "Siempre fue un caos" señala la madre. Pero llega a la consulta psicoanalítica a los 17 años, con severos problemas alimentarios, amenorrea y una insistente pregunta ¿para qué vivir?

La clínica psicoanalítica con adolescentes graves, cuando la vida orgánica peligra, es alarmante por su frecuencia actual. La inserción en un mundo donde hay que producir y consumir antes que crecer y pensar, es el caldo de cultivo de la quiebra de todo sujeto que haya vivido experiencias traumáticas tempranas, separaciones desgarradoras precoces o, lo que es igual, una imposibilidad de duelo de los objetos que siempre están perdidos.

Escribe la psicoanalista Beatriz Janin en relación a la clínica actual de la adolescencia: "todo adolescente se mira en un espejo que, como un caleidoscopio, le ofrece una imagen siempre discordante y siempre variable de sí. Y hay adolescentes que parecen no soportar los duelos y cambios que implica la adolescencia y, más que una pérdida a elaborar, enfrentan un dolor terrorífico". Esta descripción general se ajusta a lo que transmite Anabel con su presencia arrinconada y llorosa.

Una niña que "siempre tuvo algo" (terrores nocturnos, múltiples fobias, dolores abdominales, falta de socialización y que la madre refiere como "un caos"), a pesar de varias consultas médicas y psicológicas nunca tuvo oportunidad de intervenciones psicoterapéuticas. Como ya he destacado, es el ginecólogo que tras descartar un embarazo y sospechar un trastorno psíquico grave, indica la derivación psicoanalítica. Anabel demora algunos meses en cumplir esa adecuada indicación.

INTERVENCIONES PSICOANALITICAS

Destaco que en la clínica psicoanalítica las intervenciones constituyen una amplia gama de técnicas y artes sostenidas en el saber que cada analista ha asimilado como propio, que apuntan a lo terapéutico,

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

pero no siempre resulta tales. Sea una palabra en eco, una interpretación, un silencio, una construcción, una reflexión o una sonrisa del analista, resulta que no toda "intervención" es terapéutica hasta que no produzca un viraje del sujeto o un saber que "llegue al alma" al decir de Anabel al final de su análisis. Es por tanto "a posteriori" donde lo terapéutico se hace evidente y construye su lógica.

El psicoanálisis de Anabel duró 3 años. Llegó como aquella bebé aterrorizada y débil que hemos descrito al inicio, y tuve el honor de acompañarla en el camino del desarraigo de su identidad infantil como "la otra cara de su gemela idéntica", para poder encontrar su "diferencia subjetiva" del lado del amor, el trabajo y el cuerpo asumido como sexuado femenino y deseante. Camino oscilante entre la vida y la muerte bajo los efectos de sus vivencias tempranas que habían dejado huellas mnémicas incapacitantes que entorpecían sus pasos hacia la vida adulta.

Trabajé con los padres en algunos momentos muy duros como el de decidir si se realizaba el ingreso hospitalario. La madre, que no volvió a quedar embarazada por consejo médico pues sufrió un preeclampsia severa en su embarazo gemelar, me transmitió su desazón tras aquel parto: "No me dejaron tocarlas en la incubadora".

Tras señalarle mi interés en conocer los datos médicos de su parto e ingreso inmediato en la UCI neonatológica y con el informe de alta de Neonatología en mi mano, la oportunidad para intervenir me la dio Anabel con su rotunda frase: "No quiero engordar". Le señalé que tampoco había engordado en su etapa fetal y que nació desnutrida, "como lo estás ahora" le señalo. (Anabel pesó 1.800 gr y Teresa 2.500 gr). Su reacción fue, tras un silencio, comenzar a llorar y a contar sus primeros recuerdos.

La segunda intervención que resultó terapéutica surgió ante la encrucijada de su ingreso en una Unidad de Trastornos Alimentarios. Su médico le indica ingresar en una semana si no llega a pesar 40 k. Por el informe neonatal conozco que Teresa fue dada de alta a los 10 días y Anabel a los 35 días.Anabel dice: "Es un suplicio. Me impongo hacer ejercicio y no puedo parar. No puedo comer. ¡Son solo unos pocos gramos!". Le digo: "Unos pocos gramos que te pueden llevar otra vez a un hospital. ¿Porqué no intentamos juntas evitarlo?" Y Anabel a los 7 días había ganado 400 gramos que le ahorraron otro suplicio que a mi entender, la llevaría al retorno traumático de sus vivencias precoces y esta vez agotada de luchar. Su vida ha estado marcada por una dialéctica de separación forzada y precoz, siempre a destiempo (al nacer, en su estancia hospitalaria prolongada, en la escuela al separarlas en clase) y evitar el ingreso le daría la oportunidad de tener "su tiempo" para procesar, analizar y concluir. Este logro fue una alegría para todos los implicados.

Resulta lógico abordar entonces la dialéctica de su oralidad: bajo peso al nacer, destete, comer mal desde siempre, vivir a dieta desde los 15 años (con altos niveles de colesterol en sangre), adicción al ejercicio por imposibilidad de vomitar. Tras autodiagnosticarse "anoréxica" me dice: "Soy débil. Me callo y me trago todo". Le señalo la antítesis entre su imposibilidad de comer comida y su gran capacidad de "tragarse todo" y Anabel desvela el terror al desamparo, el miedo a otra separación (la de la adolescencia) y reconoce que necesita a su madre más que nunca, que la acaricie, que esté con ella y sobre todo, que la obligue a comer. Porque a "tragar libros ya me obligo yo", agrega. Estudiante sobresaliente hasta los 15 años, tragando libros en lugar de comida, leyendo los envases de cada alimento hasta la letra más pequeña sin poder comerlos luego evidencia su dialéctica invertida de la oralidad que reclama lo materno con obstinación. El vínculo preedípico representante crucial de la asistencia ajena, reclamado como un grito de auxilio.

De su hermana refiere aquello de lo especular que retorna como un clon siniestro. Dice: "Somos iguales, pero no tenemos nada igual; es que ella ocupa más". Es la oportunidad para darle datos que la separen del espejo insoslayable de su gemela idéntica, para verse en el propio que aún está oscuro. Le digo que tiene toda la razón, que "no hay una persona igual a otra, que incluso los gemelos idénticos no son iguales. Que el aspecto no es lo que determina las diferencias, pero que la gente a veces hasta confunde a los hermanos comunes, más aún a los idénticos". Me dice que es un alivio para ella saber eso y así comienza a rearmar su relación con su hermana. Analiza sus celos porque siempre sintió que Teresa valía más, que era una pasota y se divertía sin importarle el qué dirán, que está más gorda y le alegra mostrarle lo que es "estar delgada", que la odia porque no se enferma nunca. Y en pocos meses reflexiona: "Para ella también debe ser difícil tener una hermana como yo".

Al recordar la consulta con el psicólogo al que fue a los 9 años y el cual indicó la separación de las hermanas en clases distintas dice: "Me empezaron a maltratar los compañeros porque yo no sabía defenderme como Teresa. Cuando conocí a mi novio sentí que era un apoyo, alguien que no me iba a fallar jamás. Pero para estar más guapa me puse a dieta en el verano. Lo mío es no engordar"

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

Le pregunto: "¿O no crecer?" En las siguientes sesiones habla con interés del desconcierto ante lo que es crecer. Recuerda que siempre prefirió estar con gente que la necesitara como apoyo (una niña con Síndrome de Down de su vecindario, una prima con Parálisis cerebral a la que cuida a menudo) y admite: "Yo también parece que ahora necesito a alguien que me cuide y me haga cambiar". Transferencia positiva establecida como esperanza de cambio, le afirmo: "Crecer es cambiar".

Es su cuerpo desnutrido y desexualizado lo que va tomando voz. Asegura amar intensamente a su novio, pero no sentir ningún deseo sexual. "No me gusta mi cuerpo. Si como, de presión, me duele la barriga. Tanto luchar para sobrevivir y ahora me estoy abandonando" .Anabel tiene razón: de-presión es otra manera de hablar de lo mortífero que ha sido para ella luchar para sobrevivir y constituirse diferente a su idéntica. Le refiero que debe haber sentido mucha tristeza y dolor en la incubadora y comenta: "Me da terror pensar en estar sola en el hospital, sin nadie, en un lugar extraño. Cualquier bebé se asustaría. Ahora que lo veo y lo pienso así me vienen ganas de mejorar. " Y esa misma semana adopta a mi co-terapeuta: un perrito de 3 meses al que llama Eros. Momento de esperanza donde logra empezar a comer "con apetito". A partir de este momento Eros pasa a ser un co-terapeuta juguetón y pedigüeño que le hace sentir la experiencia del maternaje. Su peso se estabiliza en el peso adecuado a su edad y estatura. Reflexiona: "El ginecólogo entendió mi mensaje. Ahora me doy cuenta que la Anorexia no es del cuerpo". No tarda en comenzar con atracones de comida que le dan la oportunidad de hablar de la dialéctica de su oralidad en torno al vacío del ser.

Pone énfasis en su dificultad social. Intervengo para que verbalice qué fantasías la invaden cuando tiene una fiesta o una invitación a salir en grupo. Dice que se imagina el mundo como un dolor, "Yo excluida, sola y humillada. Al no comer quise que todos vieran que yo también valgo". Le interpreto entonces su narcisismo herido en su competitividad especular con Teresa y lo femenino. Su posición fantasmática se despliega en una secuencia de sesiones donde aborda esa escena de exclusión y lejanía. "quiero que los demás vean que yo soy otra". Puede entonces retomar con claridad que sus vivencias de separación la han dejado fijada a un apego inútil: a su madre y a su pareja, como una niña eterna y obstinada en evitar toda separación. Para Anabel separarse, mejor dicho, asumir su particularidad y diferencia, la remite al masoquismo como opción única. Separarse es quedar sola ante la humillación y reflexiona sobre su insistente demanda a su madre (y a su novio) de acompañamiento incondicional. Asumiendo así su realidad psíquica puede establecer la vivencia de su oralidad disarmónica con lo real de sus experiencias de separación. Y concluye: "No me voy a dejar comer por nadie. Tengo ganas de salir a bailar y ponerme guapa".

Puede acceder a su drama de identidad como gemela al entender que su hermana "ocupó más" y para destacarse como diferente realizó lo contrario en lo especular. Le señalo que "se puede destacar sin recurrir a lo opuesto". Así comienza el cuerpo sexuado a tomar consistencia real: se realiza un corte de pelo muy favorecedor, comienza a salir en pandilla, por primera vez se pone tacones y sobre todo me relata el placer que siente en vivir esas experiencias. "Ahora quiero conocer el mundo" afirma. Sus ciclos menstruales vuelven a ser regulares. Su apego receloso por su novio se torna enamoramiento y por tanto, aparece el deseo del encuentro sexual. Es que antes, afirma: "no me sentía mujer".

Su recurso de retorno a la instancia preedípica se va transformando en una hostilidad contra su madre. Ahora dice no aguantarla, reprocha la debilidad materna porque es muy permisiva. Es ahora cuando puede referir su rabia cuando ella lloraba ante el plato de comida y su madre le decía" "Déjalo si no puedes". Anabel deseaba que su madre no la dejara morir, esperaba que le impusiera comer. Es en esta lógica analítica donde entra en la etapa de elaboración edípica. Al fin el padre es nombrado y recordado como aquel que, ante la angustia de la madre por los sufrimientos de la paciente, era el que la atendía a la noche en sus terrores nocturnos, le leía cuentos, la llevaba al médico, la ayudaba a comer, en fin, se hacía cargo de hacerle ver su amor y presencia vitalizadora. Hasta ahora nada de este padre había tenido valor para Anabel, pero al recuperarlo en la elaboración de su trayectoria vital, siente nuevos bríos, está vitalizada y con deseos de asumir que ahora sí está preparada para cambiar, crecer, vivir. Sus palabras son evocadoras del proceso adolescente: "Quiero definirme".

Traigo aquí la reflexión que comparto con el psicoanalista Hugo Lerner en cuanto a la esperanza que sostiene nuestra clínica. Reflexionando acerca de la frontera entre psicoanálisis y psicoterapia expresa: "En la historia de un sujeto no todo es repetición o reedición, el psiquismo siempre está abierto a lo nuevo, a la edición original". Esa es la apertura que Anabel expresa en su deseo de definirse fuera del espejo narcisista de su gemelaridad. Atravesar el espejo, reinventarse respuestas, abordar la tragedia sin remilgos, da espacio a que surja la esperanza de entender que también la vida es comedia.

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

Anabel busca piso con su pareja para vivir juntos (pero no pegados) y compatibiliza un trabajo con el estudio de un Ciclo Medio que le implican irse a vivir a otra ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

Aulagnier, P. (1977). La violencia de la interpretación. Buenos aires: Amorrortu Editores (AE), 1988

Botero, H. (2005).Marcados por la separación. Revista Fort-Da Nº 8. Psicomundo:www.psiconet.com

Dolto, F. (2001).Sexualidad femenina. La libido genital y su destino femenino. Nueva edición revisada y ampliada. Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Fernández, P. (1998).Reflexiones en torno a la problemática del recién nacido de alto riesgo y sus padres, Revista Cuestiones de infancia. Patologías Tempranas. Vol. 3. Asociación de Psicólogos de Buenos Aires.

Freud, S. (1950 [1895]).Proyecto de psicología. Obras Completas. Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Janin, B. (2008).Encrucijadas de los adolescentes de hoy. Revista Cuestiones de infancia, Encrucijadas de la adolescencia. Vol.12. UCES. Buenos Aires.

Lerner, H. (2001). "¿Oro cobreado o cobre dorado? Reflexiones acerca de la frontera entre psicoanálisis y psicoterapia", Actualidad psicológica, año XVI, nº 287, junio de 2001. Buenos Aires.

Lipovetsky, G. (2002).La era del vacío. Barcelona: Editorial Anagrama.

Roehe de Oliveira Velloso, L. (1991). Estudio sobre gemelos y mellizos. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 1991 tomo XLVIII, nº 5/6s.

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

TALLER DE SENSIBILIZACIÓN EN SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA DE PREVENCIÓN CON ADOLESCENTES*

WORKSHOP ON MENTAL HEALTH: A PREVENTION EXPERIENCE WITH TEENAGERS

Jordi Artigue Gómez**, Aroa Manzano Alías***, Anna Oriol Sánchez****, Montserrat Martínez Gobern*****, Josep María Gassó Tarrida******, Amelia Franquesa Freixas*******, Sisa López Morales******** y Jorge Luis Tizón*********

RESUMEN

La prevención en salud mental es un objetivo prioritario que al utilizar actividades accesibles a la población evita la estigmatización y favorece la detección y tratamiento precoz. En el ámbito escolar la Educación Secundaria Obligatoria es el último escalón social donde se vinculan todos los ciudadanos.El taller se realiza en base a una actividad grupal con estímulo previo: el cuestionario de autopercepción de salud, el GHQ-28 y la técnica de "lluvia de ideas". Posteriormente, en grupo, se comentan las vivencias de los adolescentes. La actividad se realiza con alumnos de la ESO, de una zona de Barcelona, en colaboración con los Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico.Resultados: un 35% obtienen puntuaciones de rango patológico en la autopercepción de salud y quieren saber que les ocurre. Las valoraciones cualitativas del grupo muestran un alto grado de satisfacción, tanto del profesorado como del alumnado ya que hablan de temas, a menudo, estigmatizantes.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, prevención, educación secundaria, grupo, GHQ2

ABSTRACT

Promotion of Mental Health has become a priority of social and health policies. The aim is to avoid the mental disorders stigma associated and bring awareness to

* Comunicación libre presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas" tuvo lugar en San Sebastián los días 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Publicado en catalán en: Rev. Àmbits de Psicopedagogia, n 36, pp 50-53 (tardor 2012).

** Psicólogo clínico. Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis (EAPPP) - Barcelona. Tel 645 193 417; jordiartigue@gmail.com

*** Trabajadora social. Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis (EAPPP) - Barcelona. Tel. 662386671; aroamanzano@gmail.com

**** Trabajadora social. Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis (EAPPP) - Barcelona. Tel. 93 218 82 47; annaorisan@gmail.com

***** Enfermería, especialista en salud mental. Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis (EAPPP) - Barcelona. Tel. 616 31 64 15. mmartinez14438@coib.net

****** Enfermero, especialista en salud mental. Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis (EAPPP) - Barcelona. Tel 934490011. josepmgasso@hotmail.com

******* Psicóloga. Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico de St. Martí (Barcelona). Tel. 93 453 84 64; ameliaff@telefonica.net

******** Psicopedagoga. Coordinadora de estudios delInstituto Moisès Broggi. Barcelona. Tel.607226560. sisalopez@yahoo.com

********* Psiquiatra y Psicoanalista (SEP-IPA). Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis (EAPPP) – Barcelona

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

improve early detection and treatment. School institution, particularly High School, is the last step required for citizens.

Workshop on mental health based on a group activity with two steps of intervention: a pre encouragement, students must answer the GHQ-28 and participate in a "brainstorming". Later the student's ideas and experiences are discussed in group. This intervention was taken place in three different Barcelona neighbourhoods in collaboration with Psycho pedagogical Counselling Equipment.

The results show that about 35% of teenagers have a pathological range scores on their own perception of mental health and are interested to know more about themselves. The qualitative evaluations about the group show a high satisfaction in both teachers and pupils, to discuss issues whom often are stigmatizing.

KEY WORDS: Mental health, prevention, high school, group, GHQ-28.

INTRODUCCIÓN

Este taller de sensibilización sobre los trastornos mentales es una estrategia de acción preventiva y de trabajo en red. La idea y elaboración de este proyecto se enmarca en los objetivos del Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis (EAPPP). Este equipo estuvo en funcionamiento entre los años 2005 y 2011 en tres barrios de Barcelona.

El EAPPP, era un servicio especializado en la ayuda preventiva a las personas en Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR), a los Menores Altamente Vulnerables por acumulación de factores de riesgo (MAV) y en la detección y tratamiento de aquellas personas que sufren un Primer Episodio Psicótico (PE). Como servicio de vocación comunitaria, para llevar a cabo una atención a la salud mental de calidad, en el EAPPP se consideraba imprescindible el trabajo en red con los distintos dispositivos de la Comunidad. Realizando este trabajo a tres niveles: La detección, la prevención (primaria y secundaria) y la intervención coordinada.

El EAPPP, necesitaba pensar y elaborar estrategias, que le permitieran llevar a cabo sus funciones de forma más efectiva. Así, surgió la idea de desarrollar este taller de sensibilización, que permite realizar prevención de los trastornos mentales, a la vez que potencia el trabajo en red. Esta actividad se dirige a los adolescentes y a los profesores y educadores de los centros donde estudian.

La promoción y prevención de la salud mental se ha convertido en las últimas décadas en uno de los objetivos prioritarios de las políticas sanitarias y sociales (World Health Organization -WHO, 2001 y 2005- declaraciones de Ginebra y Helsinki). Los esfuerzos en el campo de la prevención se basan en el conocimiento adquirido sobre el origen de los trastornos mentales (Jané-Llopis, 2004).

Está comprobado que desde el ámbito escolar y sanitario se pueden iniciar estrategias preventivas, específicas e inespecíficas, para los trastornos más frecuentes (Beardslee, Chien y Bell, 2011) donde se pueden incluir aspectos tan generales como la pobreza y la marginación, y otros tan concretos como el aislamiento relacional y el consumo de tóxicos. Por ello la importancia de la promoción de la salud mental está relacionada con la reducción de los factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de trastornos mentales. El conocimiento adecuado de estos contribuye, a su vez, a la reducción del estigma asociado.

Así mismo, informar, con los términos más accesibles y amenos posibles, sobre el trastorno mental, capacita a la población para identificar el trastorno en sus inicios, detectarlo y tratarlo a tiempo (Mega, 2002). De esta manera, acercar a las personas a la naturaleza del trastorno y al sufrimiento psíquico que significa, les posibilita para que puedan reconocer los primeros síntomas del trastorno mental, tanto en sí mismos como en su entorno.

OBJETIVOS:

Se diferencian en generales y específicos:

Objetivos generales:

√ Promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales en los centros de educación secundaria.

√ Potenciar la atención a la salud mental en la comunidad y trabajo en red.

Objetivos específicos:

√ Aproximar a los adolescentes a los trastornos mentales y al sufrimiento que significa padecer un trastorno mental.

√ Capacitar a los adolescentes para que puedan reconocer en si mismos y en su entorno los primeros síntomas de un trastorno mental.

√ Reducir el estigma asociado al trastorno mental.

√ Realizar detección precoz y tratamiento temprano de la psicosis.

√ Proporcionar seguridad a los profesionales del ámbito educativo, para realizar las tareas relacionadas con la salud mental.

√ Incrementar la conciencia preventiva en el ámbito educativo.

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

MÉTODO

Sobre el modo de implementar estos objetivos señalar la importancia de desarrollar intervenciones educativas, planificadas y focalizadas en sectores y en agentes concretos y con objetivos bien definidos. En cualquier caso, es preferible que la información se incluya dentro de los canales habituales. Más que hacer grandes campañas de objetivos y audiencias muy generales, cuya escasa utilidad es conocida. Por esta razón el taller de sensibilización, se llevaba a cabo en los centros de enseñanza, puesto que los institutos, son uno de los canales habituales de información y aprendizaje.

La actividad se desarrolla en algunos de los centros de educación secundaria de referencia para la población que vive en la zona de intervención del EAPPP: el barrio del Congrès del distrito de San Andrés y los barrios del Camp de l´Arpa i Encants del distrito de San Martín (83.746 habitantes, población general). Está dirigida a los alumnos que están cursando tercero y cuarto de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y primero y segundo de Bachillerato. Se desarrolla dentro del espacio de tutoría y se ofrece como una charla o debate de apoyo a la labor del tutor. El motivo para escoger estos cursos, es la edad de los alumnos, edades comprendidas entre los 14 y 17 años que es la edad de riesgo de aparición de trastornos mentales graves (Manzano, y Oriol, 2008).

Previamente se contacta con aquellos profesionales de la red educativa que se encargan de enlazar con la red sanitaria, habitualmente el Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP) de la zona. Se explican los objetivos del taller y su metodología. Se contrasta esto con las necesidades de cada Instituto en reunión con los tutores de los cursos y profesionales del centro que se ocupan y preocupan de la salud mental. Existen diferencias dependiendo de cada sitio, pero suelen ser: coordinador de estudios, psicopedagogos, enfermera del programa Salud y Escuela, integradora social y/o educadores. En dicha reunión también se plantea el tema de la privacidad y se informa a los tutores de la posibilidad de que aquellos alumnos que se sabe que son visitados en el propio EAPPP u otro dispositivo de salud mental, puedan optar por participar o no en el taller.

El proceso a seguir en el taller es el siguiente, en total suele durar hora y media:

1. Se inicia la actividad rellenando el cuestionario GHQ -28 (Lobo, Pérez-Echeverría, Artal, 1986), como instrumento de sensibilización al concepto de salud mental. Es de carácter anónimo y voluntario. Se informa a los alumnos de que si ponen su nombre, se les podrá ofrecer una breve entrevista de devolución de los resultados de manera individual y privada.
2. Se plantean tres interrogantes a los que se les pide que respondan en forma de "lluvia de ideas":
   a. ¿Qué pensáis que se puede hacer para estar bien de la cabeza?
   b. ¿Conocéis a alguien que sufra algún tipo de Trastorno Mental?
   c. ¿Qué pensáis que es la Salud Mental?
3. Recogiendo sus respuestas a las preguntas, se enlaza con una breve definición y explicación del concepto de Salud Mental.
4. El último espacio es un debate abierto sobre el tema, de unos 45 minutos de duración, con todo el grupo clase, su tutor o tutora y los dos profesionales de salud mental que dinamizan el taller.

El proceso finaliza, en días posteriores, con la devolución de resultados de forma individual y grupal. La primera se realiza con aquellos chicos y chicas que la solicitaron, esto es, que pusieron su nombre y apellidos en el cuestionario. La dirección del centro facilita un espacio donde realizar una entrevista individual de unos 15 minutos de duración aproximadamente. Previamente se ha pactado ofertar dichas entrevistas en un día y horario concreto para alterar lo menos posible el funcionamiento de las clases. Dicha entrevista la realiza uno de los dos profesionales que condujeron el taller y es abierta. A partir de los comentarios sobre las respuestas dadas en el GHQ, el adolescente puede consultar o plantear cualquier inquietud.

La devolución grupal se realiza con los tutores y otros profesionales del Instituto que participaron en la reunión inicial previa al taller. Conviene que se realice con posterioridad a las entrevistas individuales citadas, ya que así se abre la posibilidad a comentar situaciones de riesgo, todo y respetando el derecho a la privacidad que tiene el alumno. Además en dicha reunión se comentan las puntuaciones globales del grupo clase en el GHQ-28 y analizando las diferencias y similitudes con los otros grupos del mismo centro. Y, por último, se aportan las impresiones de los conductores de grupo sobre la dinámica que se pudo establecer, el tipo de intervenciones que realizaron los alumnos y el tipo de ansiedades detectadas a nivel grupal.

SUJETOS PARTICIPANTES EN EL TALLER:

Entre los años 2009 y 2011 se realiza el taller,en Barcelona, en 4 Institutos públicos de la zona y en 1

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

privado concertado◊ . En total son 21 grupos clase en los que se imparte el taller y en ellos participan un total de 441 alumnos que pertenecen a cursos de 3º y 4º de la E.S.O., excepto un grupo de un Instituto donde se pidió que se efectuase el taller en 2º de bachillerato. La edad media se sitúa en 14,6 años y el 50,2% son de sexo femenino.

RESULTADOS

A nivel cuantitativo, el cuestionario GHQ-28 tenía como finalidad sensibilizar sobre la percepción que tienen de su salud mental. En los resultados se puede observar (Fig. 1) como en nueve de los veintiún grupos clase hay un promedio ligeramente superior al punto de corte considerado como patológico (valores mayores de 5). Por tanto, en dichos grupos existen personas que valoran subjetivamente que están en situaciones de sufrimiento emocional.

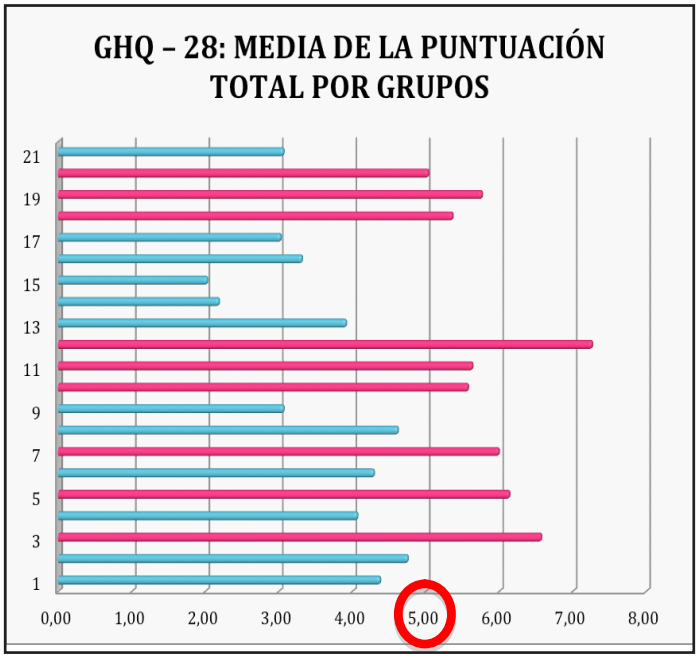

Figura 1: Media de la puntuación total obtenida en cada grupo. (punto de corte: <5 rango patológico)
Figure 1: Total score mean in each group

Un análisis detallado de las puntuaciones muestra como el porcentaje de personas que entran en el rango patológico de la prueba es de un 34.9%. En la subescala D, la que correlaciona con situaciones de mayor riesgo de trastorno emocional, puntúan diferente de cero en un 35,6% del alumnado. Este hecho confirma la impresión anterior.

Del total de alumnos, 155 (35,14 %) pusieron su nombre, es decir, se interesaron por saber que resultado indicaba el cuestionario y cuál era su autopercepción de salud mental. En tan sólo 6 casos fue necesaria la derivación a un dispositivo de salud mental.

La valoración cualitativa no fue sistematizada. Se recogió la opinión de los tutores, jefes de estudio, psicopedagogos y psicólogos de los centros, que siempre fueron positivas. Se pudo observar y recoger dicha valoración con los alumnos en el espacio grupal de cada taller. En los grupos se generó un clima de confianza y debate que propició las intervenciones de los alumnos.

Algunos ejemplos son:

- √ "Una persona piensa bien o mal según lo que el otro piensa de ti, el problema es que a veces puedes hacer daño".
- √ "El problema es que hay amigos que son hipócritas y se aprovechan de ti"
- √ "En esta clase siempre se meten con otras personas y molestan y hacen sentir mal y pueden provocar trastornos mentales ..."
- √ "En esta clase somos irrespetuosos, pero en realidad a todos nos gusta que nos escuchen".
- √ "Aquí la gente humilla y eso está mal".
- √ "Todo esto pasa por que no les preocupa todo esto, que piensan que la vida es solamente para salir de fiesta".
- √ "Creo que no hay que ser psicóloga para pensar en mí misma y saber lo que le pasa".
- √ "¿Hasta qué punto el alcohol te puede volver loco?"
- √ Un chico sonriente destaca: "sorprende mucho esta clase, nosotros mismos estamos hablando de nuestras propias acciones, pero ahora en negativo"
- √ "¿Como se denomina a la persona que escucha voces por las noches?"

◊ IES St. Josep de Calassanç (actualmente Moises Broggi); IES Zafra; Escola Ramón LLul; IES Salvador Espriu y IES Joan Fuster. Agradecer a los diferentes profesionales de los centros docentes y a los del Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico de St. Martin su accesibilidad y apoyo en la realización de estos talleres.

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

- √ Un chica explica que ella no ve todos los problemas como pérdidas, y otro chico le lleva la contraria afirmando que él piensa que sí. La chica pone su ejemplo y explica, que en su caso, su padre la ha rechazado y que ella no cree que esto sea una pérdida.
- √ "¿Las personas que acosan tienen problemas de Salud Mental?"
- √ "¿Las personas que tienen depresión se quedan siempre así?.

Son ejemplos textuales de los registros realizados una vez acabado el grupo. y se podrían citar más y se podrían agrupar por temas como la demanda de información sobre problemas de salud mental concretos, preguntas sobre situaciones vitales que implican sufrimiento emocional y opiniones sobre la propia persona y sus compañeros, sobre cómo se tratan individualmente y en grupo.

COMENTARIOS.

Esta experiencia preventiva se enmarca en una acción específica sobre la salud mental que, a la vez, tiene un carácter universal ya que la E.S.O. es el último ámbito social de obligado cumplimiento para todas las personas en este país. Por sus aulas pasan todos los individuos que desarrollan con posterioridad una carrera universitaria, un aprendizaje laboral o se incorporan a un trabajo no cualificado.

La concepción del taller en forma de grupo clase favorece su desarrollo y el intercambio de relaciones y experiencias entre sus componentes. Hacer algo diferente a la clase habitual, con profesionales no del Instituto, siempre favorece la curiosidad de los adolescentes que, aprovechada, se convierte en el motor de la participación en el taller.

En este tipo de abordajes preventivos siempre se plantea el debate (Jané-Llopis, 2004) en relación a la identificación de personas, que acumulan factores de riesgo pero que, posteriormente, no desarrollan ningún tipo de trastorno, es decir, falsos positivos. En este sentido el GHQ-28 es un cuestionario de identificación de personas con trastornos psíquicos pensado para ámbitos no clínicos. Los porcentajes de cuestionarios identificados como patológicos se basan en la percepción subjetiva de la persona que lo rellena en el inicio de la sesión del taller. Se sabe que un adolescente que, subjetivamente, piensa que sufre no tiene porque desarrollar un trastorno mental, pero la expresión de dicho malestar, en un contexto adecuado, favorece la recuperación. La realización del taller y las reuniones posteriores de evaluación ayudaron a identificar a personas y situaciones de riesgo y a gestionar estas detecciones ofreciendo información, asesoramiento y apoyo ante estas demandas. En algunos casos con una relación directa, a nivel de enfermería, con el programa de Salud y Escuela.

En la mayoría de los casos se trataron utilizando los propios recursos del centro educativo y se facilitó la derivación a recursos de la red de salud mental cuando fue necesario. Pero la baja tasa de casos derivados, apenas un 1 %, indica como la prevención, cuando se realiza implicando a los diferentes profesionales que trabajan en los Institutos, no debe suponer un incremento exagerado de las consultas en salud mental ni de consumo de recursos sanitarios.

Los resultados cualitativos se valoraron a través del contenido de las intervenciones de los alumnos. Los significados de las palabras expresadas en el grupo surgen a través de las interacciones que tienen lugar entre los participantes en aquel momento. Es una experiencia que por su finalidad y el tiempo de realización no se consideró la introducción de elementos o A nivel de observaciones, en algunas de las clases donde se han impartido las sesiones del taller, la población inmigrada, los procesos de duelo y las dificultades socioeconómicas, son situaciones de sufrimiento emocional que los alumnos han puesto de manifiesto de forma verbal y no verbal en las sesiones. El grupo clase puede ser un factor de protección para la salud mental de sus componentes, el intercambio de relaciones basadas en el respeto y aceptación del otro es una de las bases para la salud mental en esta edad. La incorporación de personas inmigrantes a mitad de curso, a veces sin haber podido adquirir la base mínima para utilizar un lenguaje vehicular, es uno de los hechos que dificulta la cohesión grupal. En este sentido los tutores corroboraban con sus observaciones, los resultados e impresiones obtenidas. Algunos se sorprendían positivamente de las coincidencias de criterio, pero de hecho, en su trabajo, son valiosos agentes para la prevención en salud mental dada su relación continuada con los adolescentes. También valoraron positivamente la realización de entrevistas individuales y conocer quien las pedía y quién no, ya que es un signo de interés por su situación personal o de alerta por una posible situación de riesgo, todo y respetando la privacidad del alumno.

A modo de conclusión se puede afirmar que este tipo de abordajes preventivos son útiles por ser un tema que interesa a los adolescentes, que en un porcentaje considerable se autoperciben como alterados en este ámbito. Dar elementos de reflexión favorece el manejo de los posibles trastornos y evita el estigma que pueden

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

generar entre iguales. Los centros educativos de enseñanza secundaria y los profesionales que trabajan en ellos son excelentes agentes de salud para la prevención primaria por su capacidad de detección de las situaciones y factores de riesgo en salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

Beardslee, W., Chien, P. y Bell, C. (2011). Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective. Psychiatric Services, 62(3), 247-254.

Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 89, 67-79.

Lobo, A. Pérez-Echeverría, M.J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine, 16, 135-140.

Manzano, A. y Oriol, A. (2008). Taller de Sensibilización a la salud mental para centros educativos. Documento interno no publicado, EAPPP.

Manzano, A. y Oriol, A. (2011). Taller de Sensibilización a la salud mental para centros educativos. Taller de las II Jornadas Baetulae: El trabajo cotidiano atendiendo a los pacientes en riesgo de psicosis. Badalona 4 y 5 de Febrero de 2011.

Mega, A (2002). Salud mental: la clave es la prevención primaria. A http://www.clarin.com/diario/2002/07/29/o-422047.htm. Acceso 28 de Noviembre 2008.

World Health Organization. (2001) World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding. Ginebra: New Hope, WHO.

World Health Organization (2005) European Ministerial Conference on Mental Health; Facing the Challenges, Building Solutions; Helsinki: WHO.

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

ADOLESCENCIA Y DEPRESIÓN: UN MODELO DE INERVENCIÓN COMUNITARIO*

ADOLESCENCE AND DEPRESSION: A COMMUNITY INTERVENTION MODEL

Laia Ferrer Tirado** y Josep Checa Peña***

RESUMEN

Introducción. La depresión constituye un trastorno de riesgo para la salud mental de los adolescentes en nuestra comunidad. Conocer su prevalencia y características asociadas es fundamental para prevenir y tratar esta sintomatología adecuadamente. Los objetivos de este trabajo son: a) analizar la presencia de los síntomas depresivos en población comunitaria adolescente, según sexo, b) analizar la asociación entre depresión y nacionalidad de origen y c) analizar diferencias entre sexos teniendo en cuenta el origen de la población

Método. Participan 1326 alumnos de 3º y 4º de la ESO (769 chicas y 557 chicos). Los síntomas depresivos se evaluaron mediante el BDI y los datos sociodemográficos fueron recogidos.

Resultados. La prevalencia de los síntomas depresivos graves es del 9,7%, siendo mayor los porcentajes en mujeres y especialmente en chicas inmigrantes.

Conclusiones: Conocer la prevalencia de los síntomas depresivos es importante para establecer adecuados planes de intervención en nuestra comunidad.

PALABRAS CLAVE: depresión, adolescencia, inmigración.

ABSTRACT

Introduction. Depression is a risk disorder for mental health of adolescents in our comunity. Knowing its prevalence and associated characteristics is important to prevent and treat this symptomatology properly. The aims of the present study are a) study the presence of depressive symptoms in a communitary sample according to gender, b) analize the link between depression and nationality and c) establish differences in depressive symptoms according to gender and nationality.

Method. 1326 students of 3d and 4th grade of the ESO joined the researh. Depressive symptoms were assessed using the BDI and sociodemographic data was collected.

Results. Results show that 9,7 % of the sample presents severe depressive symptoms and women present higher percentages especially immigant girls

Conclusions: Knowing more about depression prevalence is important to design appropiate intervention plans in our comunity.

KEY WORDS: Depression, adolescence, immigration.

* Comunicación libre presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas" tuvo lugar en San Sebastián los días 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Son Co-autores del estudio: Ana María Marchal Torralbo, Empar Dominguez Sánchez, Vanessa Perez Martín, Cristina Morgado Ramos, Begoña Álvarez Jariego, Anna Saborit Tomás, Josefina Ruiz Tejero, Aureli Serrat Sese. Equipo de Enfermeria. Servicios de Atención Primaria de Santa Coloma de Gramenet

** Psicóloga clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Santa Coloma de Gramenet. Fundación Vidal i Barraquer. Dirección: C/Ángel Guimerà 6-8, 08923 Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. E-mail: lferrer@fvb.cat.

*** Psicólogo clínico. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Santa Coloma de Gramenet. Fundación Vidal i Barraquer. Dirección: C/Ángel Guimerà 6-8, 08923 Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. E-mail: jcheca@fvb.cat.

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

INTRODUCCIÓN

El Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Santa Coloma de Gramenet, dependiente la Fundación Vidal i Barraquer, es un centro de asistencia primaria integrante de la red pública de salud mental. Es un centro con vocación comunitaria, con una filosofía de trabajo integrado con el resto de recursos sociosanitarios del territorio.

Santa Coloma de Gramenet es una población del extrarradio de Barcelona, con aproximadamente 116.000 habitantes, que sigue el patrón de crecimiento de muchas poblaciones similares: vivió un aumento exponencial de su población en una primera ola migratoria interna en los años 50 y 60 del siglo pasado y un segundo salto migratorio a finales del mismo siglo proveniente en nuestro caso sobretodo de China y de países centroamericanos.

Un observatorio privilegiado de la transformación reciente de Santa Coloma lo constituyen los centros educativos públicos, especialmente los de secundaria. La hora del patio permite observar en pocos metros cuadrados distintas razas, idiomas, formas de vestir…

En este contexto de complejidad, en el año 2005, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya inició la primera fase de implantación del Programa "Salut i Escola" en algunos centros educativos, entre ellos los de nuestra población, y posteriormente se han implantado en todo el territorio. Este programa está destinado a la población escolar de 14 a 16 años (3º y 4º de la ESO) y tiene como objetivo mejorar el bienestar de los adolescentes por medio de acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención directa a determinados problemas. En este sentido, las actuaciones que se han priorizado son las dirigidas a problemas de salud mental, salud afectivosexual, consumo de alcohol y otras substancias psicoactivas y los trastornos relacionados con la alimentación.

El objetivo esencial del programa es acercar los recursos de salud a la población adolescente, haciéndolos totalmente accesibles y próximos a su entorno cotidiano. Esto se traduce en la existencia de una Consulta Abierta de Enfermería en el propio centro educativo a la que el alumno puede acudir de forma espontánea, sin necesidad de cita previa y lo que es más importante, en un entorno en el que se preserva la confidencialidad de la consulta, fomentando por tanto que sea el propio interesado el que adopte un rol activo en su propio cuidado. A modo de ejemplo, en el pasado curso 2010-11, se realizaron 788 consultas de las que 347 fueron primeras visitas y de estas, 250 fueron solicitadas directamente por el propio alumno sin ningún tipo de intermediación de adultos-profesionales. Del global de consultas (788) 202 fueron vinculadas a temas relacionados con salud mental y 41 casos fueron derivados a nuestro centro para una asistencia directa.

El primer pilar básico del programa en lo que hace referencia a la asistencia en salud mental es la creación de un circuito de atención preferente de estas visitas y que trata de dar una respuesta lo más inmediata y ajustada posible a la demanda. En la práctica esto se traduce en que en un primer momento la enfermera detecta la necesidad de nuestra intervención y trabaja la motivación de la consulta con el adolescente.

Posteriormente la enfermera se pone en contacto con los responsables del programa en nuestro centro, se analiza la prioridad de la visita y ella comunica la cita al paciente.

El segundo pilar básico de nuestro trabajo es la realización de reuniones de coordinación con el personal de enfermería que se articulan fundamentalmente alrededor del análisis de casos, lo que permite la creación de un diseño de estrategias de intervención conjuntas, con la intención de generar un poso de cultura asistencial compartida y un lenguaje común.

Fruto de este trabajo conjunto, empezó a surgir la necesidad de estudiar la realidadclínica de la población atendida que se ha traducido en la implementación de un estudio sobre la clínica depresiva entre los adolescentes, puesto que es la sintomatología predominante entre nuestros jóvenes atendidos a través del programa.

La sintomatología depresiva es un problema de salud comunitaria importante. Dos Santos, Umbert, Alonso y Tomasi (2001) detectaron que la sintomatología depresiva esta presente en el 26,5% de los pacientes que acuden a centres d'atenció primaria, y que por las características específicas con las que se presenta la depresión en la población adolescente, esta no es detectada en el 99,2 % de los casos.

Por otro lado, la depresión en la adolescencia ha sido vinculada a otros trastornos dentro del ámbito de salud mental, como a los trastornos de la conducta alimentaria (Santos, Richards y Bleckley, 2007) o trastornos relativos al consumo de tóxicos (Chinet et al., 2006). Además se ha vinculado la sintomatología depresiva con el riesgo de conducta suicida: Lewinsohn, Rohde y Seeley sitúan la clínica depresiva como principal precondición para cometer intentos de suicidio.

Evidenciada la relación entre los síntomas depresivos y alteraciones importantes en la salud de los adolescentes, desde los años 70 hasta la actualidad el interés investigador en esta área ha ido en aumento. Revisando

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

la literatura sobre el tema se pone de manifiesto la existencia de discrepancias entre los estudios sobre la prevalencia de los trastornos depresivos entre la población adolescente, elaborados principalmente en países anglosajones. Albert y Beck (1975), pioneros en la investigación sobre esta entidad psicopatológica, estudiaron la incidencia de la sintomatología depresiva en adolescentes y la detectaron en el 33% de su muestra. Fleming y Offord (1990) realizaron años más tarde una revisión de distintos estudios de alta validez empírica sobre la prevalencia de la depresión mayor en niños y adolescentes. Sus resultados señalan que si bien la prevalencia de la depresión infantil oscila entre el 0,4 i el 2%, en adolescentes estas cifras se duplican o cuadriplican. Un estudio de Kessler y su equipo realizado en 2003 con una amplia muestra comunitaria adolescente en Estados Unidos situaba el trastorno depresivo en un 4,4 %. En alemania Ravens-Sieberer y colaboradores detectaron el 2008 una presencia de síntomas depresivos en el 10 % de la muestra adolescente de gran tamaño que estudiaron.

En nuestro país se han realzado distintas investigaciones: Escribá y su equipo (2005) estudiaron una muestra de alumnos de secundaria obligatoria de 12 a 16 años en Albacete y situaron la prevalencia de síntomas depresivos en el 10,29% aunque Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz (2011) hallaron que solo el 2,4% de su muestra comunitaria adolescente de Asturias presentaba clínica depresiva grave. Las chicas presentaban resultados más elevados que sus compañeros hombres. En nuestra comunidad Subirà y sus colaboradores (1998) situaron la presencia del síndrome depresivo en un 14,2% de la muestra de estudiantes barceloneses de entre 13 y 15 años, siendo el sexo femenino el más predominante entre los adolescentes deprimidos.

Analizando los datos generales de asistencia de adolescentes a través del programa Salud y Escuela, y en lo que se refiere a la inmigración proveniente de países fuera de la UE, en los últimos años hemos observado un número creciente de población sudamericana. Cuando observamos los motivos de consulta que motivan la derivación a nuestro servicio, observamos que son jóvenes que mayoritariamente acuden a nuestro centro por presentar problemas fruto de múltiples duelos que resolver: la adaptación a nuestro país, su nueva situación familiar, las expectativas de futuro.

Es por ello que creímos pertinente realizar un análisis detallado de los datos del estudio que se referían a esta población en concreto. En 2009 Chan, Mercer, Yue, Wong y Griffiths llevaban a cabo una revisión de artículos sobre depresión en menores inmigrantes y señalaban que estos estaban, a causa del estrés que suponía el cambio cultural y el esfuerzo de adaptación, a un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos entre otros signos psicopatológicos. Blazer, Kessler, McGonagle y Swartz (1994) detectaron un índice elevado de depresión entre los adolescentes inmigrantes de origen latino, y Céspedes y Huey (2008) señalaron a las chicas latinas inmigrantes como especialmente vulnerables a esta patología afectiva.

El objetivo de nuestro estudio fue estudiar la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes de nuestra comunidad, teniendo en cuenta aspectos demográficos como el género y la procedencia de los participantes. Hipotetizamos que los resultados serían congruentes con otras investigaciones realizadas en nuestra comunidad y en el extranjero, y que los porcentajes de depresión serían más elevados entre las chicas y los participantes inmigrantes.

MÉTODO

Población

Gracias a la colaboración lograda por parte de todos los estamentos implicados se consiguió evaluar a un total de 1326 alumnos de 3º y 4º de la ESO de la totalidad de los 16 centros educativos de nuestra área (equivalente al 66% de los jóvenes matriculados), con un porcentaje ligeramente mayor de chicas (58%). Logramos recoger datos de adolescentes de un total de 9 áreas demográficas distintas de procedencia, evidenciando que como hemos dicho anteriormente nuestra ciudad es actualmente una de las localidades catalanas que está viendo aumentar más su población inmigrante.

El número de cuestionarios cumplimentados por alumnos procedentes de América latina y el Caribe fue de 198, representando un 15 % de la muestra, lo cual constituye la población inmigrante mayoritaria en nuestra muestra.

Instrumentos

Se administró el cuestionario BDI diseñado por Beck en 1961 para estudiar la presencia de síntomas depresivos, junto con un cuestionario sociodemográfico para controlar variables de tipo económico, cultural y de procedencia. El nivel de gravedad clínica se establecerá con el punto de corte de 19 puntos propuesto por Kendall en1987, a partir del cual la sintomatología depresiva se considera moderada-severa.

Procedimiento

Tras obtener la aprobación de las distintas instancias implicadas en el estudio (Asociaciones de padres

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

de alumnos, Dirección de los servicios educativos y Directores de los distintos centros educativos) se procedió a la aplicación del BDI y del cuestionario sociodemográfico a los alumnos. La administración de la prueba fue realizada por las distintas enfermeras del programa Salud y Escuela de manera colectiva en horario escolar.

Fueron descartados aquellos alumnos que no comprendían suficientemente el idioma para poder responder o aquellos que presentaban algún déficit cognitivo o sensorial que les impidiese contestar.

Análisis de datos

Los datos recogidos fueron analizados con los paquetes estadísticos SPSS-15.0 y STATGRAPHICS 4.1. Para los objetivos descriptivos y comparativos se utilizaron medidas de tendencia central y los contrastes pertinentes (t de Student para grupos independientes).

RESULTADOS

Tal y como se observa en la figura 1, los resultados indicaron que los niveles de clínica depresiva clasificable como moderada-severa según los indicadores más ampliamente utilizados en investigación (los puntos de corte de Kendall) se encontraban en el 9% de los alumnos.

Tabla 1:
Resultados del BDI organizados en categorías de gravedad.
BDI results organaized in severity cathegories

Gravedad	N (%)
No depresión	**895 (67,5)**
Depresión leve	**307 (23,2)**
Depresión moderada	**91 (6,9)**
Depresión grave	**33 (2,5)**
Total	**1326**

Si separamos los resultados por sexo observamos que hay una mayor presencia de chicas con síntomas depresivos, y que esa diferencia es estadísticamente significativa, tal y como se refleja en la Tabla 2.

Controlados los niveles económicos y nivel cultural de los progenitores, los resultados de la evaluación nos indican que efectivamente los adolescentes latinos de nuestroestudio presentan más sintomatología depresiva: concretamente encontramos una presencia de este síndrome en el 9% de los latinos y solo en el 5% de los autóctonos, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 2:
Resultados del BDI organizados por género
BDI results organized by gender

Gravedad	**Hombres**	**Mujeres**
No depresión	75'5 %	61,7%
Depresión leve	18,4%	26,5%
Depresión moderada	4,5%	8,6%
Depresión grave	1,6%	3,1%

(p<0,01)

Tabla 3:
Resultados del BDI organizado por el origen
BDI results organized by nationality

	Españoles	Inmigrantes Latinos
No depresión	892 (94,8%)	175 (90,7%)
Sí Depresión	49 (5,2%)	18 (9,3%)
	941	193

$X^2(1, N = 941) = 4,89$ $p<0,05$

Cuando analizamos los datos enfatizando en las diferencias de sexo hallamos un resultado interesante: si bien hay una elevación significativa de la depresión entre las chicas (es del 6% entre las españolas, mientras que es el 18% entre las chicas latinas)no hay diferencias de este tipo de síntomas entre chicos (está presente en el 3%

Tabla 4:
Resultados del BDI organizado por el origen y genero
BDI results organized by nationality and gender

	Españoles		Inmigrantes Latinos	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
No depresión	430 (96,2%)	462 (93,5)	83 (97,6%)	92 (85,2)
Sí Depresión	17 (3,8%)	32 (6,5)	2 (2,4%)	16 (14,8)
	494	497	108	85

Mujeres $X^2(1, N = 602) = 8,39$ $p<0,01$
Hombres $X^2(1, N = 532) = 0,43$ no significativo

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

de los autóctonos y el 2% de los latinoamericanos), tal y como se refleja en la tabla 4.

CONCLUSIONES

Estos datos son muy parecidos a los resultados hallados en otros países europeos y en Estados Unidos con población adolescente. Connelly y su equipo (1993) en Estados Unidos estudiaron una amplia muestra de estudiantes de secundaria administrando el mismo cuestionario que se ha usado en la presente investigación, el Beck's Depression Inventory de Beck (1963) y detectaron que el 10% de ellos presentaban sintomatología de nivel moderado o severo.

Estudios en otros países europeos (como el de Ravens-Sieberer y colaboradores (2008) y investigadores en nuestro país (Escribá y su equipo (2005) serían uno de ellos) hallan porcentajes parecidos de depresión en muestras comunitarias de adolescentes. Como sucede con los resultados encontrados en otros estudios epidemiológicos sobre depresión entre población adolescente, la presencia de este síndrome en nuestra población fue significativamente más elevada entre las mujeres adolescentes que los hombres (Hankin y Abramson (2001); Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson(1999). También de forma congruente con otros estudios realizados en EUA y otros países Europeos (Céspedes y Huey (2008); Chan, Mercer, Yue, Wong y Griffiths (2009)), la población inmigrante que nosotros evaluamos puntuó de forma significativamente más elevada en el cuestionario BDI. Podríamos deducir de este dato que los síntomas depresivos pueden ser una de las formas de manifestar la presión que puede suponer para muchos chicos el hecho migratorio en la adolescencia.

Los resultados también nos permiten pensar que las chicas sudamericanas están en un riesgo más elevado de padecer depresión frente a sus compañeras españolas y a los chicos de su misma procedencia.

Estos datos nos invitarían por un lado a investigar con más énfasis esta población más vulnerable en nuestra comunidad, conocer de forma más profunda las características de su malestar y los posibles generadores de sufrimiento.

Al mismo tiempo nos plantea la necesidad de establecer planes de intervención específicos para estas chicas. Más allá de la atención individual que ya realizamos, en nuestro servicio se ha planteado recientemente la posibilidad de realizar grupos terapéuticos para facilitar la expresión del malestar y elaboración del duelo migratorio.

Paralelamente, y como perspectiva de futuro, parecería necesario estudiar qué forma toma el duelo migratorio en los chicos latinoamericanos. Puesto que están implicados en presiones adaptativas parecidas a sus compañeras, cabría preguntarse cómo expresan ellos su malestar, o que les protege de la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

Albert, N., Beck, A.T. (1975) Incidence of depression in early adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 4: 301-307.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4: 53-63.

Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M.S. The National Comorbidity Survey. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample. American Journal of Psychiatry, 151, 979–986.

Céspedes, Y., Huey S. (2008) Depression in Latino Adolescents: A Cultural Discrepancy Perspective. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14(2), 168–172.

Chan, E., Mercer, S., Yue, C., Wong, S., Griffiths, S. (2009) Mental Health of Migrant Children. An Overview of the Literature. International Journal of Mental Health, 38 (3), 44–52.

Chinet, L., Plancherel, B., Bolognini, M., Bernard, M., Laget, J., Daniele, L., Halfon, O. (2006) Substance use and depression. Comparative course in adolescents. European Child and Adolescent Psychiatry, 15:149-155.

Connelly, B., Johnston, D., Brown, D.R., Mackay, S., Blackstock, E.G. The prevalence of depression in a high school population. Adolescence, 28(109): 149-158.

Costello, EJ., Mustillo, S. , Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Archives of General Psychiatry, 60:837-844.

Dos Santos, L., Umbert, J., Alonso Fernández, F., Tomasi, E. (2001) Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. Atención Primaria, 28 (8): 543-549.

Escribá, R., Maestre, C., Amores, P., Pastor, A., Miralles, E., Escobar, F. (2005). Prevalencia de depresión en adolescentes. Actas Españolas de Psiquiatría, 33(5): 298-302.

Fleming, J.E.,Oxford, D.R. (1990) Epidemiology of childhood disorders: a critical review. Journal of American Academy of Child and Adolescent

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

Psychiatry, 29 (4): 571-580.
Hankin, B.L., Abramson, L.Y. (2001) Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability transactional stress theory. Psychological Bulletin, 127, 73–796.
Kendall, P.C., Hollon, S.D., Beck, A.T., Hammen C.L., Ingram, R.E. (1987) Issues and recommendations regarding use of Beck Depression Inventory. Cognitive Therapy Research, 11(3): 289-299.
Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. (1994) Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62: 297-305.
Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., Grayson, C. (1999) Explaining the gender difference in depressive symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 77, 1061–1072.
Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H., Rothenberger, A., Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Hölling, F., Bullinger, M., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M,, Döpfner, M. (2008) Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. European Child and Adolescence Psychiatry 17:22–33.
Santos, M., Richards, C.S., Bleckley, M.K. (2007) Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents. Eating Behaviors, 8: 440-449.
Subirá, S., Obiols, J.E, Mitjavila, M., Cuxary, F., Gras, E,, Doménech, E. (1998) Prevalencia de síndrome depresivo en una muestra de adolescentes escolarizados de 13 a 15 años. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 25 (4): 84-91.

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

ALGUNAS APORTACIONES A LA COMPRENSIÓN DEL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA FILIOPARENTAL*

CONTRIBUTIONS IN UNDERSTANDING THE CHILD TOWARDS PARENTS' VIOLENCE

Gemma Borraz Estruch**, Jorge Tió Rodríguez***y Begoña Vazquez Lejárcegui****

RESUMEN

Según datos de la Fiscalía General del estado el número de denuncias por violencia filioparental registradas de 2007 al 2010 se ha duplicado. El fin de esta comunicación es compartir algunas de nuestras observaciones en relación a este fenómeno. Consideramos que los déficits de contención emocional tanto del adolescente como del entorno parental están en la base de las escaladas de violencia que culminan en agresión y denuncia.

PALABRAS CLAVE: violencia filio-parental, crisis adolescente, contención emocional, círculos de retroalimentación negativa, intervención interdisciplinar.

ABSTRACT

According to the Spanish Attorney General's Office, the number of complaints of adolescents violence towards parents registered from 2007 until 2010 has doubled. The purpose of this paper is to share some of our observations on this phenomenon . We consider the containment deficits both adolescent mind as parental environment are the basis of the escalation of violence and aggression culminating in complaint.

KEY WORDS: Child towards parents' violence, adolescent crisis, emotional restraint, negative feedback cycles, multidisciplinary interventions.

Una nueva violencia entre padres e hijos ha llegado hasta la Justicia de Menores y a nuestras consultas de Salud Mental. Según datos de la Fiscalía General del Estado, las denuncias por violencia filoparental pasaron de 2683 registradas en 2007 a 4995 de 2010. Desde el Equipo de Atención al Menor de la Fundación Sanitaria Sant Pere Claver , derivados por el Servei de Mediació i Assessorament y por los equipos de Medi Obert, y desde un trabajo interdisciplinar con los técnicos de justicia, hemos atendido a adolescentes y a sus familias victimas todos ellos de la llamada nueva violencia intrafamiliar. El objetivo de esta comunicación es realizar algunas aportaciones a la comprensión de este fenómeno.

El equipo de Atención al Menor es un Servicio de Atención en Salud Mental que se creó en Octubre de 1993 en el seno de un acuerdo interdepartamental de colaboración entre las consejerías de Salud y de Justicia de la Generalitat de Catalunya, para ofrecer asistencia

* Comunicación libre presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas" tuvo lugar en San Sebastián los días 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psicólogo. Equipo Atención al Menor Sant Pere Claver Fundación Sanitaria gborraz@fhspereclaver.org

*** Psicólogo Clínico. Coordinador del Equipo Atención al menor Sant Pere Claver Fundación Sanitaria. jtio@fhspereclaver.org

**** Psicólogo. Equipo Atención al Menor Sant Pere Claver Fundación sanitaria. Barcelona. Tf: 933248113. FAX: 933248106. E-mail: bvazquez@fhspereclaver.org

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

a los adolescentes denunciados al sistema de Justicia Juvenil que lo precisaran y orientación en este campo a técnicos y educadores de Justicia.

A lo largo de nuestros últimos seis o siete años de existencia ha ido aumentando gradualmente en nuestro Servicio la recepción de casos que nos son derivados con denuncias por violencia hacia los padres. Llegando éstos a suponer en este último año un 24% del total de los 135 casos recibidos con diferentes tipos de denuncias. Este fenómeno es coincidente con los datos registrados por la Fiscalía General del Estado, en los que se observa un significativo aumento del número de denuncias por violencia filoparental que pasó de las 2683 registradas en 2007 a las 4995 de 2010. Se trata de una conflictiva diferente a la de una violencia de padres a hijos más "clásicamente" descrita y relacionada con patologías graves, consumo de tóxicos o retraso mental.

El objetivo de esta breve comunicación es resumir algunas de las aportaciones a la comprensión de este fenómeno que hemos podido elaborar a través de la observación y atención de un significativo número de casos (más de cien en los últimos cuatro años).

El 71% de los casos atendidos con este tipo de denuncia en este periodo (2008-2011) han sido varones, con una edad media de 17 años, en su mayoría (78%) no inmigrantes. Un 52% había abandonado la ESO y tan solo un 11% la había finalizado. En el 65% de los casos la denuncia se había realizado por agresión a la madre (si bien en algunos casos aparecían en las entrevistas de exploración agresiones también al padre). En el 40% de las familias la convivencia se mantenía exclusivamente o la mayor parte del tiempo con la madre sola, y en un 17% de los casos la familia era reconstituida con una nueva pareja. Tan sólo en un 27% de los casos la convivencia se mantenía con ambos progenitores. Un 60% de los jóvenes habían consultado o sido atendidos con anterioridad a la denuncia por servicios de Salud Mental de la red infanto-juvenil. Y en un 43% de los casos se había detectado un franco consumo habitual de tóxicos (mayoritariamente cannabis).

Así llegan a nuestra consulta, a través de la denuncia. Los padres, buscando en la Justicia una autoridad que han perdido y los hijos reclamando una autonomía que aún no han construido. Ni el adolescente ni sus padres soportan su malestar, y se desprenden de él culpando al otro. Comparten la sorpresa ante sus respectivas actitudes, la impotencia, la desesperación que mutuamente se provocan. Los padres suelen sentirse culpables por haber criado un hijo que les agrede, viviendo la denuncia como la muestra de su fracaso educativo. De forma que necesitan especialmente culpabilizar al hijo para desprenderse de su malestar. En el joven suele predominar el resentimiento por haber sido objeto de denuncia lo que le impide reconocer su contribución. En otras ocasiones se muestran más reivindicativos y, a pesar del enfado, pueden reconocer sus dificultades y justificar su actitud como un reclamo de lo que necesitaban y no creían estar recibiendo de sus padres. Se genera sí un círculo vicioso de mutuas acusaciones y reproches.

" No puedo consentirlo, alguien tenía que pararle, me han dicho que le denuncie, yo no quería, pero lo he hecho por que ya no puedo más ....."

"...se han pasado un montón, yo también podría denunciarles, también me chilló, también me pegó....., quizás me pasé.... pero ellos también"...

"Me estáis destrozando la vida" "nos estás destrozando la vida" dicen unos de otros al unísono.

La comprensión dinámica del interjuego de ansiedades y defensas que los adolescentes experimentan en estas situaciones en relación a las respuestas de las figuras parentales nos ha ayudado a plantear un enfoque a la intervención.

LA CRISIS ADOLESCENTE EN INTERACCIÓN CON PADRES POCO CONTINENTES.

La polaridad de ansiedades claustrofóbicas (el temor del adolescente a quedarse atrapado en la infancia, fracasando definitivamente en su desarrollo), y agorafóbicas (la vivencia de vulnerabilidad y desvalimiento ante lo desconocido sin la posibilidad de sostén que una identidad precaria todavía no puede ofrecer) se puede ver amplificada por una mala respuesta del entorno familiar que instaure círculos de retroalimentación negativa que culminan en actuaciones violentas.

Así la ansiedad parental mal contenida promueve conductas controladoras y sobreprotectoras que incrementan la vivencia de sentirse encerrado y limitado del adolescente, "*no me dejan vivir*", "*me rayan constantemente*", "*no puedo respirar*"… Los padres desesperados intentan poner coto a una conducta que les despierta intensas ansiedades de muerte (la droga, los accidentes, la violencia, los embarazos indeseados,…), incrementando las restricciones que "convierten" a sus hijos en expertos fuguistas. La violencia puede utilizarse aquí cuando no se encuentran otros recursos para defender un espacio propio o de separación con las

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

figuras parentales. Un caso extremo se presenta cuando en la madre coexisten tendencias simbióticas con el hijo cuya relación se venía utilizando como compensación de dificultades personales o de pareja.

En el otro extremo pueden aparecer respuestas de tipo expulsivo en los padres. Desde la exigencia de que "*ya*", inmediatamente se conviertan en adultos, "*crece ya de una vez!*" le gritaba un padre a su hijo; hasta las amenazas de abandono, "*te encontrarás con la maleta en la puerta*", o la franca expulsión que en ocasiones la denuncia a la Justicia también puede estar expresando.

El adolescente entra entonces en una espiral de reclamación, de "llamadas de atención". Es el "chico que molesta", el chico que se obstina "oposicionista" en "no crecer". Un comportamiento que, fatalmente, va a provocar cada vez mayor frustración, hostilidad y más respuestas expulsivas en los padres, estimulando la deriva del menor hacia conductas con tendencias omnipotentes y negadoras de su desvalimiento.

Estos círculos viciosos no dejan espacio ni para la aparición de aspectos madurativos ni, por supuesto, para el reconocimiento que el adolescente tanto necesita. "Yo ya sé lo que mi hijo necesitaría", sentenciaba un padre desesperado, "confianza, mi hijo necesitaría confianza…, pero a mí me es imposible confiar en él".

ADOLESCENTES CON SERIAS DIFICULTADES DE CONTENCIÓN INTERNA.

En otras ocasiones es principalmente el adolescente el que presenta una gran intolerancia a la ansiedad (ansiedades de separación, de individuación, problemas de identidad) fruto de su propia falta de contención interna. En estas situaciones el adolescente al no poder hacerse cargo de su propia angustia intenta liberarse de la ansiedad utilizando a los padres para depositar por identificación proyectiva en ellos toda su preocupación y malestar. Así son los padres los que se sienten preocupados o impotentes, torpes e inútiles. O es a los padres a los que se exige de forma tiránica y controladora la provisión de unos recursos que el adolescente necesita vitalmente para reforzar si identidad y desconfía de poder ir consiguiendo con sus propias capacidades.

Esta incontinencia es fruto de déficits en el desarrollo. Ha sido interesante observar cómo en ocasiones se reeditan en la crisis adolescente intensas ansiedades vivenciadas en las primeras fases del desarrollo y que habían conseguido mantenerse exitosamente disociadas en la mente del niño. Son ansiedades vividas en la primera infancia, experimentadas por todo el grupo familiar, especialmente en la relación con la madre, en torno a fuertes conflictos de ambivalencia relacionados con la aceptación de la llegada del niño y, a veces manifestados ya durante el mismo embarazo. Nuestra hipótesis es que esta ambivalencia provocó oscilaciones incoherentes en los momentos iniciales de la crianza entre la sobreprotección y el rechazo, que obviamente dificultaron el desarrollo en el niño de la capacidad de tolerar la separación. Y son estas dificultades que se reviven con toda su crudeza en la crisis de individuación y separación de la adolescencia, afectando a todos los miembros del grupo familiar.

Problemáticas más severas en la crianza, asociadas a negligencia o maltrato infantil (un 27% de nuestra muestra) son también por supuesto la causa de importantes alteraciones del desarrollo que comprometen seriamente la capacidad de contención del adolescente en esta etapa, organizando conductas defensivas como la que observamos en el fenómeno de la identificación con el agresor.

LA INTERVENCIÓN.

La aparición de la Justicia, con un carácter reparativo y educativo, nos ha ofrecido la posibilidad de organizar estrategias de intervención interdisciplinarias en el contexto de la medida judicial en colaboración con los profesionales de Justicia.

Una estrategia que intenta seguir una serie de objetivos de forma organizada y mutuamente reforzadora. La introducción de unos límites firmes a la violencia que permitan la recuperación de la vivencia de seguridad. La introducción de elementos de comprensión sobre la situación – tanto a nivel individual como relacional - que aumenten en todos los participantes la capacidad de contención interna y la posibilidad de pensar en la búsqueda de soluciones a los diferentes problemas que se puedan ir definiendo. El refuerzo de los aspectos sanos del adolescente y la búsqueda de oportunidades para su desarrollo. Y el apoyo a las funciones parentales de los progenitores que en esta etapa pueden venir fuertemente determinadas por su capacidad de tolerar la separación.

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

PSICOSIS ATÍPICA EN LA ADOLESCENCIA Y TRAUMA CRÓNICO PRECOZ. TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE DÍA*

ATYPICAL PSYCHOSIS IN ADOLESCENCE AND EARLY CHRONIC TRAUMA. TREATMENT IN DAY HOSPITAL SETTING

Paula Laita de Roda** , Eduardo Barriocanal Gil** y Beatriz López-Palop de Piquer***

RESUMEN

La relación entre las vivencias traumáticas precoces y el desarrollo posterior de trastornos psicóticos ha sido descrita ampliamente, y está en proceso de ser estudiada en mayor profundidad. Con el presente caso clínico, queremos hacer una reflexión acerca de dicha relación, así como sobre la necesidad de abordar estos casos complejos con una perspectiva terapéutica integral como la que puede ofrecer el Hospital de Día.

PALABAS CLAVE: psicosis, trauma, hospital de día, psicosis atípica.

ABSTRACT

The association between early traumatic experiences and subsequent development of psychotic disorders has been widely described, and further studies are needed. With this case report, our aim is to discuss some aspects of this association, and the need for an integral therapeutic approach in these complex cases, as can be offered in a Day Hospital setting.

KEY WORDS: psychosis, trauma, day hospital, atypical psychosis.

El caso que les presentamos quiere ser una reflexión sobre la relación entre la psicosis y las vivencias traumáticas precoces, desde la perspectiva del tratamiento en Hospital de Día, un recurso terapéutico que permite un abordaje intensivo e integral de un caso tan complejo como éste.

M. Benyakar y A. Lezica, en su estudio psicodinámico sobre la patología postraumática, (Benyakar, 2005) afirman, siguiendo los postulados de Freud, que la exposición a determinadas situaciones disruptivas, implica una exigencia de trabajo impuesta al psiquismo más allá de lo que éste tolera, obligándole a recurrir a estrategias estabilizadoras, no siempre exitosas.

En una experiencia vital se conjugan los afectos actuales desencadenados por ese evento concreto, con otros que provienen de experiencias pasadas. No sólo es importante tener en cuenta la naturaleza del hecho

* Comunicación libre presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas" tuvo lugar en San Sebastián los días 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Han colaborado otros autores: José María Calavia Balduz (Terapeuta ocupacional), Daniel Vivancos Gil (Educador), Pilar Frigolet Mayo (Enfermera). Hospital de Día – Centro Educativo Terapéutico "La Pradera de San Isidro".

** Psiquiatra Hospital de Día – Centro Educativo Terapéutico "La Pradera de San Isidro". COGESIN – SANITARIA. Centro concertado con la Comunidad de Madrid. Tlf.91 472 16 49 / 91 428 01 56. E-mail: hdpradera@gmail.com

** Psicólogo. E-mail: hdpradera@gmail.com

*** Psicóloga. E-mail: hdpradera@gmail.com

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

en sí, sino también la susceptibilidad propia del sujeto. Y además, otras circunstancias, como las condiciones psicológicas en las que se encuentra el sujeto en el momento del acontecimiento, las circunstancias sociales, y, sobre todo, el conflicto psíquico que impide al sujeto integrar en su personalidad consciente la experiencia que ha vivido.

Estos autores (Benyakar, 2005) sostienen que una situación es traumática si actúa impidiendo la normal articulación entre los afectos y las representaciones, alterando las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial. Por tanto, una vivencia será traumática no por ser penosa o dolorosa en sí, sino a causa de un fallo en los mecanismos de integración, de articulación entre el afecto y su representación, que quedaría asociada a la aparición de angustia automática.

O. Fenichel (Fenichel, 1966) describe, en su concepto de neurosis traumática, cómo se puede dar un bloqueo o disminución de las funciones del Yo, por el que toda la energía yoica quedaría absorbida por la tarea de procesar el impacto de lo sucedido. Las otras tareas del Yo quedan relegadas: bloqueo de las percepciones, sexualidad debilitada, fenómenos regresivos de toda clase. Esto puede acompañarse de una actitud de desvalimiento, con dependencia pasiva y regresión a intentos de control pasivo-receptivos del mundo externo.

Nuestro paciente, Yamir, es un adolescente de 15 años aproximadamente. Fue adoptado con una edad administrativa de 6 años, en un país asiático, por su madre, Antonia, en aquel momento soltera.

Fue derivado al Hospital de Día, a los pocos meses de empezar el tratamiento en el Centro de Salud Mental, para estudio y tratamiento de su problema de timidez y retraimiento en el colegio. El niño había sido diagnosticado de pubertad precoz central idiopática dos años antes, descartándose después el diagnóstico y determinándose que su edad real era de entre 3 y 4 años mayor que la administrativa.

En el colegio, Yamir se había adaptado bien los primeros dos años; fue escolarizado en un centro público, en 1º de Educación Primaria, con apoyos adecuados a sus necesidades idiomáticas. Aprendió español, a leer y a escribir, había mostrado un rendimiento adecuado a su grupo. Allí siempre le consideraron un chico afable y bueno, bien aceptado por sus compañeros, siendo popular entre sus iguales especialmente por su habilidad en los deportes. Con 9 años y medio, y coincidiendo con la irrupción del proceso puberal, mostró una detención y luego un retroceso en sus aprendizajes, se negaba a participar en las actividades grupales, hablaba en un susurro, se aislaba… En opinión del personal educativo, el cambio físico de Yamir había sido determinante, ya que él se sabía más mayor que sus compañeros, y a la vez superado por ellos en capacidad.

De su historia, a partir del relato de la madre, sabemos que procedía de un área rural humilde, en las montañas; en su familia biológica tenía una hermana menor que él. Yamir al parecer presenció la muerte de su padre, de forma poco clara; la madre biológica pronto se casó con otro hombre, dejando a los hijos al cuidado de unos familiares, que parece que maltrataron físicamente a Yamir. A los pocos meses, le dejaron en un orfanato.

Al llegar a dicho centro, Yamir fue escolarizado por primera vez, pero en un dialecto diferente al suyo. Yamir tenía recuerdos difusos y contradictorios de esa etapa. Antonia comentaba que ya en el orfanato era un niño bastante inhibido y callado. Aunque al parecer se le recomendó que no fomentara el uso del idioma materno, al año de la adopción buscó un profesor de dicho idioma para el niño; éste comentó que, si bien no entendía el dialecto de Yamir, no parecía que el discurso fuera anómalo ni en la forma ni en el contenido.

Yamir no quería venir a España. Rechazaba a su madre, e idealizaba el recuerdo de su padre. En casa al principio, tenía rabietas desmesuradas, que incluían golpearse la cabeza con la pared o el suelo, vomitar, etc. Sólo jugaba a la Play y veía T.V. Antonia recordaba que tardó un año en llamarla mamá, pero también que le gustaba que le hicieran cosquillas, que le dieran abrazos... El concepto de su propio cuerpo, sin embargo, siempre fue un problema, desde su llegada. Se mostraba aterrorizado cuando le hacían analíticas, pensaba que de esa forma le robaban la fuerza. También, observaba que al principio, si algún niño le pegaba o le empujaba, él se quedaba quieto, nunca se defendía, decía "no puedo pegar". Se asustaba mucho de los lunares, los granos o las marcas en la piel. Cuando empezó a desarrollarse, le preocupaba mucho la hiperpigmentación de sus genitales, los veía diferentes a los de los demás niños.

Poco a poco, fue adaptándose de forma adecuada a las rutinas y normas propias de su edad y fue ganando autonomía.

Cuando supuestamente Yamir tenía 9 años, empezó a desarrollarse físicamente, y a presentar caracteres sexuales secundarios. Además, fue diagnosticado de un Síndrome de Osgood-Schlatter (una afección propia del estadio puberal, consistente en dolor intenso en rótulas y región tibial anterior, asociada al crecimiento de las epífisis óseas y el estiramiento excesivo de los tendones durante el estirón puberal). El caso fue estudiado por

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

Endocrinología, con sospecha de pubertad precoz; le hicieron multitud de pruebas médicas que Yamir vivió con auténtico terror. Finalmente, el pediatra llegó a la conclusión de que posiblemente su edad administrativa no se correspondía con la cronológica, calculándole entonces unos 12 ó 13 años. Yamir admitió finalmente que en el orfanato le habían insistido en no revelar su edad real, ya que en su país de origen está prohibida la adopción por encima de los 7 años. Creía que tenía efectivamente 12, según lo que le dijo su abuela.

Poco antes de iniciarse el cuadro clínico, inició una psicoterapia individual, pero la madre sentía que no le ayudó porque hablaban de su pasado y le decía cosas como que quería volverse a su país y que ella no era su familia, que estaba solo y que nadie le ayudaba.

En el momento de su derivación, Yamir presentaba un grave deterioro en todas las áreas de funcionamiento. Se mostraba inhibido, emocional y físicamente; apenas tenía discurso espontáneo, con una voz susurrada y casi ininteligible, por miedo a dañarse las cuerdas vocales. La madre decía que había perdido mucho vocabulario, con una resistencia activa a seguir aprendiendo. No permitía que nadie le tocara, y mucho menos si era de forma imprevista o brusca, a lo que podía reaccionar agresivamente. Refería multitud de dolores corporales, óseos sobre todo, pero también viscerales, de forma cambiante. Hacía multitud de interpretaciones delirantes acerca de estos síntomas, irreductibles a la argumentación lógica, así como interpretaba por ejemplo que la nuez le había salido como consecuencia de que su madre había intentado ahogarle. Se negaba a ver TV o usar el ordenador, el móvil o la cámara de fotos, por miedo a que las imágenes o la luz demasiado intensa dañasen sus ojos, o empeorasen el dolor de las rodillas.

En casa, según la madre, se mostraba indisciplinado. La madre estaba muy angustiada por las crecientes dificultades de Yamir. Allí, pasaba horas tumbado en la cama observándose las manos o las piernas. Sentía que su hijo la provocaba y jugaba con los "síntomas" para ponerla nerviosa o llamar la atención, por ejemplo, repitiendo la misma palabra durante 20 minutos.

Marcelli (Marcelli, 2009) describe tres dimensiones centrales que caracterizan el reajuste intrapsíquico propio de la adolescencia: la dimensión corporal, el problema de la identidad, y el del equilibrio entre el investimiento narcisista y el investimiento objetal.

En este adolescente, la angustia ligada al sentimiento de transformación corporal llega hasta la angustia de fragmentación; siguiendo a este autor, la angustia del no reconocimiento de si mismo. Por una parte, el cuerpo está en cuestión, porque su transformación, y el descubrimiento de un cuerpo pulsional amenazan la unidad e integridad de la imagen que tiene el adolescente de sí mismo. Por otra parte, debe afrontar un reajuste de las bases mismas de su identidad, ligado tanto al proceso adolescente como al de las pérdidas vividas y al proceso de adopción. Yamir no puede aproximarse a las imágenes de sus padres, ni reconstruirse a través de nuevas identificaciones, para afrontar la desunión del Yo, por lo que se moviliza en la búsqueda sobre sí mismo: se auto observa, sin poder identificarse con lo que es, ni tampoco con sus padres o con sus iguales, con una angustia profunda (Marcelli, 2009).

En la pubertad es fundamental poder hacer el duelo con respecto al cuerpo infantil perdido, que obliga a modificar el esquema corporal de forma drástica. También, para lograr construir la identidad adolescente, hay que construir un autoconcepto, que se va haciendo a medida que el sujeto va cambiando e integrando las concepciones que tienen de él muchas personas, grupos e instituciones, y va asimilando los valores de su entorno social (Aberastury, 2005). Yamir, aún en el trance de adaptarse a su nueva vida, y con su psiquismo dañado tempranamente, se vio sorprendido por el inicio de la pubertad, una pubertad recibida con extrañeza por parte de sus adultos significativos, y con cierto rechazo por parte de sus iguales. Además, esta inevitable manifestación de crecimiento corporal desvelaba el secreto que estaba obligado a guardar desde su llegada a España.

El aparato psíquico dañado no puede acceder al sentimiento depresivo propio de esta etapa, un verdadero proceso de duelo, por el cuerpo y las condiciones infantiles, para poder aceptar las grandes modificaciones corporales asociadas a la pubertad, que crean una gran preocupación (Aberastury, 2005). Además, es fácil suponer lo desestabilizadora que fue esta "inesperada" adolescencia para la madre, que se sintió perpleja y confusa ante la evolución de su hijo, obligándola también a afrontar el proceso de duelo por el niño que fue, que los padres han de hacer en esta fase de la vida.

Para comprender los síntomas de Yamir, podemos acudir a uno de los autores pioneros en el estudio del trauma, S. Ferenczi. (Ferenczi, 1984). Las consecuencias psíquicas del trauma son una angustia extrema, la activación subsiguiente de procesos de negación (que persiguen una ruptura con la realidad), y la escisión de la experiencia traumática, no vivida conscientemente y por tanto imposible de recordar. Esta escisión puede llegar a ser múltiple, hasta la desintegración, con lo que la personalidad fragmentada logra oponer una mayor

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

superficie al choque (Benyakar, 2005). Además, se pueden dar otros procesos como la identificación con el agresor, la detención de las percepciones, del pensamiento y de la cohesión de las formaciones psíquicas (parálisis psíquica autoinducida), autoseparación narcisística, progresión traumática… Además, la experiencia traumática puede activar la percepción, con la aparición de alucinaciones y delirios, en los que no está conservado el juicio de realidad. De forma típica en la hiperactivación postraumática, los estímulos externos similares al evento estresante pueden reactivar el quiste traumático.

Desde otro punto de vista, A. Schore (Schore, 2001a, 2001b), en sus estudios acerca de la afectación del desarrollo cerebral derecho (que es el predominante en la infancia) asociada al trauma temprano, describe cómo las áreas orbitofrontales están involucradas en la percepción y la regulación del dolor, y por tanto del afrontamiento de sus aspectos afectivos-motivacionales. La alteración del sistema frontolímbico lleva a un déficit en el procesamiento del dolor que proviene del cuerpo, es una pérdida "adaptativa". El cuerpo de un niño abusado siente dolor: el individuo se disocia no sólo de los estímulos externos sino también de su mundo interno.

Podríamos entender los síntomas de Yamir como una suspensión del desarrollo afectivo, y un proceso de desomatización. Schore (Schore, 2001a) hace interesantes aportaciones al respecto de cómo el trauma infantil puede llevar a una autorregulación del afecto doloroso, dirigiendo el niño la atención lejos de sus estados emocionales internos. Un paternaje insuficiente puede contribuir al desarrollo de estrategias inadecuadas de afrontamiento del dolor normal en la infancia, o de patrones de dolor crónico, en niños que han experimentado un dolor prolongado o repetitivo como recién nacidos. El dolor del maltrato puede alterar los circuitos del dolor somático, pero los efectos del dolor asociado al trauma relacional pueden tener consecuencias aún más adversas, como la inmovilidad cataléptica, o las conductas autodestructivas.

El niño traumatizado recurre a mecanismos disociativos, regulados también por el hemisferio derecho, o al replegamiento autístico o encapsulación. Los intervalos de disociación conllevan una impermeabilidad a la comunicación de apego y a la regulación interactiva. Asimismo, la evitación de contextos emocionales, con una mayor riqueza y complejidad afectiva, impide la evolución de la inteligencia emocional del cerebro derecho.

La corteza cerebral derecha regula el procesamiento de las funciones del self. Los episodios de estrés interactivo traumático intenso inducen alteraciones bioquímicas en él. Está implicada principalmente en el desarrollo de conductas de apego, en la activación neuroendocrina y autonómica, que median la respuesta humana al estrés y la supervivencia, y permiten al organismo afrontar el estrés y los desafíos.

Por ejemplo, se ha visto que estresores auditorios y visuales procesados a nivel inconsciente (como imágenes y sonidos de rostros amenazantes y humillantes), son potentes desencadenantes de desregulación y disociación (Schore, 2001b). Podemos pensar que en Yamir, estos mecanismos entran en funcionamiento ante el contacto físico sorpresivo, o ante miradas penetrantes o amenazantes, que no es capaz de tolerar, recurriendo a la introversión y el repliegue.

Benyakar (Benyakar, 2005) describe los elementos del "complejo traumático", un concepto con el que, en nuestra opinión, se sintetizaría la hipótesis que explicaría la sintomatología de Yamir:

- Primero, una sensación de vacío, como "un agujero en la trama vivencial" que no se ha podido reparar.
- Segundo, una vivencia de desvalimiento, ya que la persona se siente incapaz de procesar la experiencia a nivel psíquico: porque no se siente capaz de interactuar con el medio de forma adecuada, y también porque percibe su propia incapacidad, como si no tuviera los recursos para articular esa vivencia. Tiene la extraña sensación de que no será comprendido, una proyección en el otro de su propia incapacidad de comprender.
- Tercero, una vivencia de desamparo: esencialmente presente cuando fallan los agentes de contención y sostén necesarios. La madre de Yamir no podía comprender y tolerar los síntomas de su hijo adoptivo, lo que generaba constantes desencuentros entre ellos, y nuevas situaciones de confusión. La vivencia de desamparo de Yamir en su infancia temprana, quedó ligada a la experiencia traumática, al objeto protector. Es decir: la vivencia quedaba enlazada con el fracaso en la relación con el objeto, con el otro. Esto tiene como secuela una desconfianza relacional constante, ya que la situación traumática partió precisamente de aquél del que se esperaba una relación de amparo.

En el Hospital de Día, Yamir se adaptó bien desde su llegada. La relación con sus iguales se inició también desde su actitud casi mutista e inhibida, su negativa a ser tocado o a participar en las actividades grupales.

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

De nuevo, como en el colegio, la reacción del grupo fue más en la línea de la aceptación, la comprensión y el respeto por sus síntomas. Durante meses, se presentaba a si mismo afirmando tener 10 años ("porque lo pone en el DNI"), y advertía a todos de que no le tocaran. Participaba en las actividades grupales de forma pasiva, pero en general, se sentía cómodo y tranquilo, integrado en el grupo de adolescentes.

Aunque la madre era muy reticente a la medicación, por sus efectos secundarios, aceptó que iniciáramos el tratamiento con dosis bajas de un antipsicótico. Yamir decía que la medicación "le ordenaba la cabeza".

A lo largo del ingreso, Yamir fue recuperando un tono de voz normal. Su forma de expresarse en español era pobre, a veces ininteligible, pero comprendía y construía frases sencillas. Se fue mostrando más alegre, bromeaba, permitía, incluso buscaba, el contacto físico con compañeros y terapeutas, aunque aún se sobresaltaba y se enfadaba mucho si el contacto era inesperado o rudo. Empezó a participar en actividades deportivas que no implicaran excesivo contacto, a utilizar el móvil, y a jugar con una videoconsola, a dejarse fotografiar…

Todos estos avances se acompañaron sin embargo de fases de una mayor desestructuración del discurso, de la persistencia casi inamovible de los síntomas cenestésicos, que verbalizaba de forma reiterativa en los espacios de terapia grupal. Síntomas como la sensación de picor o quemazón en los músculos y vísceras abdominales, la sensación de estar "medio vivo, medio muerto", la percepción de su propia sangre corriendo por las venas, etc. A veces sentía que se estaba pudriendo, o que se le daba la vuelta la cabeza. Solía expresarlo de forma inesperada, fuera de contexto, como buscando comprobación, o para resultar gracioso o impactante. A pesar del tono lúdico, estas sensaciones eran irreductibles al razonamiento lógico o a la interpretación. Presentó también una fase de una mayor desorganización del discurso y el pensamiento, junto con una actitud más claramente paranoide, en la que incluso refirió estar viendo espíritus en su casa que le hacían mal. Se mostraba más esquivo y agresivo en el hospital de día, más silencioso y absorto.

Debido a las dificultades idiomáticas de Yamir, y la grave desestructuración que presentaba, el trabajo terapéutico con Yamir se basó más en las técnicas de expresión corporal, lúdicas y ocupacionales, que en las puramente verbales, en las que él difícilmente podía intervenir salvo con frases inconexas y frecuentemente incoherentes, predominando la inhibición y el repliegue. Y sin embargo, Yamir mostraba su deseo de hablar de su país de origen, del orfanato, de los padres y la abuela biológicos, de forma tímida y muy poco estructurada, posiblemente en un intento de recomponer su identidad. Pero la vivencia traumática nunca puede ser verdaderamente narrada, aún menos cuando lo vivido pertenece a un pasado del que apenas se conocen detalles. Dice Benyakar (Benyakar, 2009) que lo importante en el tratamiento de estos pacientes es ser conscientes de que vamos a encontrar situaciones no estructuradas, que provocan cortes en la continuidad del trabajo terapéutico: "El objetivo no es suprimir la vulnerabilidad del psiquismo, sino representarla. (…) La herida no desaparece, pero no es lo mismo que persista como una llaga en carne viva que como una cicatriz".

Según Ferenczi (Ferenczi, 1984), se produce una escisión del conjunto traumático, el cual nunca fue consciente ni pertenece al campo de la represión. No habrá representaciones reprimidas que retornan en forma simbólica. Será un conjunto escindido, que Ferenczi describe como un "quiste" o un "teratoma": no queda registro mnésico del traumatismo, ni siquiera inconsciente, por eso el traumatismo no podrá ser recordado, sólo repetido.

Este autor habla de una memoria a dos niveles; un nivel en el que la memoria trabaja desde la mentalización, en la que el recuerdo es posible, y otro más arcaico, (la "memoria corporal"), en el que, al no suceder la percepción y la descarga motriz de ésta, el suceso no quedó inscrito en el primer nivel mnésico, y se reactivará como descargas emotivas o acciones, una especie de memoria traumática, recuerdos encapsulados, no simbolizados, que Yamir "siente" en su cuerpo en desarrollo.

Por otra parte, una clave fundamental para comprender la desestructuración de Yamir era el lenguaje. Yamir afirmaba haber olvidado su idioma materno, y, en el proceso de adquirir un nuevo idioma, y adaptarse a su nueva vida, la irrupción de la crisis actual dejó al aparato psíquico sin lenguaje que vehiculizara la metabolización de sus afectos. La madre, consciente de esto, insistía en que buscase las palabras que no entendiera en el diccionario, algo que Yamir hacía de forma obsesiva y con poco resultado práctico.

En casa, la madre de Yamir observó una gran mejoría en todas las áreas, pero a la vez Yamir se mostraba más desafiante y desobediente con ella, con frecuentes discusiones y enfrentamientos que Yamir relataba de forma reverberante y desprovista de reactividad afectiva, en cada espacio grupal.

Por eso, el trabajo con la madre tuvo como fin, como dice Schore (Schore, 2001), reforzar el papel maternante desde una posición evolutiva anterior, que permitiera un

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

contexto para la co-creación de un sistema de regulación interactiva, ajustado para afrontar los momentos críticos del desarrollo socioemocional de Yamir, con el objetivo de facilitar la maduración de los sistemas regulatorios adaptativos. La función de la madre sería por tanto dar sentido a las expresiones y somatizaciones de Yamir, buscar su correlato emocional, darle las palabras para expresarlas de forma que pudieran hacerse más accesibles a la elaboración psíquica, no sólo como quien aprende un nuevo idioma, sino como instrumento para dar forma al pensamiento.

S. Ferenczi (Ferenczi, 1984) describe cómo lo traumático se desarrolla en un campo específico, el del encuentro intersubjetivo entre un niño, dependiente, necesitado de protección, con una posición confiada e influenciable, y un adulto, con amor y odio, sus necesidades narcisísticas, sus conflictos particulares y un desarrollo mental diferenciado, cuya función será la de hacer de "pantalla protectora": filtrar y moderar la intensidad de las experiencias, darles continencia o medios psíquicos para elaborarlas. Sin ello, el niño se vería desbordado de sensaciones, emociones o sentimientos, generándose una desregulación entre medio interno y externo que no puede resolverse sin la madre reparadora. En el niño queda una desconfianza residual en el adulto, lo cual no hace sino aumentar el riesgo de una mayor alteración de su capacidad metabolizadora.

El caso de Yamir es paradigmático de cómo, al fallar la función maternante de protección precoz, se pueden producir disfunciones en el procesamiento psíquico muy precoces. El niño víctima de este tipo de fallas vinculares tempranas puede verse en la paradoja de tener que buscar refugio en la fuente misma del peligro que lo amenaza. Esto generará multitud de situaciones de angustia automática, que alterarán el aparato psíquico en su mismo origen.

La sintomatología de Yamir, a medio camino entre la hipocondriasis y la psicosis, podría encuadrarse como hemos visto dentro del campo de lo traumático, teniendo también cabida en la categoría diagnóstica propuesta por Van Der Kolk y su grupo para el futuro DSM-V (Cloitre, 2009), el trastorno del desarrollo traumático. Su dolor físico surge como ruptura en la eclosión de una adolescencia no esperada, temida por él, sobre un aparato psíquico previamente dañado por diversas experiencias traumáticas de abandono y agresión, que no consigue metabolizar las pulsiones y la angustia propias de esta etapa, elaborar la sexualidad, ni asumir el duelo por la infancia. El tratamiento de Yamir pasa por, remedando la "función de rêverie" materna, a través del cuerpo primero, y de la palabra después, dar sentido a lo que no se puede metabolizar, de forma que los afectos encuentren la vía de expresión que le permita progresar en su adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. y Knobel M. (2005). La Adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós. (Orig. 1988)

Benyakar, M., Lezica A. (2005). Lo traumático, clínica y paradoja. Buenos Aires: Biblos (1º ed.).

Cloitre, M., Stolbach, BC., Herman, JL., van der Kolk, BA., Pynoos R., Wang J., Petkova E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity.Journal of Traumatic Stress. Oct; 22(5):399-408.

Fenichel, O. (1966). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós.

Ferenczi, S. (1984). Obras Completas, t IV: Monografías de psicología normal y patológica, 18. Madrid: Espasa Calpe (José Germain, 1927-1933).

Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Marcelli, D. (2009). Manual de Psicopatología del Niño. Barcelona: Elsevier-Masson.

Morgan, C., Fisher H. (2007). Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma - A Critical Review. Schizophrenia Bulletin 33(1): 3–10.

Schore AN. (2001). The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. Infant Mental Health Journal, 22: 7-66.

Schore AN. (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, & Infant Mental Health. Infant Mental

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

LA CORPORALIDAD DE LOS ADOLESCENTES EN LA REDES SOCIALES*

THE BODY IMAGE IN ADOLESCENTS IN SOCIAL NETWORK

Carmen Maganto Mateo** y Montserrat Peris Hernández***

RESUMEN

Las Redes Sociales (RS) influyen en la corporalidad de los adolecentes y en otras variables psicológicas a través de las publicaciones virtuales. Uno de los fenómenos más extendidos es el sexting que se ha incrementado en adolescentes y es objeto de seria preocupación. Objetivos: a) Conocer el uso de RS; b) Analizar la frecuencia de publicaciones virtuales estéticas frente a eróticas en adolescentes en función del género. Instrumentos: CIV-RS. Cuestionario de Imagen Virtual de las Redes Sociales(Maganto y Peris, 2011). Participantes: 100 adolescentes de ambos sexos (13-15años). Resultados: El uso de las RS está extendido, sin apenas diferencias de sexo. La imagen virtual es preferentemente estética, pero en un porcentaje preocupante publican imágenes con contenido sensual, erótico y provocador. Además, los adolescentes publican fotografías sin consentimiento y temen arrepentirse de algunas fotografías publicadas. Conclusiones: Es un reto conocer el uso y los riesgos de las RS, a fin de desarrollar programas preventivos.

PALABRAS CLAVE:Sexting, imagen virtual, redes sociales, adolescentes.

ABSTRACT

Body image and other psychological variables have been influenced by social networks. One of the most widespread phenomena is the sexting that has increased in adolescents and is of serious concern. Objectives: a) know the use of RS; b) Analyze the frequency of aesthetic versus erotic virtual publications in adolescents according to sex. Assessment instruments: Virtual image of the social network questionnaire (Maganto y Peris, 2011). Participants: 100 adolescents' boys and girls from 13 to 15 years. Results: The use of the social network is widespread, not just statistical differences of sex. The virtual image is mostly aesthetic, but they published a high percentage of erotic, sensual and provocative photography. In addition, adolescents publish photographs without consent, and probably in the future they repent of the photographs that have been published. Conclusions: Is a challenge to know the use and risks of social networks in order to develop preventive programmes.

KEY WORDS:Sexting, virtual image, social network, adolescents.

* Comunicación libre presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas" tuvo lugar en San Sebastián los días 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Profesora Titular de Universidad. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avenida de Tolosa, 70. P1-D17. CP: 20018. San Sebastián. 943018344 / 676848003. E-mail: carmen.maganto@ehu.es. 1. Agradecimientos: Estudio financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) (PSI2012-30956), por el Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco (IT638-13), y por la Unidad de Formación e Investigación de la Universidad del País Vasco UPV/EHU (UFIPSIXXI-11/04).

*** Becaría Predoctoral del Gobierno Vasco. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

Avenida de Tolosa, 70. 20018. San Sebastián. 943018344 / 635784911. E-mail: montserratph@gmail.com. 2. Agradecimientos:Estudio financiado por el Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco (Beca Predoctoral Nº de Ref.: BFI-2012-40).

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

INTRODUCCIÓN

Si prestamos atención a los nuevos fenómenos sociales que acontecen en este siglo, podemos advertir que el uso de las redes sociales se han incrementado notoriamente como instrumentos comunicadores entre los/las adolescentes y jóvenes de nuestro país (Benotsch, Snipes, Martin, y Bull, 2013; Burset y Sánchez, 2009; Weis y Samenow, 2010). Casi el 90% de los adolescentes Españoles utilizan internet varios días a la semana.

Entre las ventajas que ofrecen las Redes Sociales (RS) está la rápida e instantánea comunicación con personas situadas en lugares distintos del mundo. Esto posibilita una mayor cercanía y unión entre amigos, familiares, conocidos y otros usuarios (Ashdown y Homa, 2010). También ha favorecido el contacto más cercano que sienten los inmigrantes con sus familias de origen (Atay, 2010). Parte de las ventajas están en las áreas de desarrollo cognitivo, físico y social. Además ha sido comprobada su eficacia terapéutica en intervenciones y tratamientos controlados (Guan y Subrahmanyam, 2009).

De esta forma, los espacios virtuales han pasado a formar parte indispensable del abanico de medios de comunicación entre sujetos de edades cada vez más tempranas.

El fotolog es una herramienta virtual que los jóvenes adolescentes han adaptado a sus necesidades para expresar sus ideas, sentimientos o fantasías. De esta manera se comunican de forma visual, intentando ajustar la carga simbólica, el tono o el sentido de un texto escrito a partir de una imagen, creando una experiencia estética visual, convirtiéndose la imagen en la nueva estructura narrativa orientada a la no-linealidad, a lo sensorial y a lo recreativo (Burset y Sánchez, 2009).

De todas las posibles páginas de RS Facebook, es la más seleccionada entre los usuarios y provee de fotos que permite conocer a la persona y a sus enlaces o intereses. Existe además un muro en el que enviar mensajes bien vinculados con la foto u otros temas, siendo la autopresentación una de las cosas más importantes porque representa al individuo en la plataforma online. Las fotos pueden estar reconstruidas y modeladas para ocultar defectos (Walther, 2007). Tanto los adolescentes como los jóvenes eligen fotos para que los demás los perciban como físicamente muy atractivos (Siibak, 2009; Strano, 2008) o como sexys o eróticos.

Debido a esta preocupación por la apariencia e imagen física ellos utilizan estas páginas para conectarse con sus iguales sin la vigilancia de los adultos y para facilitar la construcción de una identidad y unas relaciones experienciales en un nuevo contexto social (Lenahrt, Purcell, Smith y Zuckuhr, 2010).

Hay una apertura a un horizonte de conocimientos y experiencias beneficiosas a través de internet, pero al mismo tiempo existe una gran preocupación por los riesgos que estas nuevas oportunidades traen de la mano (Livingstone, 2008).

Desde la idea de la corporalidad, aspecto que cada vez está cobrando más importancia en los estudios de género, por las implicaciones psicosociales que tiene especialmente para las y los adolescentes y jóvenes; el culto al cuerpo (lo que en nuestra sociedad, ciertamente no se limita a la edad adolescente) es una presión cultural al que muchos de nuestros/as adolescentes están sometidas hasta el punto que pueden llegar a distorsionar la percepción de la propia imagen, dañar el autoconcepto que tiene de sí mismos/as, provocar inestabilidad emocional, en definitiva, aumentar la insatisfacción personal. Las opiniones subjetivas y variantes de los demás generan presiones, por lo que la percepción del propio cuerpo y el de los demás no siempre es ajustada ni objetiva (Comellas, 2005).

Los problemas de imagen corporal están en la base de la tendencia al uso exagerado, distorsionado o manipulado de la imagen virtual. La revisión de los problemas de imagen corporal en adolescentes y jóvenes (Maganto y Kortabarria, 2011), confirma que una excesiva preocupación por el aspecto físico y una sobrevaloración del cuerpo afecta a los adolescentes de ambos sexos. La distorsión por infra o sobre-estimación corporal y la insatisfacción con la propia imagen da lugar a diversos problemas emocionales y clínicos (Dunn, Lewis y Patrick, 2011; Maganto y Cruz, 2002; Markham, Thompson y Bowling, 2005).

Por ello, el uso de RS puede tener también efectos negativos. La dependencia y la supeditación a las RS distancian de los objetivos académicos, de las actividades de ocio y especialmente de los amigos presenciales, incrementando una realidad virtual más fugaz, más continuada y de contacto más rápido. Entre los riesgos más importantes está la adicción, el acceso a contenidos inapropiados, el acoso o pérdida de intimidad, el acceso a contenidos pornográficos o violentos, el deseo de destacar y mostrarse con una personalidad que no es, el incremento del narcisismo, el cyberbullying, etc. Sin embargo, uno de los riesgos que van incrementándose entre los adolescentes es la publicación de imágenes eróticas y sexualizadas.

El "sexting", fenómeno que hace referencia al nivel de erotización de la imagen virtual, se está extendiendo

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

considerablemente en estos medios entre personas de edades cada vez más tempranas, que muestran actitudes y recrean situaciones mediante poses, objetos, vestimentas… con mayor o menor nivel erótico (De Domini, 2009; Lenhart, 2009; Menjivar, 2010; Palomo, 2009).

Los adolescentes comparten más su perfil con sus iguales, y a veces son más imprudentes en lo que publican que los jóvenes o los no nativos virtuales y suben fotografías con riesgo de que puedan ser utilizadas inadecuadamente, añadiendo contenidos verbales (texting) que pueden llevar a entender que hay una incitación sexual (Patchin y Hinduja, 2010).

Muchas de las actitudes y comportamientos que se impulsan socialmente en la red están considerablemente ligadas a la erotización, cada vez más temprana, de los adolescentes y jóvenes (Guan y Subrahmanyam, 2009; Kholos y Childers, 2011). Por ello, este uso tan recurrido de las redes sociales como escaparate para mostrar de manera visual lo que la persona quiere hacer ver de sí misma, no está exento de polémica.

En Argentina, el 36% admitió que envía fotos suyas en poses provocativas (Palomo, 2009). En Estados Unidos, el estudio de Goodson (2009) informa que el 48% de los adolescentes habían recibido textos, mensajes o emails con contenido sexual, y que el 40% de adolescentes varones y el 37% de adolescentes mujeres habían enviado este tipo de mensajes. Además, el 22% de las chicas adolescentes habían enviado o colgado fotografías o videos de sí mismas desnudas o semidesnudas, y el 11% de niñas adolescentes también lo había hecho (Palomo, 2009). Según Benotsch et al. (2013) el sexting se asocia con mayor precocidad y predisposición a conductas de alto riesgo sexual. La Asociación de Psicología Americana (APA) acaba de publicar un extenso documento en el que denuncia una tendencia sexualizadora que capta a población cada vez más joven.

Según Samenow (2010) la ansiedad, depresión, anorexia y bulimia es el precio que pueden pagar las menores por «jugar» a potenciar su atractivo sexual, por lo que les está robando una etapa necesaria, como es la niñez. La mayoría de los usuarios son niñas virtuales escolares, que se exhiben con un alto contenido sexual y erótico, lo cual se ha convertido en una conducta preocupante (Kraus y Russell, 2008). Los riesgos más negativos on line son la adicción, el cyberbulling (Garaigordobil, 2011), el reclamo sexual y publicar imágenes donde se pierde la intimidad y el derecho de imagen (Guan y Subrahmanyam, 2009). A mayor precocidad en estas conductas mayor riesgo y peores consecuencias afectivas y psicológicas para los adolescentes (Maganto y Peris, 2011).

Muchos adolescentes consideran que enviar este tipo de fotos desnudas o semidesnudas, no es ni bueno ni malo, depende de la persona y de lo que esta quiera hacer con su cuerpo. Es también una manera de conocerse o de informarse sobre la sexualidad. En general, consideran que es una parte de autoerotismo de la adolescencia, y que no debería ser penalizado (Menjívar, 2010). Asímismo, Strassberg, Mckinnon, Sustraíta y Rullo (2013) informaron que más de un tercio de adolescentes encuestados había enviado imágenes sexualmente explícitas a pesar de saber que podían tener serias consecuencias legales. Varios estudios (Albury y Crawford, 2012; Albury y Lumby, 2010; Gordon-Messer, Bauermeister, Grodzinski y Zimmerman, 2013) expresan el problema que está generando este fenómeno social llamado "sexting" y subrayan la desconexión existente entre la ley y los usos de la tecnología en los adolescentes. Los menores de 18 años de edad, en la actualidad, no están autorizados a dar su consentimiento para enviar o publicar cualquier imagen suya o de otros y aún más de contenido erótico. Asímismo, se advierte que casi el 20% de adolescentes había enviado alguna vez una imagen sexualmente explícita de sí mismos a través del teléfono celular. Strassberg et al. (2013) indican que cerca del 40% habían recibido alguna vez una imagen sexualmente explícita a través del móvil y aproximadamente el 25% la habían reenviado de nuevo.

En la actualidad es un reto para los profesionales conocer el uso de las plataformas virtuales en adolescentes y jóvenes, como My Space, Facebook, Twiter, Tuenti y otras RS, ya que para ellos son las vías de comunicación de mayor tráfico, popularidad y la qué más favorecen contactos esporádicos de contenido sexual y erótico.

Tras la revisión teórica realizada, el presente trabajo se plantea como objetivos de investigación los siguientes: 1) Conocer el uso de las redes sociales en cada uno de estos aspectos: a) comunicación y establecimiento de amistad; b) unirse a grupos de interés; c) publicar imágenes, fotos o videos; y d) intereses sexuales; y 2) Analizar el uso y frecuencia con la que las publicaciones fotográficas representan una imagen virtual estética versus erótica (sexting) en adolescentes en función del género.

METODOLOGÍA

Participantes

Se trabaja con 100 adolescentes, seleccionados aleatoriamente de los centros educativos de la Comunidad Foral de Navarra, 56 varones (56%) y 44 mujeres (44%), en edades comprendidas entre 13 y 15 años.

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

Instrumentos de evaluación:

CIV-RS. Cuestionario de imagen Virtual de las Redes Sociales (Maganto y Peris, 2011). El CIV-RS es un instrumento para evaluar el uso de las redes sociales, especialmente las publicaciones eróticas y la sexualidad online. Está diseñado para identificar problemas de abuso y riesgo en menores de edad, especialmente púberes y adolescentes. Los ítems se estructuran en función de los constructos que evalúan, los cuales giran en torno a dos ejes: el sexting y el erotismo en las redes sociales. Los constructos que analiza son los siguientes: a) Sexting activo y pasivo, diferenciando la imagen virtual estética versus erótica; b) Análisis de las motivaciones para el envío de publicaciones eróticas: narcisismo versus chantaje-intimidación; c) El erotismo y la sexualidad online; y d) Emociones y sentimientos que promueve. A través de los ítems de cada constructo se llega a conocer el uso, incidencia y consecuencia para adolescentes y jóvenes de cada constructo evaluado. La comprensión e interpretación de cada constructo viene dada por el análisis del conjunto de los ítems que lo componen. Los análisis de fiabilidad del instrumento presentan un alfa de Cronbach de .81.

Diseño:

Se utilizó un diseño descriptivo de corte transversal con el fin de analizar la utilización de las redes sociales y de la imagen corporal virtual, y examinar la incidencia de las variables estudiadas: sexo, frecuencia de uso de cada red social, usos más comunes de las redes sociales, publicación de la imagen virtual estética versus erótica y publicación de imágenes sin consentimiento.

Procedimiento

La investigación ha sido sometida a la evaluación de la Comisión Universitaria de Ética de la Investigación y la Docencia (CUEID) de la Universidad del País Vasco, aprobándose por la misma al ajustarse a la normativa deontológica prescrita. Posteriormente, se contactó con los centros educativos para explicar la investigación y solicitar los permisos pertinentes al centro, padres y alumnos, asegurando la confidencialidad y el consentimiento informado. Se aplicó el cuestionario de CIV-RS a la muestra seleccionada en horas lectivas y en similares condiciones de lugar, tiempo y motivación. Los datos se han tratado mediante el programa estadístico SPSS 20.0 para Windows, obteniéndose los resultados y conclusiones que se exponen a continuación.

RESULTADOS

Se presentan los resultados del estudio, siguiendo el orden de los dos objetivos establecidos:

Tabla 1. Frecuencia con la que se usan en la vida diaria las redes sociales: Frecuencias y porcentajes.
Table 1. Frequency with which the social network are used in everyday life: frequencies and percentages.

Frecuencias de uso	1-2 veces al mes		1-2 veces por semana		1-2 veces al día		3 o más veces al día	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Wahatsapp (n= 58)	5	8,6	13	22,4	13	22,4	27	46,6
Tuenti (n= 40)	6	6,4	14	14,9	31	33,0	43	45,7
Twitter	5	15,6	9	28,1	12	37,5	6	18,8
Skype	9	50,0	3	16,7	3	16,7	3	16,7
Facebook	20	50,0	7	17,5	9	22,5	4	10,0
Messenger	33	67,3	10	20,4	4	8,2	2	4,1

1. Frecuencia y uso de las RS

Se pregunta inicialmente cuáles de las redes sociales que están en el mercado son las que más utilizan y cuál es la frecuencia de uso que hacen de ellas en la vida diaria, obteniéndose los resultados que aparecen en la tabla 1.

Tal y como se ve en la Tabla 1, el uso de las redes es muy frecuente, especialmente WhatsApp y Tuenti ya que en ambas casi el 80% de los adolescentes lo utiliza varias veces al día, es decir, es un uso diario, constante y continuado. En orden de frecuencia le sigue Twitter con un uso entre semanal y diario, y en menor proporción Skype y Facebook. La plataforma social de menor uso diario es el Messenger, ya que un 67,3% se conecta con poca frecuencia.

En cuanto a las diferencias de sexo, la única red en la que se observan diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas es en el uso de tuenti a favor de las chicas ($\chi 2 = 7.902$, $p = .048$), con porcentajes de 87.8% frente a 71,6%.

Los resultados del estudio sobre el tiempo que cada día están los adolescentes conectados a las redes sociales, se presentan en la tabla 2.

Tal y como se observa en la tabla 2, menos de una hora se conecta un 63% de adolescentes, el resto pasa

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

Tabla 2. Tiempo aproximado de conexión por día: Frecuencias y porcentajes.
Table 2. Connect time per day: Frequencies and percentages.

Tiempo de conexión diario a las RS.	*F*	%
Menos de 30 minutos	34	34,0
Entre 30-60 minutos	29	29,0
Entre 1-2 horas	23	23,0
Más de 2 horas	14	14,0

alrededor de 2 horas o más conectados a RS.

El estudio sobre el uso que hacen de las redes sociales, es decir, con qué finalidad utilizan las redes sociales durante su conexión, se ha investigado partiendo de sus grupos de amistad e interés, de las publicaciones virtuales que suben a las plataformas online y de los intereses sexuales adolescentes. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 3.

Como se observa en la tabla 3, el uso de las redes sociales se da con mayor frecuencia para las relaciones de amistad. En concreto, el porcentaje más alto es para hablar con mis antiguos amigos 94,8%, le sigue consultar y comentar perfiles de amigos, con un 82.6% y encontrar antiguos amigos, representado por un 77,3%; también para buscar nuevos amigos lo utiliza el 57,1% frente al 42,9% que nunca lo usan para este fin; y para conocer gente nueva lo usa el 46.9% de adolescentes. Estos datos refieren que los adolescentes utilizan con mucha frecuencia las RS para sus relaciones de amistad.

Para unirse o conectarse con grupos de interés lo utilizan en menor grado. Así, el 37.1% se ha unido a algún grupo de interés frente al 62,9% que no lo hace, y el 41.2% informa que por este medio sigue diversos grupos de interés.

Tabla 3. Uso de las redes sociales en los adolescentes: Frecuencias y porcentajes.
Table 3. Use of social network in adolescents: Frequencies and percentages.

Uso de las redes sociales *n*=100	Nunca		Algunas veces		A menudo		Muchas veces	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Relaciones de amistad								
Buscar nuevos amigos	42	42,9	41	41,8	15	15,3	--	--
Consultar y comentar perfiles de amigos	17	17,3	44	44,9	31	31,6	6	6,1
Encontrar antiguos amigos	22	22,7	40	41,2	25	25,8	10	10,3
Hablar con mis amigos	5	5,2	13	13,4	23	23,7	56	57,7
Conocer gente nueva	52	53,1	31	31,6	15	15,3	--	--
Grupos de interés								
Unirme a grupos de interés	61	62,9	29	29,9	6	6,2	1	1,0
Seguir a grupos de interés	57	58,8	26	26,8	8	8,2	6	6,2
Publicación de imágenes								
Subir Fotografías o vídeos	22	22,4	45	45,9	23	23,5	8	8,2
Ver/comentar fotografías de mis amigos	11	11,3	38	39,2	39	40,2	9	9,3
Ver si han comentado mis fotografías	19	19,4	38	38,8	32	32,7	9	9,2
Intereses sexuales								
Buscar información sobre sexualidad	83	85,6	13	13,4	1	1,0	--	--
Buscar páginas eróticas	83	86,5	10	10,4	2	2,1	1	1,0
Mantener encuentros sexuales	82	84,5	9	9,3	2	2,1	4	4,1

En cuanto a las publicaciones de imágenes, el 77,6% suben fotografías o videos frente al 22,4% que nunca ha subido fotografías, y el 88,7% ven o comentan fotografías de sus amigos; también un alto porcentaje, 80,7% usan las RS para ver si los demás han comentado alguna fotografía de sus perfiles.

Respecto a los intereses sexuales observamos que el 15,5% utiliza la RS para mantener algún tipo de encuentros sexuales, un 14,4% buscan información sexual a través de este medio y que el 13,5% consultan páginas eróticas. Es decir, alrededor de la sexta parte de adolescentes utilizan las RS para dar respuesta o buscar algún tipo de interés sexual.

No existen diferencias de sexo estadísticamente

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

significativas en las categorías correspondientes a las relaciones de amistad y a los grupos de interés. En cuanto a la publicación de imágenes, las diferencias estadísticamente significativas se aprecian en dos variables, la frecuencia con la que suben fotografías o vídeos, obteniéndose resultados a favor de las chicas ($\chi2$ = 15.488, p = .001) con porcentajes de 90,7% y 67,3% en los chicos, y en la variable de ver o comentar fotografías de mis amigos, ($\chi2$ = 9.796, p = .020) en la que las chicas lo hacen en un 97,4% mientras que los chicos solo en un 81,8%. En cuanto al uso de las RS para dar respuesta a intereses sexuales, las diferencias estadísticamente significativas están en buscar páginas eróticas a favor de los chicos, ($\chi2$ = 8.038, p = .045) con porcentajes de 22,2% frente a 2,4% en chicas.

2.Publicación de imágenes virtuales

Para dar respuesta al segundo objetivo se analizaron los datos obtenidos en las variables de publicaciones virtuales del Cuestionario de Imagen Virtual de las Redes Sociales(Maganto y Peris, 2011). Se analiza en primer lugar el número de fotografías que han publicado en las redes que utilizan y los resultados se exponen en la tabla 4.

Tabla 4: Publicación de fotografías en las redes sociales: Frecuencias y porcentajes.
Table 4. Publication of virtual photographs in the social network: Frequencies and percentages.

Cantidad de fotografías en la RS	F	%
Menos de 50 fotografías	18	18,6
Entre 50 - 100 fotografías	11	11,4
Entre 101 - 500 fotografías	21	22,6
Entre 501 - 1000 fotografías	24	25,8
Entre 1000 – 2000 fotografías	15	15,5
Más de 2000 fotografías	6	6,2

Los datos indican (Tabla 4) que la publicación de fotografías virtuales es alta, ya que un 25,8% tiene entre 500 y 1000, y más de 1000 fotografías tienen 21,7% de adolescentes, le sigue en frecuencia un 22,6% de chicos y chicas que tienen publicadas entre 100 y 500 fotografías.

Los análisis de contingencia por sexo indican que existen diferencias estadísticamente significativas a favor de las chicas ($\chi2$ = 12,775, p = .002), ya que un 69,2% de chicos tienen menos de 500 fotografías publicadas frente a un 32,6% de chicas. Sin embargo, más de 1000 fotografías tienen un 77,5% de chicas frente a un 30,8% de chicos. Esto indica que son las chicas las que publican significativamente más cantidad de fotografías que los chicos.

Tabla 5. Publicación de nuevas fotografías: Frecuencias y porcentajes.
Table 5. Publication of new photographs: Frequencies and percentages.

Publicar nuevas fotografías en la RS	Nunca o casi nunca		3 o 4 veces al año		Una vez al mes		Varias veces por semana	
	F	%	*F*	%	*F*	%	*F*	%
	33	33,7	16	16,3	26	26,5	23	23,5

Los resultados del análisis sobre con qué frecuencia se publican nuevas fotografías se muestran en la tabla 5.

En la tabla 5, los datos indican que la frecuencia con la que publican nuevas fotografías es alta, ya que un 23,5% sube nuevas fotografías varias veces por semana y un 26,5% lo hace al menos una vez al mes.

En cuanto a las diferencias de sexo, los resultados del análisis de contingencia indica que existen diferencias estadísticamente significativas en esta variable ($\chi2$ = 11.064, p = .001) con un 34,9% de chicas frente al 61.8% de chicos que nunca cuelgan nuevas fotografías, y que una vez al mes o varias veces por semana cuelgan nuevas fotos el 65,1% de chicas frente al 38,2% de chicos. Esto muestra que las chicas publican nuevas fotografías con más frecuencia que los chicos.

Se llevaron a cabo análisis de frecuencia y análisis de T-test a fin de conocer las publicaciones estéticas y eróticas que publican los adolescentes e investigar así mismo si existían diferencias de sexo. Los resultados obtenidos se aprecian en la tabla 6.

En la tabla 6 se indican los porcentajes sobre la publicación de imágenes virtuales estéticas y eróticas en los adolescentes. Los datos muestran que se publican más fotografías estéticas que eróticas. En concreto, dentro de las fotografías estéticas, el mayor porcentaje lo agrupan las imágenes atractivas, 46,7% frente al 53,3% que nunca o pocas veces ha publicado fotografías en las que estuviese atractivo/a; le siguen las publicaciones de fotos interesantes con un 72,8%, y románticas 46,3%; finalmente, el 30,5% ha publicado alguna foto sensual frente al 69,5% que nunca ha publicado fotos de este tipo.

En cuanto a la publicación de imágenes virtuales eróticas (sexting), los resultados indican que el 53,7% ha publicado alguna fotografía sexy frente al 46,2% que

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

Tabla 6. Publicación de imágenes virtuales estéticas y eróticas: Frecuencias y porcentajes.
Table 6. Publication of aesthetic and erotic virtual images: Frequencies and percentages.

Fotografías estéticas	Nunca		Pocas veces		Con alguna frecuencia		Bastantes veces		Muchas veces	
	F	%	*F*	%	*F*	%	*F*	%	*F*	%
Atractiva	26	28,3	26	25,0	23	25,0	12	13,0	8	8,7
Interesante	25	27,2	13	14,1	29	31,5	10	10,9	15	16,3
Romántica	50	53,7	24	25,8	9	9,7	4	4,3	6	6,5
Sensual	64	69,6	11	12,0	9	9,8	2	2,2	6	6,5
Publicación de imágenes virtuales eróticas (sexting)										
Sexy	43	46,2	23	24,7	15	16,1	8	8,6	4	4,3
Provocadora	59	63,4	14	15,1	12	12,9	4	4,3	4	4,3
Seductora	57	61,3	16	17,2	12	12,9	4	4,3	4	4,3
Erótica	66	71,0	15	16,1	7	7,5	2	2,2	3	3,2
Casi pornográfica	84	91,3	5	5,4	1	1,1	--	--	2	2,2

nunca lo ha hecho; un 36,6% ha publicado imágenes provocadoras al menos alguna vez, y el 38,7% ha publicado imágenes seductoras; un 29% publica imágenes eróticas y el 8,7% de adolescentes ha publicado fotografías casi pornográficas. En síntesis, un porcentaje importante de adolescentes publica algún tipo de imagen con contenido erótico en las redes sociales.

Los análisis de contingencia en función del género indican que no hay diferencias entre chicos y chicas en el uso estético y erótico de las publicaciones virtuales, tanto unos como otras publican fotografías estéticas y eróticas en similar proporción.

Tabla 7. Manipulación de la imagen virtual: Frecuencias y porcentajes.
Table 7. Virtual image manipulation: Frequencies and percentages.

¿Retocas o embelleces la fotografía antes de subirla?	*F*	%
No, las subo tal y como aparecen en la cámara	60	60,0
Si, alguna vez, para mejorar detalles.	26	26,0
Si, intento mejorarla bastante.	11	11,0
Si, mucho, la mejoro hasta verme como deseo aparecer.	3	3,0

Interesaba también investigar hasta qué punto y de qué modo los adolescentes retocan las fotografías antes de publicarlas en su red y hacerlas visibles a sus amigos. Los resultados de estos análisis se presentan en las tablas 7 y 8.

En la tabla 7, observamos la frecuencia de la manipulación de imagen virtual según se retoque o embellezca la fotografía antes de subirla a las RS. Un 60% no retoca las imágenes y sube las fotografías tal y como aparecen en la cámara, y el 30% realiza retoques. De este porcentaje, el 11% las intenta mejorar bastante y el 3% las manipula mucho y la mejora hasta verse como desea.

En la tabla 8, vemos el modo de manipulación de la imagen virtual mediante los tipos de cambios que se realizan al retocar la imagen. Así, un 14% ajusta el tamaño de la imagen hasta que se ve mejor a sí misma/o; el 23% manipula los colores para lograr el ambiente que desea, y el 3% retocan la imagen todo lo necesario hasta verse como desean aparecer.

Tabla 8. Modo de manipulación de la imagen virtual: Frecuencias y porcentajes.
Table 8. Way to manipulate the virtual image: Frequencies and percentages.

Tipos de cambios al retocar la imagen	*F*	%
Ninguno	60	60,0
Manipulo los colores para lograr el ambiente que deseo	23	23,0
Ajusto el tamaño de la imagen hasta que se me vea mejor	14	14,0
Retoques mi imagen (disimular pecas, ojeras, manchas…)	3	3,0
Cambio todo lo necesario hasta lograr totalmente la imagen	2	2,1

En cuanto a las diferencias de sexo, éstas son estadísticamente significativas e indican que manipulan la imagen virtual ($\chi 2 = 36.410$, $p = .000$) un 72,1% de chicas frente al 12,7% de chicos. También en el tipo de retoques hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($\chi 2 = 33,516$, $p = .000$) ya que 19,3% de chicas frente al 80,7% de chicos no cambian nada,

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

mientras que el 64,3% ajusta el tamaño y el color para que quede mejor. Finalmente, el 9,6% de chicas ajustan la imagen y todo lo necesario hasta verse como desean aparecer frente al 1,8% de chicos que realizan estas modificaciones.

La impulsividad de los adolescentes y el no tomar conciencia de las consecuencias que puede tener el hecho de colgar determinadas fotografías en las redes sin el consentimiento ajeno, hace que corran riesgos de desprotección y que vulneren derechos de privacidad de los compañeros. Por ello, se analizaron estos sucesos a través de dos cuestiones que recoge la tabla 9.

Tabla 9. Publicación de imágenes sin consentimiento: Frecuencias y porcentajes.
Table 9. Publication of image without consent: Frequencies and percentages.

Publicaciones sin consentimiento	Nunca		Algunas veces		Bastantes veces	
	F	*%*	*F*	*%*	*F*	*%*
¿Han publicado imágenes sin tu permiso?	52	52,2	44	44,4	3	3,0
¿Puedes en el futuro lamentar alguna publicación?	40	40,8	34	34,7	24	24,5

Tal y como se muestra en la tabla 9, los resultados de la frecuencia con la que han publicado imágenes sin permiso de los compañeros es la siguiente: el 52,2% nunca ha publicado ninguna fotografía sin su autorización, y el 47,4% sí lo ha hecho. Además, el 59,2% refiere que en el futuro puede lamentar alguna publicación realizada frente al 40,8% que indica no haber publicado ninguna imagen de las que pueda arrepentirse en un futuro.

Respecto a estos hechos, no hay diferencias de sexo entre chicos y chicas con similar frecuencia, unos y otras publican imágenes sin consentimiento ajeno y saben que en el futuro pueden lamentar alguna de las publicaciones que han subido a la red.

CONCLUSIONES

Tras los análisis realizados, las principales conclusiones del estudio son las siguientes. En relación al primer objetivo, el uso de las RS, observamos que las más utilizadas y preferidas como forma de comunicarse entre los adolescentes son el WhatsApp, el Tuenti y el Twitter. Además, los usos más frecuentes que los adolescentes hacen de las RS son: mantener las relaciones de amistad, permitiéndoles hacerlo más rápidamente, en cualquier lugar y momento, publicar fotografías, comentarlas y recibir comentarios de los amigos. Es decir, el nombre de RS cumple su objetivo, ya que el uso social de la red está no solo en el mantenimiento de los amigos, conversar y saber de su vida, sino socializar su imagen a través de publicaciones virtuales. Similares resultados se han encontrado en las investigaciones precedentes (Ashdown y Homa, 2010; Benotsch, et al., 2013; Lenahrt, et al., 2010; Livingstone, 2008;) en las que se hace referencia a este nuevo marco relacional en los adolescentes y jóvenes.

En relación al segundo objetivo, podemos concluir que el uso de las imágenes virtuales es muy elevado, especialmente en Tuenti, teniendo el 25,8% entre 500 y 1.000 fotografías y el 21,7% más de 1.000 fotografías colgadas. Además, durante la semana suben fotografías un porcentaje alto de adolescentes 23,5%. Las chicas publican más cantidad y nuevas fotografías y con mayor frecuencia que los chicos. Un alto porcentaje de adolescentes manipulan su imagen antes de publicarla en las RS para mejorarla y conseguir la imagen que ellos/as desean verse y mostrar a los demás. Similares resultados se encontraron en el estudio Walther (2007), en el que se informa de la necesidad de manipular y reconstruir la imagen para ocultar defectos.

Los resultados muestran que una gran parte de adolescentes publican fotografías en las RS con contenido estético corporal más que erótico. Sin embargo, es importante destacar que cada vez más se publican fotos con contenido erótico (sexting). Estos resultados no distan de los encontrados en otros países (De Domini, 2009; Gordon-Messeret al., 2013; Lenhart, 2009; Menjivar, 2010; Palomo, 2009; Strassberget al., 2013), y el porcentaje a estas edades alerta a los profesionales en relación a este tema. De hecho, en este estudio de 13 a 15 años, la edad de 13 adquiere similar frecuencia e indica que existe mayor precocidad cada vez, tal y como otros estudios informan (Guan y Subrahmanyam, 2009; Kholos y Childers, 2011).

Además, alrededor de una sexta parte de adolescentes utilizan las RS para buscar algún tipo de interés sexual, y un 15% busca a través de la red contactos sexuales. Los datos indican que alguna vez se ha publicado imágenes propias sin su autorización, y un alto porcentaje refiere haber publicado alguna imagen con algún contenido que en el futuro se va a poder arrepentir. La pérdida al derecho de su imagen, no es consciente por parte de los adolescentes y, sin embargo, ellos y ellas saben que en un

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

futuro les puede ocasionar problemas y éstos tienen que ver con las imágenes publicadas, tal y como se informa en otras investigaciones (Albury y Crawford, 2012; Guan y Subrahmanyam, 2009).

La relevancia social de este estudio es evidente. Si consideramos que el uso de las redes virtuales y lo que en ellas se expone es un indicador de lo que actualmente acontece en nuestra sociedad, podemos extraer del presente estudio información relevante sobre aspectos psicológicos relacionados con este nuevo fenómeno. Por ello, es preciso incrementar la investigación sobre la erotización de la imagen virtual en la red y sus consecuencias psicológicas, a fin de dar respuesta preventiva a las necesidades actuales.

BIBLIOGRAFÍA

Albury, K. y Crawford, K. (2012). Sexting, consent and young people's ethics: Beyond Megan's Story. Journal of Media & Cultural Studies, 26(3), 463-473.

Albury, K. y Lumby, C. (2010). Introduction: Children, young people, sexuality and the media. Media International Australia (135), 56-60.

Ashdown,B.K. y Homa, N. (2010). Nacidopara navegar por: El mundo en líneade los adolescentesde hoy, PsycCRITIQUES, 55(47).

Atay, A. (2010).Identities in motion: Cyberspace and diasporic queer male bodies in the context of globalization.Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 70(9-A), 2010-3266.

Benotsch, E. G., Snipes, D. J., Martin, A. M. y Bull, S. S. (2013). Sexting, Substance Use, and Sexual Risk Behavior in Young Adults. Journal of Adolescent Health, 52, 307-313.

Burset, S. y Sánchez, L. (2009). Adolescentes y fotoblogs: la construcción de la identidad mediante el juego. Digithum, 11. http://www.uoc.edu/ojs/index.php/digithum/article/view/n11_burset/n11_burset_esp

Comellas, M.J. (2005). El culto al cuerpo: repercusiones y enfoque educativo. En: J. Alegret, M.J. Comellas, P. Font, y J. Funes (Eds.). Adolescentes con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo. Barcelona: Grao. (pp.119-146).

De Domini, G. (2009). El "sexting" crece a pesar de sus peligros. Recuperado el 2 de septiembre de 2009, de http://www.clarin.com/diario/2009/05/10/um/m-

Dunn, J., Lewis, V. y Patrick, S. (2011). The Idealization of Thin Figures and Appearance Concerns in Middle School Children.Journal of Applied Biobehavioral Research, 15, 134-143.

Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11(2), 233-254.

Goodson, M. (2009). Los peligros del sexting. http://www.aldiatx.com/sharedcontent/dws/aldia/locales/stories/DN-Sexting_26dia.ART.State.Edition1.4c22c51.html.

Gordon-Messer, D., Bauermeister, A., Grodzinski. A. Zimmerman, M. (2013). Sexting Among Young Adults. Journal of Adolescent Health,52, 301–306.

Guan, S. y Subrahmanyam, K. (2009). YouthInternet use: Risks and opportunities.Current Opinion in Psychiatry, 22(4), 351-356.

Kholos, D. y Childers, D. (2011). Let My Fingers Do the Talking: Sexting and Infidelity in Cyberspace. Sexuality and Culture, 15, 217-239.

Kraus, S.W. y Russell, B. (2008). Early Sexual Experiences: The Role of Internet Access and Sexually Explicit Material. CyberPsychology and Behavior, 11(2),162-168.

Lenhart, A. (2009). Teens and sexting. Pew Internet & American Life Project. Retrieved from http://pewresearch.org/assets/pdf/teens-and-sexting.pdf

Lenhart, A., Purcell, K., Smith, A. y Zickuhr, K. (2010). Social media and mobile internet use among teens and young adults. http://www.pewinternet.org/Reports/2010/Social-Media-and-Young-Adults.aspx (retrieved 18.02.2010).

Livingstone, S. (2008). Taking risky opportunities in youthful content creation: Teenagers' use of social networking sites for intimacy, privacy and self-expression. New Media and Society, 10, 393–411.

Maganto, C. y Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. Revista de Psicología, XX(2), 197-223.

Maganto, C. y Kortabarria, L. (2011). La Escala de Autoestima Corporal en la infancia y adolescencia. En A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L.S. Almeida, R. Lima, y S. Fraga (Eds.). Evaluación Psicológica: Formas e Contextos. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia. (pp. 61-73).

Maganto, C. y Peris, M. (2011). CIVIC. Cuestionario de Imagen Virtual e Imagen Corporal para adolescentes en redes sociales. Diseño ad hoc

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

para la investigación.

Markham, A., Thompson, T. y Bowling, A. (2005). Determinants of body-image shame. Personality and Individual Differences, 38, 1529-1541.

Menjívar, M. (2010).El sexting y l@s nativ@s neo-tecnológic@s: apuntes para una contextualización al inicio del siglo XXI. Actualidades Investigativas en educación, 10(2),1-23.

Palomo, E. (2009). El 'sexting', una moda adolescente entre la travesura y la pornografía. Recuperado el 4 de septiembre de 2009, de http://www.elmundo.es/elmundo/2009/03/21/internacional/1237622095.html

Patchin, J. W. y Hinduja, S. (2010). Trends in online social networking: Adolescent use of MySpace over time.New Media and Society, 12(2), 197-216.

Samenow, Ch. P. (2010). Smart Phones, Social Networking, Sexting and Problematic Sexual behaviors—A Call for Research. Sexual Addiction and Compulsivity, 17, 241-246.

Siibak, A. (2009). Constructing the self through the photo selection – Visual impression management on social networking websites. Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 3(1). http://www.cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2009061501&article=1(retrieved 09.02. 2010).

Strano, M. M. (2008). User descriptions and interpretations of self-presentation through facebook profile images. Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 2(2). http://www.cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2008110402(retrieved 02.12.2009).

Strassberg, D. S., Mckinnon, R. K., Sustraíta, M. A. y Rullo, J. (2013). Sexting by hight school students: An exploratory and descriptive study. Springer Science+Business Media, 42, 15-21.

Walther, J. B. (2007). Selective self-presentation in computer-mediated communication: Hyperpersonal dimensions of technology, language, and cognition. Computers in Human Behavior, 23, 2538-2557.

Weiss, R. y Samenow, C.P. (2010). Smart phones, social networking, sexting and problematic sexual behaviors-A call for research. Sexual Addiction and Compulsivity, 17(4), 241-246.

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

JARDINES MATERNALES: LOS PRIMEROS PASOS EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN

KINDERGARTENS: THE FIRST STEPS IN THE SEPARATION PROCESS

Alejandra Taborda* y Celeste Daher**

RESUMEN

Frecuentemente los Jardines Maternales comparten con la familia los cuidados de bebés. Esta realidad nos lleva a preguntarnos ¿Resulta precoz la concurrencia de bebés a instituciones educativas antes de los tres meses? y ¿cuál es su función durante los primeros años de vida?.

Para delinear respuestas presentamos un recorte de resultados de investigación, focalizado en la dimensión relacional del proceso de separación, de bebés menores de tres meses.

La recolección del material se realizó mediante el Método de Observación de Lactantes (Bick, 1948) y la filmación de las observaciones, luego se construyeron categorías de análisis.

En concordancia con los desarrollos teóricos vigentes y el material empírico, consideramos que las intervenciones deben girar en torno a la legislación laboral, los aspectos organizacionales y las modalidades vinculares.

PALABRAS CLAVES: Jardines Maternales- Bebés- Condiciones ambientales- Vínculos

ABSTRACT

Frequently the kindergartens share with the family, the early care of babies. This reality took us to the next question: It´s premature the attendance of babies to kindergartens before the three months of life? And, what's the function of these institutions in the first years of life?

In order to answer these questions we introduce a fragment of the results from a field study, focused in the relationship dimension of the splitting process, of babies' minors of three months. Material was recollected with the Babies Observation Method (Bick, 1948) and the filming of the observations, and then analysis categories were built.

Consistent with the current theoretical developments and the empirical material, we consider that the interventions should revolve around the job legislation, the organizational aspects and the relationship modalities.

KEYS WORDS: Kindergartens – Babies – Environmental Conditions – Human Bonds.

1. INTRODUCCIÓN

El psicoanálisis a lo largo de su trayectoria fue transitando desde una visión centrada en el individuo, al ser con otros y a la intersubjetividad. El giro implicó un decaer de la teoría instintivista para ubicar a la dimensión relacional como epicentro de la organización psíquica, tal como lo han señalado diversos autores, desde distintas perspectivas psicoanalíticas, luego de que Klein (1946) introdujera el concepto de relaciones objetales. Entre

* Dra. en Psicología. Universidad Nacional de San Luis. Av. Ejército de los Andes 950. (5700) San Luis, Argentina. Mail: taborda.alejandra@gmail.com

** Lic. En Psicología. Consejo Nacional de Investigaciones, Ciencia y Tecnología. Universidad Nacional de San Luis. Av. Ejército de los Andes 950. (5700) San Luis, Argentina. Mail celestedaher@gmail.com

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

ellos, encontramos los aportes de: Winnicott (1958) -la unidad no es el individuo sino el individuo ambiente. Balint (1952) -los primeros objetos son necesarios como el aire para respirar y vivir. Fairbairn (1978) -la libido busca objetos no la descarga. Guntrip (1968) -la teoría instintivista es incompatible con la teoría de las relaciones de objeto. Bowlby (1998) -establecer apegos, nudos o ataduras es previo a la pulsión oral y está destinado a mantener una distancia óptima con la madre para que sea accesible. Bleichmar, H. (1997) -la función deseante tiene su génesis e historia en las relaciones con los otros. Bleichmar, S. (1992) -el inconsciente no es un producto natural endógeno, sino que es el hecho de ser hijos de otros seres humanos el motivo de su existencia. (Taborda & Toranzo, 2012).

En este devenir, nuevos paradigmas, paulatinamente se instalaron en el convulsionado movimiento psicoanalítico, en pos de construir un cuerpo teórico que permitiera transitar de lo individual a lo grupal-institucional, convocando a pensarnos como pertenecientes a un grupo, una institución, una época, con la potencia que otorga estar, convivir, influir en otros y reconocer los influjos de la intersubjetividad.

A nuestro entender, en tiempo de modernidad liquida, uno de los desafíos es descentralizar la mirada circunscripta en las lógicas propias de las funciones parentales, para incluir el modo en que se inscriben los discursos jurídicos, mediáticos, económicos, científicos e institucionales, en la dimensión relacional, en las nuevas configuraciones familiares y, por lo tanto, en los procesos de subjetivación.

En concordancia con el desafío planteado, nos proponemos desarrollar una ampliación del concepto de función materna, para incluir tanto a la madre o su sustituto, como al grupo encargado de sostenerla y duplicar los cuidados que recibe el bebé. En otras palabras, al particular entorno que los envuelve, del cual forman parte las complejas tramas institucionales de nuestra sociedad. Estos aspectos han sido acuñados en el concepto "*función materna ampliada o madre grupo*".

Actualmente, con cierta frecuencia[1], los Jardines Maternales comparten con la familia, los cuidados tempranos de bebés de 45 días a dos años inclusive, durante tiempos cotidianos prolongados. En estos casos, sus aportes tienen un lugar de relevancia en la paulatina complejización del psiquismo y constituyen instituciones paradigmáticas, en las cuales la función materna ampliada o madre grupo, tiene lugar.

Esta realidad nos lleva a formular la siguiente pregunta de investigación ¿Resulta precoz la concurrencia de bebés a instituciones maternales antes de los tres meses? Para comenzar a delinear respuestas posibles a este interrogante presentamos un recorte de resultados de un estudio piloto de campo realizado en Argentina, focalizado en la dimensión relacional del proceso de separación, de bebés menores de tres meses. A efectos de describir algunos de los intrincados movimientos relacionales puestos en juego, nos apoyamos en el análisis de dos situaciones diferentes: una referida a un bebé que asiste al Jardín Maternal, y la otra, a un bebé de la misma edad, que permanece en el hogar bajo el cuidado de su madre.

Elegimos esta edad temprana para la investigación centralmente por dos motivos. Por un lado, por el componente legal[2] que encierra, el cual deja traslucir directa e indirectamente la concepción que se tiene acerca de la infancia, la maternidad y el lugar de los adultos en el proceso de humanización. Por otro lado, escogemos este período por la extrema vulnerabilidad de la diada, recordemos que hace tan solo menos de tres meses el bebé vivía en un mundo de protección, en el que todo ocurría en el presente, sin ausencias, y la estructura intrauterina era la encargada de modular temperaturas, sonidos, luces, constituyendo un todo que lo acunaba. El nacimiento interrumpe este estado de completud, surgen paulatinamente los primeros pasos en el proceso de separación, los cuales son transcendentales para la constitución del psiquismo, tallando las capas más profundas de la mente.

[1] Según las últimas estadísticas, en Argentina, se registra una tendencia ascendente de asistencia de niños a Jardines Maternales. En el 2010, se matricularon 78.553, distribuidos en 2.693 unidades educativas públicas y privadas. En el 2009, lo hicieron 74.642 infantes, en 2.598 instituciones maternales. En el 2008, asistieron 67.141 niños a estas organizaciones, distribuidos en 2.205 unidades educativas (Anuario estadístico de la DINIECE, 2008; 2009; 2010).

[2] La Ley Argentina de Contrato de Trabajo, otorga 90 días de licencia por maternidad, 45 días anteriores y posteriores al parto. Admite reducir el período que antecede al nacimiento a no más de 30 días y acumular el tiempo restante para después del mismo. Reglamentaciones provinciales, vigentes para algunos sectores del país, han logrado ampliar las licencias. En todos los casos, las trabajadoras disponen, por el lapso de un año, de dos interrupciones de media hora para amamantar a su hijo

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

2. DESARROLLOS TEÓRICOS PARA PENSAR LOS PRIMEROS PASOS EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN

Bebés, función materna ampliada e instituciones, son entidades que se implican y definen mutuamente. Pensar en infantes menores de tres meses, conlleva centrar la mirada en la dependencia absoluta y la fragilidad para tolerar la ausencia, en el marco de complejos movimientos de fusión-separación.

Este intrincado proceso se inaugura con el nacimiento, para el bebé todo cambia, se enfrenta con su primera conquista, "vivir" y también su primera pérdida, su primer duelo. No sólo todo cambia, el ser humano nace en un estado tal de indefensión, que su desarrollo depende del encuentro con otros que quieran y puedan proveerle cuidados, en cierto sentido, similares a los que tuvo en el vientre materno, dado que la capacidad de esperar aún no está presente. ¿Por qué no se puede esperar? Porque en los primeros meses de la vida no se logra mantener la esperanza de que ya vendrá; todo pasa en el aquí y ahora.

La expectativa del reencuentro no ha podido configurarse y la ausencia es vivida como una presencia maléfica. En otras palabras, por la inmadurez con que se nace todo lo que provoque sensaciones placenteras o displacenteras genera un estado mental primitivo, rudimentario, que las ubica como efecto de una causa intencionada. El bebé lo vive como "me consuela", "me da placer o, por el contrario, "me daña", "me quema", "me estruja"… Los estados de necesidad como el hambre, frío, sueño, despiertan las más penosas vivencias de aniquilamiento, sofocación, ahogo y desdicha.

Tal como señala, Hoffman (2004):

El bebé, después de satisfacerse, se calma inmediatamente y totalmente (salvo que lo hayan dejado mucho tiempo llorar y luchar), no piensa en la "próxima vez". Pero cuando vuelve a pasar, el hambre-agujero-catástrofe, tampoco se acuerda de la última vez, de la satisfacción, de la quietud. Por lo tanto, la experiencia de satisfacción necesita repetirse muchas veces, y ahí se empiezan a juntar una cantidad de vivencias que van formando la idea que al dolor le sigue la calma. (pp.74)

La comunicación interhumana mímica, rítmica y sonora trasmite los primeros sentimientos de seguridad que contrarrestan las vivencias catastróficas. Para el bebé las experiencias que se acompañan de un contacto apacible, constituyen un continente que brinda protección. En cambio, las situaciones teñidas de tensión nerviosa en las personas que lo cuidan, son sentidas como señal de peligro, inseguridad, falta de sostén. Con el transcurrir del tiempo, estas vivencias repetitivas van siendo alojadas de manera inconsciente en la memoria implícita. La misma genera que en el contacto con los otros se activen automáticamente determinadas expectativas y atribuciones, que van configurando un estilo de relacionarnos con demás y con el mundo (Cortina, 2013).

Durante los primeros meses, el bebé es el ambiente y el ambiente es el bebé, aún no se establece la discriminación adentro-afuera, interno-externo, yo-no yo. La misma depende de la adecuación de los adultos a su estado de indiferenciación, reflejada en la manera modulada en que la ausencia es presentada al niño para que le resulte tolerable y, así, promoverle un sentido de integración, de continuidad, de existencia, de ser uno, que en su debido tiempo conducirá a la autonomía (Winnicott, 1958).

Las vicisitudes señaladas sobre el desarrollo temprano ubican a las instituciones maternales y, en particular, a las personas que tienen a cargo el cuidado de los bebés, en el lugar de acompañantes y duplicadores de los cuidados parentales. En este contexto, la función primordial es la humanización, proceso que se desarrolla dentro de una trama vincular.

Los cuidadores se instituyen en proveedores de condiciones facilitadoras del desarrollo cuando -en tanto "*persona viva*", a partir de complejos procesos de identificación con el bebé, anclados en el contacto con el propio bebé interno- pueden y quieren brindarle apoyo en el momento oportuno. De este modo, sostienen la ilusión que el objeto es parte del bebé. Sin esta "*presencia viva que quiere y puede dar apoyo*", las técnicas más expertas resultarían inútiles.

Desde esta perspectiva, la función materna ampliada constituye una trama, en la que múltiples identificaciones proyectivas habitan en el interjuego de cada vívido encuentro y desencuentro, los cuales se traducen en conductas o modos concretos de estar, conectarse o por el contrario, de distanciarse corporal y emocionalmente.

En este sentido, los procesos de identificación proyectiva (empática o, en su defecto, patológica) la capacidad de querer, vivacidad, disponibilidad, permanencia y actitud negociadora de los adultos que circulan en la red vincular; como también las características organizacionales e imaginarios institucionales que los rodean, adquieren relevancia central en el mencionado proceso de humanización.

Si bien consideramos que el docente es un duplicador de los cuidados parentales, es fundamental diferenciar la incidencia de las funciones de padres y cuidadores en la constitución de la identidad del niño.

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

En el desempeño de los roles parentales se conjugan múltiples factores conscientes- inconscientes, presentes-pasados, adquiriendo especial relevancia la historia personal, la manera en que fueron cuidados como niños y la promesa de ser trascendidos. Cada hijo moviliza conflictos vividos con sus propios padres y abre así la posibilidad de reelaborarlos. También, cada docente al cuidar a un niño, desde un lugar diferente al que tienen los padres y con otra significación, reactualiza su particular camino recorrido en su historia vital. ¿Por qué decimos desde otro lugar? Porque no significa lo mismo cuidar un hijo que cuidar a un niño; centralmente los proyectos de trascendencia que se inscriben en el marco de una y otra relación son disímiles, tallando las modalidades vinculares. Una madre lo suficientemente saludable, no requiere necesariamente de una comprensión intelectual de su tarea, porque la mencionada promesa de ser trascendida y su propia condición la tornan adecuada para ello en sus aspectos esenciales. En cambio, el docente-cuidador al no poseer esta orientación, respalda su actividad en la identificación con una figura materna, en su propio bebé interno que habita en las capas más profundas de su ser, como también en las construcciones conceptuales acerca de la infancia y de su función como docente.

En síntesis el rol del docente-cuidador es complejo, dado que siempre está inmerso en un entramado vincular en el que se incluye el niño, los padres, todos y cada uno de los integrantes de la institución que los envuelve.

3. METODOLOGÍAS IMPLEMENTADA EN EL TRABAJO DE CAMPO

3.1. Los bebés observados

El recorte del estudio piloto que presentamos, se circunscribe por razones de extensión, al análisis de la observación de dos bebas. Una de ellas Abril[3], que al comenzar con las observaciones tenía ochenta y ocho días; su madre, Claudia, tuvo que retornar al campo laboral, motivo por el cual la niña asiste al Jardín Maternal desde los 45 días, por un período de seis a ocho horas diarias. La corta distancia que media entre la institución maternal y el trabajo de Claudia permite que madre e hija se reúnan cada tres horas, durante media hora.

La segunda beba, Camila, al momento de iniciar con las observaciones tenía ochenta y nueve días, y permanecía en su hogar cuidada esencialmente por su madre, Patricia.

Ambas bebas, integraron una muestra más amplia constituida por cuatro bebés (dos mujeres y dos varones), menores de tres meses. Abril y Rodrigo, concurrían al Jardín Maternal desde los 45 días, en cambio la vida cotidiana de Camila y Joaquín, trascurría dentro de su hogar. Al comenzar las observaciones Rodrigo había cumplido ochenta y nueve días y Joaquín cincuenta y dos.

En el trayecto de investigación fue posible constatar similitudes en la modalidad en que las diadas, que integraron la muestra total, vivenciaban el proceso de separación, según las circunstancias contextuales que enfrentaban.

3.2. Instrumentos implementados

La recolección del material se realizó a través del método de observación de bebés, siguiendo las pautas señaladas por Bick (1964). Además, se utilizó apoyatura audiovisual a lo largo de las seis observaciones, de una hora de duración y frecuencia semanal. Tal como contempla la técnica, se elaboró un detallado reporte escrito de lo vivenciado y registrado, a modo de recuerdo por la mente del observador. El material fue estudiado en supervisiones semanales, ampliadas con la técnica de supervisión de supervisiones.

3.3. Categorías de análisis

A efectos de sistematizar el estudio del material se operacionalizaron ocho categorías (primeros contactos con la institución, condiciones ambientales, condiciones vinculares, búsqueda de proximidad, rutinas del bebé, despedida y reencuentro con la madre, función paterna, cierre del proceso de observación). En esta oportunidad, centramos el análisis en las siguientes:

- Primeros contactos con las Instituciones Jardín Maternal/Familia: reacción de la familia o miembros de la institución frente a la consigna, sentimientos contratransferenciales al ingresar en el ambiente.
- Escenario ambiental: sus características envolventes (distribución espacial, cantidad de personas que lo transitan, nivel sonoro,

[3] Los nombres de los bebés y sus madres fueron anonimizados

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

iluminación, condiciones de higiene, peligros existentes, entre otros). Asimismo, en pos de realizar un parangón con las posibles vivencias que el entorno estimula en el bebé, se registraron las experiencias contratransferenciales.

- Condiciones vinculares: se clasificaron las modalidades de los intercambios relacionales con los cuidadores, según las puntualizaciones de la interacción temprana, que Brazelton y Cramer (1993), consideran como necesarias para el establecimiento del vínculo (sincronía, influencia mutua, contingencia, juego, arrastre, autonomía, flexibilidad, comunicación y atribución de significado). Se incluyó además, el análisis de las vivencias contratransferenciales al observar el bebé.
- Búsqueda de proximidad: a partir del material filmado, se contabilizaron y expresaron en términos de porcentajes las conductas de los bebés tendientes a procurar el contacto con el cuidador. Para dicho registro se tuvo en cuenta las cinco reacciones que Bowlby (1998) menciona como indicadores de la conducta de apego (llanto, sonrisa, seguimiento, aferramiento y gritos agudos). Así como también, las respuestas de las docentes o la madre frente a las mismas, en este caso, se diferenció entre: *a)* contacto satisfecho, definido como el encuentro corporal, verbal, visual que conlleva el sostén emocional del bebe y *b)* el contacto negado, operacionalizado como la ausencia de los indicadores de comunicación señalados, que se traducen a modo de indiferencia o rechazo activo que el adulto realiza respecto al contacto buscado por el niño. En esta categoría, incluimos los resultados obtenidos en la muestra total. (Tabla 1)

Tabla 1. Estudio cuantitativo de la categoría condiciones vinculares en la muestra total
Chart 1. Quantitative study of the category relational conditions in the total simple

Bebés	Búsqueda de proximidad	Contacto satisfecho	Contacto negado
En el Jardín. Abril, 88 días	80	26%	74%
En la familia. Camila, 89 días	34	85%	15%
En el Jardín. Rodrigo, 89 días	72	33%	67%
En la familia. Joaquín, 52 días	7	86 %	14%

4. INFERENCIA SOBRE LAS VIVENCIAS EMOCIONALES DE LOS BEBÉS

En este recorrido, en primer término, haremos referencia a las elaboraciones construidas a partir de las seis observaciones de Abril en el Jardín Maternal y en segundo lugar, al análisis del material recogido durante las observaciones de Camila en el hogar. En ambos casos, se sigue la secuencia de las categorías consignadas previamente.

4.1. Abril en el Jardín Maternal

4.1. 1. Primeros contactos con la institución

En el Jardín Maternal la decisión de autorizar la observación de la beba fue tomada rápidamente por la directora, quien exigida por numerosas demandas y disposición a prestar su pronta colaboración, no terminó de escuchar el pedido de la observadora para decir "*las puertas del jardín están abiertas para realizar las observaciones, sólo tenemos que contar con la autorización de su madre*".

En este contexto, las docentes, quienes también se encontraban respondiendo a múltiples demandas de los bebés, no fueron consultadas sobre su disponibilidad para las observaciones. Sólo una de ellas fue interrogada acerca de la edad de la niña más chiquita que asistía al jardín. La otra cuidadora de la sala se enteró del trabajo en la primera observación, cuando decidió preguntarle directamente a la observadora sobre él. Probablemente, esta modalidad reproduce, de alguna manera, la condición en que mamá-bebé y docente se encuentran por primera vez con el Jardín Maternal. Frecuentemente, los padres eligen la institución y la identidad de los integrantes que la constituyen queda acoplada a ella como un todo. Las posibilidades de escoger el cuidador de su hijo, habitualmente son reducidas o inexistentes. A su vez, comúnmente a los docentes se les designan los niños que tendrán a cargo, tal como impone la organización de instituciones de los distintos niveles educativos.

La situación descripta planteó una paradoja en

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

la mente de la observadora. Por un lado, se sentía agradecida por la posibilidad que se le brindaba de comenzar rápidamente con el desarrollo de su proyecto de investigación y por otro, llamó su atención que quienes tenían que "poner el cuerpo", "la vivencia de ser observados" no fueran invitados a dar su consentimiento, su parecer, verter sus dudas sobre la propuesta, evaluar la posibilidad, mostrar sus acuerdos-desacuerdos. Fue así como en su mente surgieron los interrogantes: *¿Cómo son tenidos en cuenta los deseos y opiniones de las docentes?, ¿De qué modo se les otorga el lugar de persona viva a cargo de un bebé, en el sentido que lo señala Winnicott?, ¿Cómo influyen la gran cantidad de exigencias que se depositan en la institución y el cuidador en la relación con el bebé? y ¿Cómo moldea el vínculo con el bebé el lugar que la institución le da al cuidador?*

Cuando el contacto con las docentes se hizo posible, una de ellas rápidamente se identificó con la observadora y colocándola en un lugar conocido, refiere su experiencia de observar en un jardín, cuando era alumna. Este lugar ilusoriamente "conocido", con las inversiones de sujeto pasivo en activo -a modo de Fort da- se constituye en un escenario proyectivo de encuentro/desencuentro que procura apaciguar las fantasías persecutorias a costa de los procesos de diferenciación.

A su vez, al explicarle la consigna a la mamá y el carácter de estudio de investigación que se realizaba, ella también estableció una identificación con el rol de investigadora-observadora y expresó: "cuando realicé mi estudio de investigación muchas personas me ayudaron, por eso voy a colaborar con este trabajo". De esta manera, en un contexto relacional de rápida identificación/ indiferenciación con la observadora, vuelven a reproducirse lazos de cooperación entre mujeres en pos del desarrollo de una tarea.

El resto de las docentes del jardín como los otros padres de los niños de la sala de bebés, se fueron enterando del trabajo de observación cuando por curiosidad le consultaban a la observadora acerca de él.

Entre vagas presentaciones y lugares ilusoriamente comunes se olvidó presentar la observadora a Abril, así como también la beba a la observadora. Sólo una docente, mediando una considerable distancia espacial dijo: "allá está la nena, en el cochecito azul".

En el marco de dificultosos procesos de diferenciación se emplazó la tarea. El "no lugar" quedó plasmado transferencial y contratransferencialmente en la acción. Así, nadie pudo asignarle a la observadora una ubicación espacial, por lo que tuvo que encontrarla sola a costa de un intenso sentimiento de incomodidad e incertidumbre sobre lo que podía y no podía hacer. La vivencia era la de estar inmersa en un lugar que alojaba los desplazamientos de muchos, a modo de pasajeros transitorios.

Así, la institución a través de diversos interlocutores, con un lenguaje preverbal, en un clima signado por la acción, deja traslucir un proceso de indiferenciación en la percepción de la identidad de los protagonistas que la integran. Precisamente, esta dilución identitaria es uno de los pilares que sostienen las dificultades para percibir al otro con sus necesidades, emociones, limitaciones y potencialidades. Lo cual se ve incrementado por las condiciones de sobreexigencia institucional a la que se ven sometidos sus integrantes, tal como se señala a continuación. Es posible especular sobre la naturaleza de un proceso de identificación donde la emoción prevalente es indiferenciada, vaga, vacía de contenidos de trascendencia.

A nuestro entender, este modo de funcionamiento se constituye en un escenario que al cuidador le dificulta el contacto con sus propias vivencias, con el resonar de un vínculo personal de interjuego con el niño y con el propio bebé interno. En consecuencia, se facilita el emerger de bajas expectativas de poder incidir vividamente sobre sus prácticas y, por lo tanto, sobre el desarrollo de los niños. Esta situación nos lleva a plantearnos ¿En este ritmo, resulta posible tejer los necesarios sueños de trascendencia para el proceso de humanización?

4.1.2. Escenario ambiental del Jardín Maternal en que se realizó la tarea

La institución en sus dimensiones organizativas, espaciales y temporales se configura en una envoltura en la que se depositan diversos contenidos conscientes e inconscientes, que enmarcan las posibilidades relacionales de sus integrantes. Por esta razón, nos detenemos a describirla.

El Jardín Maternal se encuentra ubicado dentro de los servicios que brinda una institución laboral a sus trabajadores pertenecientes a la clase socioeconómica media, para facilitar la lactancia materna. Al mismo, asisten niños desde los 45 días de edad hasta los 4 años, organizados según la franja etaria a la que corresponde.

La beba observada pertenece al grupo de los niños menores de un año, dividido en dos subgrupos. Uno de ellos, incluía cuatro lactantes que todavía no gateaban, a cargo de una docente. El otro estaba integrado por tres bebés más, a cargo de otra docente.

Los niños, en general, asistían de seis a ocho horas dia-

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

rias de acuerdo al itinerario laboral de sus padres. Abril concurría seis horas y un día a la semana, permanecía durante siete horas. En el transcurso, su mamá la amamantaba media hora en dos oportunidades, pasando tres horas entre una alimentación y la siguiente, sin mediar biberón en los intervalos. De este modo, la lactancia a libre demanda quedó interrumpida y la beba debió incorporar el ritmo de alimentación pautado cada tres horas, antes que las condiciones orgánicas y psíquicas le permitan hacerlo sin ocasionar una cuota de sufrimiento.

Lo señalado cobra particular relevancia porque la sincronía en el proceso de alimentación tiene su correlato en la mente y por ende, en la constitución del psiquismo, dado que marca el modo en que se da presencia a la ausencia. En esta etapa vital, la ausencia aún es vivida como presencia maléfica y la capacidad de esperar, es frágil. En consecuencia, la adaptación a ritmos preestablecidos contradice las necesidades propias de continuidad para construir la integración psique-soma. Asimismo, cabe referir que dadas las posibilidades cognitivas, la tolerancia a la frustración y la necesidad de modular la presentación del mundo al bebé, hasta alrededor de los tres meses madre e hijo deberían reencontrarse aproximadamente cada dos horas. Un tiempo más prolongado hace que la imagen interna que el niño guarda de ella, se desdibuje y si demora el reencuentro ya no es la misma persona para él (Winnicott, 1958).

Respecto a las condiciones edilicias del Jardín Maternal, cabe referir que los ambientes eran amplios, constaba de dos patios y varios salones en su interior. La mayoría de las observaciones se realizaron en uno de los patios externos o en una pequeña "sala de sueño". El patio, por su ubicación, era un lugar en donde constantemente se escuchaban ruidos. Los más característicos eran gritos, llantos prolongados o retos de las cuidadoras. Además, circulaban una gran cantidad de personas, ya que era uno de los ingresos a la institución. En situaciones de mayor calma, la bebé parecía disfrutar de diferentes estímulos ambientales como el calor del sol, la brisa, los sonidos de los pájaros, entre otros a los que trataba de seguir con la mirada, balbuceos y sonrisas.

La "sala de sueño" contenía cuatro cunas y era un ambiente, en ocasiones, un poco más protegido. Una cortina separaba este espacio de la cocina y de otra habitación que se utilizaba cuando hacía frío. Si bien en este lugar para dormir se percibía una menor estimulación, se escuchaban ruidos provenientes de la cocina, la dirección o los salones contiguos que frecuentemente se tornaban estridentes. Por ejemplo mientras Abril descansaba: un niño golpeaba enérgicamente un vidrio, se oían sonoras caídas de ollas al piso y sillas que se corrían de un lugar a otro o, un pequeño pateaba una pelota contra la pared de la habitación. La beba, mientras dormía, reaccionaba a estos sonidos con movimientos proyectivos expresados corporalmente a través de pataleos, agitación de sus brazos, sobresaltos y expresiones faciales de desagrado. En cambio, otros sonidos, tales como las voces de las maestras y la música suave, le generaban agrado y promovían, entre sueños, sonrisas. De todos modos, con frecuencia su sueño era tan profundo que permanecía ajena a los ruidosos estímulos externos.

Cuando los bebés se encontraban en la "sala de sueño" y las docentes estaban en el patio, era difícil oír sus reclamos. La ausencia de los adultos, por sus numerosas exigencias, dejaba expuestos a los pequeños a situaciones de peligro que no podían ser supervisadas.

Los adultos se encontraban permanentemente en movimiento, cuando un niño dejaba de llorar tenían que atender a otro y así sucesivamente. El tiempo dedicado a cada niño era fugaz, generalmente consistía en cambiarlo de posición, trasladarlo de un lugar a otro o poner en sus manos un sonajero. La actividad de las docentes era intensa, sus rostros, sus cuerpos traslucían cansancio y tensión. Además, en raras ocasiones se comunicaban entre ellas y cuando lo hacían, con frecuencia vertían críticas a los padres, a los niños, o reclamos tensos sobre su accionar, que traducían su malestar.

En otras palabras, las escenas transcurrían en un tiempo signado por la tensión y la rapidez, con escasas palabras y muchas acciones, en un ambiente que proveía un cúmulo de estímulos intrusivos en calidad y cantidad. La confluencia de todo ello dificultaba la creación de un lugar mental que permitiera entrar en contacto emocional con los otros.

4.1.3. Condiciones vinculares en la institución maternal observada

Las docentes decían "*la beba es tan chiquita que duerme todo el día*", "*no puede hacer casi nada*". Sin embargo, su precoz desarrollado corporal y muscular, era llamativamente evidente.

Abril, estaba despierta al comenzar la primera observación. Ella chupeteaba con fuerza su pulgar, lo soltaba para aletear sus brazos, encoger y estirar sus piernas golpeando con los talones la parte inferior del cochecito. Luego volvía a tomarlo en la boca con fuerza, para soltarlo y emitir cortos gemidos de protesta con el ceño fruncido y el llanto contenido. Estaba expectante y cuando percibía que alguna persona pasaba cerca, giraba

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

la cabeza, estiraba todo su cuerpo en dirección a los ruidos y movimientos que habían anunciado la presencia cercana que no se detenía. Entonces, en busca de sostén, con la puntita de sus dedos acariciaba las paredes del cochecito, tomaba su mantita para chuparla durante un lapso considerable de tiempo, para luego protestar con entrecortados gemidos, pataleos y aleteos, cada vez más intensos.

En una ocasión un bebé se acercó gateando, quiso pararse sostenido del cochecito para mirarla, pero no pudo, se estiró hasta ponerse en punta de pie, chupó su galleta y la dejó caer dentro del coche, un instante después se sentó pegado a la rueda como acompañándola. La beba se quedó quieta, expectante por un pequeño lapso de tiempo, pero la tensión volvió a apoderarse de ella, pataleó y chupeteó con fuerza, apenas lloró, se refregó los ojitos luchando con el inconciliable sueño. Una de las docentes se acercó y puso entre sus manos, casi sin palabras, una tira de pelotitas sonoras. Abril, tomó con fuerza el sonajero, lo chupó y posteriormente, sin lograrlo en repetidos intentos, trató de arrojarlo. Su tensión se incrementaba al compás de los intentos de desprenderse del objeto. La cuidadora se aproximó, la levantó y su cuerpo parecía elevarse con bastante firmeza, buscaba su mirada, seguía con su cuerpo la invitación de acostarse y apoyar la cabeza en el brazo del adulto, quien un instante después la colocó en una colchoneta en el piso, debajo de un trípode del que colgaban tres coloridos sonajeros. Abril buscó tocar los juguetes estirando manos y pies, en un principio suavemente pero rápidamente los movimientos de pataleo se incrementaron traduciendo un importante cúmulo de tensión. En ese lugar, entre sol y sombra, acariciada por una brisa, repentinamente se desplomó en un sueño profundo defensivo.

A través del contacto con el mundo inanimado, en una soledad poblada de movimientos, la beba procuraba proyectivamente disminuir la ansiedad experimentada. Lo cual, se conjugaba con la escasa presencia de un continente humano capaz de albergar las identificaciones proyectivas y promover movimientos introyectivos constitutivos de un objeto interno bueno. Así, a modo de defensa construye un desarrollo precoz de destrezas y habilidades corporales musculares en busca de autoconsuelo. Esta "segunda piel" parece permitirle contenerse a sí misma y así, enfrentar los estímulos intrusivos del entorno, en conjunción con la escasa modulación de la tensión que provee. En otras palabras, la musculatura actúa como defensa para lograr el sostén que el vínculo con otro ser humano no le proporciona. Asimismo, el llanto contenido y la búsqueda frustrada de contacto eran reemplazados por movimientos, en consonancia con los adultos que se desplazaban de un lugar a otro, exigidos por las demandas que imponía la institución.

El sufrimiento que generaba la separación fue puesto en palabras por la madre (Claudia), quien luego de darle de mamar, al despedirse con tristeza en su rostro, le dijo: "esta vez no me llores". Este pedido materno tuvo un gran impacto emocional en el grupo de supervisión, porque si bien encierra una exigencia, denota también la angustia que generaba en ella separarse de su hija. Lo cual podría traducirse como "no me llores así puedo soportarlo".

En consecuencia, las sobreexigencias configuran un lugar relacional común, en el cual adultos y bebés se desencuentran. Las docentes son sometidas a "atender" un número de infantes que exceden a sus posibilidades; la mamá se ve impelida a separarse antes de que "la preocupación materna primaria", termine de decaer naturalmente y Abril es impulsada a un desarrollo prematuro que, de algún modo, funciona como autoconsuelo. De esta manera, la tensión es evacuada a través del movimiento y la fugacidad en los contactos, que reemplazan al ensoñar y pensar. La "persona viva" que habita en todos y cada uno de los protagonistas queda acallada y emerge la sobreadaptación con un importante cúmulo de tensión. Lo señalado cobra aún más relevancia al considerar que las situaciones que se acompañan de tensión nerviosa, son vividas por los bebés como señal de peligro, inseguridad, falta de sostén.

El análisis del material recogido, a la luz de las categorías consignadas por Brazelton y Cramer (1993) para el estudio del vínculo (sincronía, influencia mutua, contingencia, juego, arrastre, autonomía, flexibilidad, comunicación y atribución de significado) pone en relieve la profundidad de las dificultades relacionales descriptas. A lo largo de las seis observaciones, las situaciones registradas en las que beba-docentes sincronizan y se encuentran en el espacio mental creado por la comunicación recíprocamente placentera, son escasas. Una de ellas, acaecida en la segunda observación cuando la docente la acuesta en sus piernas e interactúan por varios minutos mediante el intercambio de miradas y dúctiles movimientos corporales de vaivén. Esta situación constituyó el intercambio lúdico entre ambas, más continuado y agradable que se pudo registrar durante las seis observaciones. Abril parecía disfrutar mucho del mismo y lo expresaba con balbuceos, sonrisas, regocijos, suaves movimientos de brazos y piernas. Las manitos se abrían y apenas se cerraban, las yemas de los dedos acariciaban a la docente, su espalda y cabeza seguían la

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

curva de las piernas del adulto, todo su cuerpo traducía estados placenteros de excitación/relajación. Algo similar, sucedió en la última observación, cuando una de las docentes colocó a la beba sobre sus piernas, ambas se prendieron con la mirada y armaron una secuencia lúdica de cosquillas entre sonrisas compartidas.

A pesar de ello, lo que caracterizaba el vínculo entre la beba y los cuidadores eran los desencuentros. Cuando Abril estaba dispuesta y buscaba activamente el contacto con las docentes, las apariciones de las mismas eran tan fugaces que no podía establecerse un intercambio de reciprocidad placentero. Generalmente, la beba era tomada en brazos, después de un largo lapso de llanto contenido, ansiosos chupeteos de sus dedos, manos u objetos, tensos pataleos y aleteos, protestas que al no ser contenidas la llevaban a sucumbir en un estado de desintegración, traducido en un llanto desesperado. Luego, cuando la bebé se recuperaba, las docentes inmediatamente volvían a dejarla sola para realizar otras de sus tantas actividades. Por ejemplo, en la quinta observación la beba comenzó a llorar demandando atención y una de las docentes empezó a mover enérgicamente el cochecito tapando su rostro con la capelina del mismo. Después, de varios minutos de realizar dicha acción, sin lograr que la niña se tranquilizara, decidió alzarla para calmarla. Paulatinamente, la beba parecía recobrarse, tratando de acoplar su cuerpo al del adulto, pero nuevamente la colocaron en el cochecito y la pequeña cayó en un sueño tan profundo que ni los estridentes ruidos lograron despertarla. En otra ocasión, comenzó a llorar desesperadamente mientras permanecía sentada en un bebesí, las docentes pasaban por su lado sin hablarle ni mirarla. A posteriori, una de las cuidadoras expresó: "cuando te acercas a ella deja de llorar, quiere que la alces, por eso estamos dejándola más tiempo en el piso para que se acostumbre, porque con el fin de semana largo se desadaptó al ritmo del jardín". Parecía que las docentes, al verse sobrepasadas en sus posibilidades de atender a tantos niños al mismo tiempo, habían desarrollado una especie de "coraza defensiva" que les impedía establecer intercambios emocionales con la beba.

4.1.4. Búsqueda de proximidad de Abril con las docentes a cargo de su cuidado

El estudio computarizado de esta categoría permite sintetizar cuantitativamente la profundidad de los desencuentros vinculares. La beba realizó ochenta conductas dirigidas a la búsqueda de contacto o proximidad con las docentes que se encontraban a cargo de ella. Entre estas el seguimiento de la figura de apego, sonrisas, llantos y gritos agudos. Sólo en veintiún ocasiones las cuidadoras respondieron de manera satisfactoria a su búsqueda, ofreciéndole un contacto físico, visual y/o verbal. En cincuenta y nueve de ellas no recibió respuesta. Por lo tanto, el 73,75% de las veces su propuesta de acercamiento fue negada y el 26,25% satisfecha. Esto podría deberse al exceso de trabajo al que se encuentran sometidas las docentes, el cual promueve el desarrollo de defensas que dificultan el contacto emocional con los bebés. Otras posibles razones inconscientes del establecimiento de estas defensas se relacionan con la ausencia de un proyecto de trascendencia transgeneracional y la exposición constante a las experiencias de separación y duelo con los niños que cuidan por períodos relativamente breves.

En la mayoría de las ocasiones en las que el encuentro era posible, la pequeña se mostraba contenta y satisfecha, en cambio cuando la búsqueda era rechazada aumentaba su ansiedad y malestar. En estas situaciones arrugaba su rostro, apretaba su mantita, chupeteaba con fuerza sus dedos o los juguetes, realizaba bruscos movimientos con todas y cada una de las partes de su cuerpo, entre otros. Además, frente a la carencia de respuesta, la beba poco a poco disminuía la búsqueda de contacto con las docentes y recurría a recursos propios de autoconsuelo para disminuir sus estados de tensión. Paulatinamente con el pasar del tiempo la confianza en la disponibilidad de las cuidadoras iba decayendo.

4.2 Camila en la familia

4.2.1. Primeros contactos con la institución

El acercamiento inicial se realizó telefónicamente, las explicaciones fueron breves porque la madre (Patricia) rápidamente expresó "yo no tengo problema". La cita quedó conciliada para dos días después.

En fecha y hora acordada, la abuela fue la encargada de abrir la puerta, algunos minutos después, Patricia vino del dormitorio. Ellas y la observadora estaban algo incomodas y desconcertadas, la invitaron a sentarse, escucharon atentamente la consigna y formularon algunas preguntas. Al finalizar con las explicaciones, sus rostros se relajaron y la mamá hizo pasar a la observadora a la habitación de la bebé en donde la presentó diciendo "ella es Camila, está re dormida". Efectivamente, estaba arropada, sus manitos apenas abiertas, se la veía chiquita, plácida, de tanto en tanto, chupeteaba en el aire o sonreía.

Resulta interesante la protección del pasaje escenificado entre la puerta que abre la abuela para encargarse de recibir el primer impacto del desconocido que se presenta; la madre que emerge del dormitorio; la descripción

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

de la propuesta de observación y la evaluación de su pertinencia, para recién presentar a Camila.

Al analizar el material desde el primer contacto, surgió el interrogante que si a diferencia de lo que expresó la madre telefónicamente "yo no tengo ningún problema", la concepción de la bebé "había planteado un problema" producto de un embarazo no planificado, en una joven mamá de veinte años y un progenitor masculino que nunca fue nombrado en el transcurso de las seis observaciones realizadas. En su lugar, se configuraba una trilogía constituida por la madre, la beba y la joven abuela compenetrada en el cuidado de su descendencia.

4.2.2. Escenario ambiental familiar

El dormitorio, que compartían la madre y la beba, estaba especialmente cuidado y decorado. En sus colores rosados de las paredes, la mobiliaria traslucía la reciente transformación de un espacio creado para alojar en el núcleo familiar el nuevo nacimiento que, en cierto sentido, contrastaba con el humilde living de entrada. El lugar con su tibieza, silencios o conversaciones en tono suave entre la abuela y la madre que cuidaban el sueño de Camila, se tornaba apacible, transmitía tranquilidad y seguridad.

Todo parecía aludir a un reordenamiento de roles y espacios familiares necesarios para alojar la nueva integrante, "la beba". La problemática fue puesta en palabras por la abuela, quien al referirse al perro que dormía al pie del moisés, expresó "está muy celoso porque antes él era el regalón, cuando se le hacen mimitos se le pasa un poco". De diversas maneras, se manifestaba un clima emocional de disponibilidad para tener en cuenta al otro, la mamá cada tanto miraba dormir a la beba, la abuela estaba atenta a las peticiones de la hija y esto solía alcanzar a la observadora, a quien en distintas ocasiones le preguntaron si necesitaba algo.

Las observaciones transcurrieron en dos lugares del hogar, las dos primeras en el dormitorio y las restantes en el living. El traslado espacial, se produjo con posterioridad a la recuperación de un leve resfrío de la beba y se acompañó de comentarios que referían ambivalencia materna sobre el crecimiento de la pequeña, tales como "vino una amiga con su bebé de un mes y es del mismo tamaño que Camila."… "sólo me doy cuenta que crece cuando voy al médico".

El cambio de lugar parecía la invitación a un nuevo pasaje de complejización. La habitación representaba un mundo protegido, en donde los sonidos, las texturas y las temperaturas, eran muy cuidadas. Este ambiente se lo podría pensar como el mundo propio de la díada, similar al útero materno que brindaba un resguardado contacto con el exterior. En cambio, el living con su desgastado sillón, el televisor, la computadora, representaría una realidad más compleja, con otros ruidos y personas. Así, en este espacio, las exigencias para la beba eran mayores y las experiencias de la niña se enriquecían, en compañía de su madre y abuela. Por ejemplo, en este escenario apareció por primera vez, en la quinta observación, el abuelo quien mientras arreglaba las instalaciones eléctricas saludó a Camila, le habló buscando su mirada, solicitó información a la observadora sobre su trabajo y le hizo saber su deseo de obtener un video con la filmación de la niña para conservarlo como recuerdo.

Se podría hipotetizar que la madre, debido a las dificultades que la realidad le imponía por el hecho de ser joven, no tener pareja ni trabajo, ha sentido la necesidad de crear un "mundo rosa" para su hija y de esta manera protegerla de la dureza del mundo exterior. Pero también, esta creación la "acunaría" a ella antes de salir a la difícil realidad con la que se tiene que enfrentar. Por lo que, se podría pensar que probablemente, la concepción de la bebé, significó inconscientemente la necesidad de tener algo propio antes de dicha salida. Así, la paulatina caída de la "preocupación materna primaria" abre nuevas puertas, interrogantes, dudas y prepara el transcurrir de los movimientos progresivos/regresivos del proceso de separación, tal como lo evidencia la siguiente viñeta "…no sé si contártelo, comencé a buscar trabajo". La duda puesta en el "comunicar al observador" puede ser leída como expresión de la ambivalencia experimentada frente a quedarse contemplando a su bebé o salir al mundo laboral.

En síntesis, en el transcurrir de las seis observaciones, en un espacio similar al que delinea la banda de Moebius, se transitó desde un "universo rosa casi intrauterino" -en el que hay una abuela encargada de abrir la puerta para recibir al extraño mundo externo y así, proteger la díada que constituye su descendencia- al contacto con una realidad compartida por los adultos: "la necesidad de proveer sustento económico e incluirse en el campo laboral".

Diferentes escenas podrían referirse para dar cuenta de los movimientos regresivos-proyectivos que habitan este espacio-tiempo de indiferenciación-diferenciación. Por ejemplo, "mamá-beba maman: se miran, la mano de la mamá envuelve la de la beba, se sueltan, la pequeña acopla el cuerpo al de la mamá como enrollándose, abre y cierra su manito, estira largo sus dedos abiertos, los cierra junto con sus ojos. Mientras la beba se entreduerme, el cuerpo de la madre se relaja, sentada en el sillón estira las piernas abiertas, inclina el torso y mantiene el brazo doblado

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

para contornear la cabeza y espalda de Camila. Patricia comienza a mirar, casi sin ver, dibujitos animados en el televisor, somnolienta, como mamando, parecía estar en un primitivo contacto consigo misma, sin palabras ni hilván de pensamientos". Un pasaje diferente, denota como mamá-beba ejercitan, en la última observación, un nuevo paso: "sabés, Camila está intentando sentarse, toma a la beba de sus brazos trayéndola hacía ella varías veces, luego la acomoda entre almohadones para que quede sentada mirando a su alrededor". De este modo, invita al progreso de dichas habilidades, en un espacio mental que representa a la niña desarrollando acciones, que si bien no puede realizar en el presente, en el futuro lo hará. Con lo cual provee al observador de una "foto" enmarcada en proyecciones positivas, que guardan relación con la salida del cascarón para captar espacios más amplios y, como tales más complejos.

4.2.3 Condiciones vinculares

En la díada madre-beba se observaron múltiples escenas que traslucían una relación de reciprocidad placentera promovida por la adaptación del ambiente a la indefensión de Camila, propia de su edad. Patricia, con sus cuidados preverbales y verbales, facilitaba la creación de la ilusión de que el objeto era parte de la beba. Así generalmente, se hacía presente con anterioridad al emerger de vivencias de necesidad que la llevaran a la desintegración. Por ejemplo, cuando la niña dormía, la mamá hacía otras cosas fuera de la habitación, pero parecía "adivinar" cuando empezaría a despertarse y se hacía presente antes del primer suave remolonear que surgía de su sueño, en cierto sentido, conectado con el entorno.

Si bien existían algunos desencuentros entre ambas, gracias a este aspecto de la relación, rápidamente eran regulados por la contención, el afecto, el acunar del cuerpo materno, tal como podemos inferir de la siguiente escena: "la mamá se distrajo hablando con la observadora sobre sus dudas del crecimiento de Camila y ella se ahogó con la leche, aleteó sus brazos, se puso colorada tratando de toser. Patricia asustada se incorporó, la apoyó en su cuerpo palmeando la espalda, la beba soltó su llanto y fue acunada hasta que se recuperó. Luego, volvió a ofrecer el alimento mientras acariciaba suavemente la frente y la nariz de la pequeña que cerraba y abría sus ojitos hasta entredormirse. Antes de ser acostada en el moisés fue acunada, como de costumbre, por un largo lapso al compás del sonido de una cajita musical y de los bostezos maternos, hasta que su cuerpo dejó traslucir que dormía placidamente.

En los estados de vigilia, los intervalos de estar sin el contacto cuerpo a cuerpo con su madre eran reducidos, paulatinamente a lo largo de las observaciones, estos períodos se fueron ampliando, principalmente cuando mediaba la voz materna y una presencia corporal posible de ser captada visualmente. Estos momentos le permitían explorar sus manos y ensayar diversos movimientos.

Generalmente, el estar juntas, resultaba entretenido para la beba, la madre y las observadoras (abuela y observadora). Entre mamadas, canturreos y paseos que acunaban surgían diversas escenas lúdicas, que progresivamente complejizaban los estados de atención y desatención. Por ejemplo, en la segunda observación, entre gorgojos de la pequeña juegan a reunirse y separarse a través de la mirada. Ambas se observaban pero cuando la mamá dirigía la mirada hacia otro lado Camila seguía buscándola. Del mismo modo, cuando la bebé desviaba su mirada, Patricia la volvía a traerla al encuentro con la suya.

En otras secuencias lúdicas se introducían ositos de peluche que Camila miraba, los tomaba entre las manos y los chupeteaba, en compañía de su madre o abuela. Uno de estos juguetes ofrecidos por la progenitora, parecía ser objeto de proyección de aspectos negativos, que a su vez marcaba un espacio que permitía la diferenciación, tal como podemos inferir de la siguiente viñeta, "la niña se llevó uno de los peluches a la boca y la mamá le dijo: este es el juguete más feo que tenés, pero a vos te gusta". La escena citada refleja también la esperanza de que lo "feo" pueda ser conocido y apreciado por la beba como tolerable.

Las acciones de la pequeña, se encontraban con fluidas atribuciones de sentidos y proyecciones positivas que las enmarcaban en un contexto relacional de comunicación. Por ejemplo, en la sexta observación, la madre y la abuela conversaban animadamente, la beba sentada en el sillón las miraba y comenzó a emitir sonidos con su boca, inmediatamente las mujeres la integraron sonrientes en el diálogo y le adjudicaron una significación locuaz a dichos sonidos.

El análisis consignado del material recogido pone en relieve el paulatino proceso de separación por el que transita la díada. La madre crea un espacio mental y de simbolización preverbal, verbal y lúdica que facilitan el suave transcurrir de una evolución que permite tolerar, en compañía, un proyecto futuro de nuevos ritmos y modalidades relacionales. Este espacio de representación emerge del contacto emocional con los estados mentales de la beba y con sus propias necesidades tanto de fusión como de diferenciación. A pesar de ello, la conjunción

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

de un dormitorio compartido, el progenitor masculino ausente, las dudas respecto al desarrollo corporal, las proyecciones positivas dejaron como interrogante en la mente de la observadora ¿Cómo transitarán los pasos venideros del proceso de separación?

4.2.4. Búsqueda de proximidad de Camila con su madre

La beba realizó treinta y cuatro conductas tendientes a promover el contacto con su madre. Entre ellas, el seguimiento de la figura de apego, sonrisas, y llantos. En veintinueve ocasiones le ofrecieron contacto físico, visual o verbal y sólo en cinco oportunidades no recibió respuesta. Por lo tanto, el 85,29% satisfecho y el 14,7% de las veces el contacto fue negado (Ver tabla 1).

4.3. Búsqueda de proximidad en la totalidad de la muestra

Tal como referimos anteriormente, en este apartado mencionamos los resultados del análisis de los cuatro bebés estudiados, dos que asisten al Jardín Maternal y dos que permanecen al cuidado de su madre en el hogar.

En relación a la "Búsqueda de proximidad" por parte de los bebés hacia las figuras de apego, se observó una gran diferencia entre los que asistían al Jardín Maternal y los que permanecían al cuidado de su madre. Los primeros expresaban una mayor cantidad de conductas dirigidas a la proximidad, más del doble, que los que fueron observados en su hogar. Esto se debería a que los pequeños que no se separan de sus madres pasaban más tiempo en contacto con ellas, ya que las mismas constantemente buscan la proximidad con sus hijos. En cambio los bebés que asistían al Jardín Maternal tenían que buscar dicho contacto mediante el llanto, la sonrisa, el seguimiento, entre otras conductas, porque generalmente no era provisto espontáneamente por las docentes. Estas, la mayoría de las veces, entraban en contacto con los infantes cuando ellos lo reclamaban llorando.

En cuanto a la respuesta que los bebés recibían a dichas iniciativas por parte de sus cuidadores, también existían notables diferencias entre ambos grupos. Las mamás satisfacían el 85% de las mismas, en cambio las docentes el 26% en el caso de la primer bebé y el 33% en del segundo infante observado en la institución educativa. En consecuencia, el 14% de la búsqueda de contacto, en los pequeños que permanecían con su progenitora, era negado y más del 65% en los que asistían al Jardín Maternal.

5. CONCLUSIONES

Cabe destacar que dado el carácter exploratorio del presente estudio y la reducida muestra que lo respalda, los resultados presentados deben ser entendidos desde una perspectiva preliminar sujeta a nuevas profundizaciones.

Desde nuestro punto de vista, sustentado en paradigmas vigentes, coincidentes con el estudio de campo referido, consideramos que ingresar un bebé antes de los tres meses a los Jardines Maternales, resulta demasiado precoz. La separación en este momento impone un alto grado de sufrimiento en la díada y contradice las necesidades de continuidad propias de esta etapa.

Cabe subrayar que en el transcurso del primer año se sientan los cimientos para todo el desarrollo posterior dado que sobre la base de la integración y la unión psique-soma emergen, entre otras cosas, la capacidad de aprender a aprender, de mentalizar, la esperanza, la alegría de vivir y el conocimiento de la realidad. El bebé comunica la introyección de la delicadeza en los cuidados tempranos recibidos, a través del desarrollo de la capacidad de soñar despierto y del progresivo incremento del interesado contacto visual, auditivo, muscular con la realidad externa.

Las observaciones realizadas en el Jardín Maternal denotan que el contexto ambiental se impone en los bebés abruptamente y de manera prematura. Específicamente, en Abril pudo apreciarse un desarrollo psicomotor precoz, implementado como defensa, a modo de coraza muscular, con sus correlatos en la mente, expresados a través del sueño profundo, la disociación, la alucinación omnipotente, todos ellos signos de sufrimiento temprano. Ya Bick en 1968, planteó que el límite primario entre el self y el no-self depende de la introyección de un objeto externo al que se siente como capaz de contener las partes del self. Las funciones límite de la piel están representadas como "símbolos naturales" equivalentes del estado de contención o de no-contención. De este modo, cuando hay un fracaso en el desarrollo de la frontera intrapsíquica, se manifestará probablemente en anormalidades de las funciones corporales y de la piel. De ahí la excesiva "muscularidad" de los lactantes que deben compensar con autosostén la ausencia relativa del objeto continente.

La precocidad en el desarrollo suele configurarse en un espacio de desencuentros que extravía el contacto emocional y que frecuentemente, a modo de defensa frente al dolor psíquico que promueve la indefensión del bebé, favorece la sobreestimulación. Así, desde temprana edad son llamados a practicar como adaptarse a las exigencias externas y al desarrollo prematuro.

Por todo lo expuesto, es menester que la organización y funcionamientos institucionales maternales sean repensados desde la promoción de la salud mental y que las intervenciones psicológicas que se diseñen, centren su

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

atención en: *a)* la legislación laboral y de educación; *b)* aspectos organizacionales e imaginarios instituciones y, *c)* en las modalidades vinculares.

En cuanto a los aspectos legislativos, en coincidencia con Torras de Bèa (2010), consideramos pertinente la revisión de la Ley Nacional, en pos de extender el período de licencia por maternidad. Este artículo pretende configurarse en una invitación a profundizar las investigaciones sobre la temática para ampliar las bases empíricas y desde allí, sustentar nuevas peticiones. Dada la inversión económica que esto implicaría es de preveer que llevará un tiempo considerable la pretendida modificatoria.

Si bien esta propuesta, de ninguna manera implica cerrar las puertas de los Jardines Maternales dedicados a la atención temprana de bebés, es relevante que los mismos cuenten con recursos suficientes y personal capacitado; también con espacios y educadores particularmente constantes y estables, para que puedan respetarse y atender las necesidades de los niños (Torras de Bèa, 2010). A nuestro criterio, resultaría óptimo que estas instituciones configuraren espacios de protección social, al que pudieran acudir todos los padres que, por una razón u otra, sienten la necesidad de recibir ayuda para poder desarrollar su rol parental.

Para ello, es imperioso atender, desde la Ley Nacional de Educación, a los aspectos organizacionales de estas instituciones, con el propósito de mejorar la calidad que ellas brindan. Al respecto, marcamos la necesidad de tener en cuenta la cantidad de niños que los docentes tienen a su cargo. En este sentido, consideramos que dos bebés (uno gateador y otro más pequeño) por cada cuidador es un número adecuado para que la comunicación emocional sea factible y sólo en aquellos casos que se cuente con la colaboración de un auxiliar podrían incluirse tres bebés.

Asimismo, sustentándonos en el paradigma relacional, proponemos la posibilidad de que los docentes permanezcan con su grupo de alumnos hasta finalizar el ciclo del Jardín Maternal. Esta sugerencia se fundamenta en la necesidad de estabilidad y continuidad de las figuras cuidadoras durante los primeros años de vida.

Consideramos que un aspecto fundamental para mejorar la calidad de estas instituciones es el cuidado de la salud mental de las personas encargadas de los niños. Tal como observamos en las instituciones maternales, los docentes están expuestos a múltiples exigencias, las cuales al no poder ser pensadas, se constituyen en los cimientos para los desencuentros vinculares.

En este sentido, es propicio crear espacios destinados al pensar con otros. Más allá del encuadre que se implemente -talleres, grupos operativos o de reflexión es esencial promover en los cuidadores el contacto emocional con las necesidades evolutivas de los bebés, las vivencias de la propia infancia y los duelos que se activan frente a la partida de cada niño. Para que estos espacios puedan tener continuidad, es fundamental que el Estado garantice los recursos pertinentes para que puedan desarrollarse.

En síntesis, las propuestas de intervención delineadas en diferentes niveles, ponen en evidencia la necesidad de una mirada extensa que conjugue el momento histórico cultural con sus leyes, organizaciones, ideologías y personas que lo transitan, porque ellas resultan facilitadoras/obstaculizadoras de las modalidades relacionales que emergen en cada institución.

BIBLIOGRAFÍA:

Balin, M. (1952). Primary love and psyco-analytic technique. Londres: Karnac Books

Bick, E. (1964). Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. Revista de Psicoanálisis 24, 4.

Bick, E. (1968). La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas. International Journal of Psychoanalysis 49, 2-3

Bleichmar, S. (1992). La fundación de lo inconsciente. Buenos Aires: Amorrortu

Bleichmar, H. (1997). Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Barcelona: Paidós

Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós Ibérica

Bowlby, J. (1952). Los cuidados maternos y la salud mental. Buenos Aires Humanitas.

Bowlby, J. (1998). El Apego. Barcelona. Paidós. Ibérica.

Cortina, M. (2013). Clase introductoria. La aplicación de la teoría del apego en el trabajo con pacientes, del Programa de formación por internet sobre la teoría del apego patrocinado por IAN-IA y RIA.

Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DINIECE) (2008). Anuario Estadístico Educativo 2008. Recuperado en el sitio web de DINIECE:http://diniece.me.gov.ar/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=2&id=8&Itemid=19

Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DINIECE) (2009). Anuario Estadístico Educativo 2009. Recuperado en el sitio web de DINIECE: http://diniece.me.gov.ar/

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

index.php?option=com_content&task=category&sectionid=2&id=8&Itemid=19

Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DINIECE) (2010). Anuario Estadístico Educativo 2010. Recuperado en el sitio web de DINIECE: http://diniece.me.gov.ar/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=2&id=8&Itemid=19

Fairbairn, R. (1978). Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires: Ed Hormé.

Guntrip, H. (1968). Schizoid Phenomena, Object-relations and the self. Londres: Hogarth Press.

Hoffman, J. (2004) El desarrollo de padres y niños durante el primer año de vida. Los árboles no crecen tirando de las hojas (2ª. ed.) Buenos Aires: Del nuevo extremo

Taborda, A. y Toranzo, E. (2012) Enfoque relacional del diagnóstico y psicoterapia. Configuraciones clínicas en la lectura psicoanalítica de la atención y el abordaje de grupos paralelos de padres e hijos. Madrid: Editorial Académica Español.

Torras De Bèa, E. (2010). La mejor guardería, tu casa. Criar saludablemente a un bebé. Barcelona: Plataforma Editorial

Winnicott, D. (1958). Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Buenos Aires. Paidós.

© 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 PsychologicalAssociation) 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). Barcelona:

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

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** .....

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 55 - Marzo 2013

A Pola: un adiós, un reconocimiento y un recuerdo *Fernando Cabaleiro Fabeiro*	9
Trastorno mental grave y entorno *Begoña Garmendia Aldasoro*	11
Intervenciones en el medio del niño y del adolescente con TMG *Jose Luis Gutiérrez Iradi*	21
Intervenciones psicoanalíticas en una adolescente gemelar. ¿Cómo construirse diferente? *Janeth Pombo Ruiz*	25
Taller de sensibilización en salud mental: una experiencia de prevención con adolescentes *Jordi Artigue Gómez, Aroa Manzano Alías, Anna Oriol Sánchez, Montserrat Martínez Gobern, Josep María Gassó Tarrida, Amelia Franquesa Freixas, Sisa López Morales y Jorge Luis Tizón*	31
Adolescencia y depresión: Un modelo de inervención comunitario *Laia Ferrer Tirado y Josep Checa Peña*	37
Algunas aportaciones a la comprensión del fenómeno de la violencia filioparental *Gemma Borraz Estruch, Jorge Tió Rodríguez y Begoña Vazquez Lejárcegui*	43
Psicosis atípica en la adolescencia y trauma crónico precoz. Tratamiento en hospital de día *Paula Laita de Roda , Eduardo Barriocanal Gil y Beatriz López-Palop de Piquer*	47
La corporalidad de los adolescentes en la redes sociales *Carmen Maganto Mateo y Montserrat Peris Hernández*	53
Jardines maternales: Los primeros pasos en el proceso de separación *Alejandra Taborda y Celeste Daher*	63

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.)