Avellón Calvo, Mónica

Báez López, Marta

Carrazón Atienza, Ana

Farrés, Núria

Forcén Soler, Marina

Golse, Bernard

Martínez Rodríguez, José Manuel

Mauri, Luis

Moreno Mayós, Áurea

Pérez Crim, Elena

Sánchez, Elisabet

Viloca, Llúcia

N.º 59
1º semestre
2015

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

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

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

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

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

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

COMITÉ EDITORIAL

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

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)
Alain Braconnier Centro Alfret Binet (París)
Mª Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)
Marian Fernández Galindo (Madrid)
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)
Pablo García Túnez (Granada)
Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (Paris)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)
Cristina Molins Garrido (Madrid)
Juan MAnzano Garrido (Ginebra)
Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París)
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del Pais Vasco (Bilbao)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)
Xaber Tapia Lizeaga (Bilbao)

INDICE:

¿Qué cuidados para los niños «privados de historia»? La experiencia del instituto PIKLER-LOCZY
Bernard Golse 9

Implicaciones del enfoque terapéutico grupal en una consulta públicatemprana
Elena Pérez Crim 15

Vínculos, identidad y desarrollo psíquico
Mónica Avellón Calvo 25

Adolescencia y transgresión
Luis Mauri 31

Cuestionamiento de los vínculos y crisis
José Manuel Martínez Rodríguez 45

Abordaje psicoterapéutico-psicopedagógico. intervención grupal en CARRILET, centro específico para niños con autismo
Llúcia Viloca, Elisabet Sánchez, Núria Farrés 59

¿Qué sucede en los grupos con trastorno mental grave? Comprender la matriz grupal agujereada
Marina Forcén Soler y Àurea Moreno Mayós 69

"¿Por qué a mí?": Desvalimiento y derrumbe psiquico en un niño abusado
Ana Carrazón Atienza 75

La perinatalidad: El estado de la cuestión
Marta Báez López 83

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid.
Impresión: Sorles, Leon
E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepypna.com
Página Web: http://www.sepypna.com/revista-sepypna/
Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967
Periodicidad: semestral
Suscripción anual: 60 €
Precio por ejemplar: 35 €

La Revista ***Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. http://www.latindex.unam.mx
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. http://www.psicodoc.org/acerca.htm
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. http://www.ebsco.com/

Sistema de selección de los originales:

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

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

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

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

What kind of care for children 'deprived of history"? The experience of the PIKLER-LÓCZY Institute
Bernard Golse 9

Implications of group therapeutic approach on a public consultation
Elena Pérez Crim 15

Bonds, identity and psychic development
Mónica Avellón Calvo 25

Adolescence and transgresion
Luis Mauri 31

The questioning of bonds and the crisis
José Manuel Martínez Rodríguez 45

Psychotherapeutic-psychopedagogical approach. Group intervention in Carrilet, center for children with autism
Llúcia Viloca, Elisabet Sánchez, Núria Farrés 59

What happens in the groups with severe mental disorders? Understanding the "holey" group matrix
Marina Forcén Soler y Àurea Moreno Mayós 69

"Why me?": Psychic helplessness and collapse in an abused child
Ana Carrazón Atienza 75

Perinatal period: Status of the issue
Marta Báez López 83

¿QUÉ CUIDADOS PARA LOS NIÑOS «PRIVADOS DE HISTORIA»? LA EXPERIENCIA DEL INSTITUTO PIKLER-LOCZY*

WHAT KIND OF CARE FOR CHILDREN «DEPRIVED OF HISTORY»? THE EXPERIENCE OF THE PIKLER-LÓCZY INSTITUTE

Bernard Golse**

El Instituto Pikler-Loczy fue fundado en Budapest en 1946 por la pediatra Emmi PIKLER, en un cruce de corrientes de pensamiento pediátrico, psicoanalítico y pedagógico, para acoger a niños pequeños rescatados de la tormenta que se había abatido sobre Europa durante la segunda guerra mundial. Algunos de estos niños estaban literalmente privados de historia, sin nombre y sin relato posible de lo vivido hasta entonces.

Los equipos de Loczy pudieron experimentar hasta qué punto resulta difícil ocuparse de niños de los que nada se sabe, viéndose obligados a desarrollar una destacada profesionalización de los cuidados que ha creado escuela desde entonces en el mundo entero y especialmente en Francia gracias a los trabajos de M. DAVID Y G. APPELL.

Desde su fundación, han sido atendidos más de 4000 niños.

Pienso que los trabajos del Instituto Pikler-Loczy, en Budapest, punteros desde hace unos sesenta años, cobran gran importancia en el ámbito de nuestras reflexiones sobre la prevención.

Mi encuentro, al igual que el de otros muchos de nosotros, con los trabajos del Instituto Pikler-Loczy, se produjo a través del libro de Myriam DAVID y Geneviève APPELL («Le maternage insolite»)[1], aunque fue en 1996 sobre todo, cuando en el cincuentenario de la fundación de este instituto, mantuve un contacto más directo con este lugar tan especial, durante el congreso organizado en Budapest con ocasión de este aniversario.

Recuerdo todavía con emoción mi primera llegada a Budapest, con ocasión de aquel hermosísimo acontecimiento…

Me encontraba en compañía de personajes importantes que jugaron un gran papel en mi trayectoria profesional.

Me limitaré a citar únicamente a Didier HOUZEL, Serge LEBOVICI, Michel SOULÉ, y Daniel STERN, con los que más tarde he mantenido una relación respetuosa y muy afectuosa.

Estaba evidentemente muy impresionado, pero sentía que estaba ocurriendo algo muy importante en sí mismo, pero al mismo tiempo, algo muy especial para mí personalmente que iba a marcarme profundamente sin

* Material que se ha utilizado como base para la ponencia presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León. Traducido por Xabier Tapia Lizeaga. Psicólogo Clínico.

** Paidopsiquiatra-Psicoanalista (Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Francia). Jefe del Servicio de Paidopsiquiatría del Hopital Necker-Enfants Malades (Paris). Profesor de Psiquiatría del niño y del adolescente en la Universidad René Descartes (Paris 5). E-mail: bernard.golse@nck.aphp.fr

[1] N.T. Existe traducción en castellano: M. David y G. Appell "Lóczy, una insólita atención personal" Ed. Octaedro, 2010

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

lugar a dudas.

Efectivamente, desde entonces, los trabajos del Instituto Pikler-Loczy han estimulado enormemente mi reflexión.

A todo esto tengo que añadir el choc que produjo en mí la película de Bernard MARTINO sobre el instituto Loczy y especialmente su comentario sobre el hecho de que si bien el siglo XX nos ha enseñado todo sobre las diferentes maneras de destruir al individuo, hay sin embargo lugares muy especiales como el Instituto Pikler Loczy de Budapest, en los que muy al contrario, se aprende a ayudar a los bebés a construirse y a crecer.

Esta frase resuena a menudo en mi memoria y me ayuda sin lugar a dudas a diferenciar lo que es más importante de lo que es menos....

Así pues acepté entusiasmado la presidencia de la Asociación Pikler Loczy-France (desde 2007), ya que creo que, efectivamente, en este mundo que es el nuestro, las aportaciones del Instituto Pikler-Loczy nos aportan una visión del bebé y de su desarrollo que garantiza la unidad de la persona en devenir de los más pequeños y que, al mismo tiempo, nos permite cuidar de su libertad y de su dignidad dentro de una ética del cuidado y de la prevención, de una manera que no deja de impresionarme y que voy a tratar de contribuir a su divulgación en la medida de mis posibilidades.

LA IMPORTANCIA DE LAS TRABAJOS DEL INSTITUTO PIKLER-LOCZY

Los puntos centrales de la visión pikleriana son la coherencia y la continuidad de los cuidados (alrededor de la noción de la persona de referencia), la importancia atribuida a los momentos de actividad libre (la libertad de movimiento físico que proporciona las bases para la libertad psíquica posterior), el acento puesto en la calidad de los encuentros individuales dentro mismo de la vida en colectividad, y el respeto finalmente de los ritmos propios del desarrollo de cada niño.

Nos damos cuenta de hasta qué punto nos resultan útiles los trabajos del instituto Pikler-Loczy a la hora de pensar en una prevención del impacto de las violencias colectivas, motivo por el que este instituto, vuelvo a repetirlo, había sido creado como respuesta a las catástrofes humanas provocadas por el último conflicto mundial.

Dicho esto, me gustaría ofrecer algunos ejemplos de las reflexiones efectuadas a cabo en Loczy y que me parecen cruciales en una época como la nuestra.

- Cuanto más agitada está una sociedad, menos tolera a los niños agitados pero paradójicamente más crea las condiciones para su agitación, e incluso su hiperactividad. De ahí el relieve fundamental de los trabajos de Loczy que insisten en la necesidad del respeto de los ritmos del niño para poder garantizar la armonía de sus adquisiciones psicomotrices en concreto. Pero van más lejos aún. Los jardineros suelen decir que no sirve de nada tirar de las hojas para que crezcan... Lo mismo ocurre con el crecimiento y la maduración psíquicas del niño que tienen que surgir de su interior; se trata de procesos endógenos que necesitan del encuentro con adultos que ni practican el forcing ni funcionan en forma de anticipación ansiosa, sino que se limitan a estar atentos para tirar suavemente del niño hacia adelante con el suficiente tacto, suavidad y respeto de su propia dinámica. No se trata de un elogio de la lentitud, sino de un elogio de la capacidad para tener en cuenta las especificidades de cada niño y los ritmos propios de cada bebé, algo que ya de por sí nos suscita mucha admiración.
- Un segundo punto tiene que ver con las aportaciones de Loczy a la cuestión de la simbolización en el bebé. En efecto, pienso que la alternancia bien pensada entre los momentos de encuentro individual entre los bebés y sus cuidadoras, y los tiempos de actividad libre junto al adulto, favorece de hecho una dialéctica muy constructiva entre los procesos de simbolización del objeto en su presencia y los procesos de simbolización del objeto en su ausencia.

Se trata de un punto central después de años de conflicto estéril entre los psicoanalistas (centrados sobre todo en la ausencia del objeto) y los defensores de la teoría del apego (que insisten sobre todo en los efectos de la presencia del objeto); en este sentido, los trabajos de Loczy aportan mucho a esta discusión al mostrarnos la complementariedad necesaria entre estos dos tipos de procesos.

Finalmente, he pensado a menudo que el Instituto Pikler-Loczy de Budapest nos ofrece de hecho un verdadero laboratorio de la relación entre acción y reflexión. Un poeta de Vaud, Ch.-F.RAMUZ ha escrito esta frase decisiva: “nos morimos a fuerza de aspirar a la idea antes de llegar a las cosas”. Dicho de otra manera, en nuestro ámbito, si lo que queremos es evitar la trampa de una actividad de teorización que no resulte ni defensiva ni intelectualizadora, es fundamental partir de la clínica

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

antes de empezar a construir teorías o modelos.

Esto es algo que me sorprende especialmente en lo que voy percibiendo de las actividades del instituto Loczy. Y es que pienso que en ese lugar la observación y la clínica son primordiales, y que solo en un segundo tiempo se va construyendo poco a poco una teoría de la práctica, a partir de la cual se puede de nuevo volver a la práctica para confirmar o desmentir la teoría.

Así pues, también desde este punto de vista nos resulta muy útil lo que ocurre en Loczy. Nos ofrece una auténtica lección de metodología que nos obliga a meditar sin descanso. Personalmente, reconozco que debo mucho a los trabajos de Loczy por haber atraído eficazmente mi atención sobre este punto; he podido entender así el deseo de los equipos de Loczy de recurrir a diferentes corrientes de pensamiento como el psicoanálisis y la teoría del apego, es decir, no como un intento de modelización *a priori* o de una especie de *pret-a porter* teórico, sino como un procedimiento *a posteriori* que pretende dar un sentido a una clínica de la primera infancia que siempre aparece en una posición inicial.

ALGUNAS PROBLEMÁTICAS FUERTES DE LA ATMÓSFERA TERAPÉUTICA EN LOCZY

Existe en Loczy una «atmósfera terapéutica» cuyas bases hay que analizar muy cuidadosamente. Nos limitaremos a citar algunos de estos elementos que actualmente son objeto de una intensa reflexión en el seno de las diferentes asociaciones nacionales Pikler-Loczy.

La naturaleza de los vínculos entre las cuidadoras y los bebés

Geneviève APPELL señala a menudo que en francés carecemos cruelmente de palabras para definir el tipo de relaciones que unen a los profesionales y a los bebés.

¿Amor?, ¿apego?, ¿interés?

Seguro que hay un poco de todo, pero ninguno de estos componentes resume verdaderamente por sí solo la situación ni se ajusta del todo a la misma.

¿Es la lengua francesa demasiado pobre, sin más, o se trata de una dificultad mucho más general que tiene que ver con la propia complejidad de estas relaciones especiales?

Recordemos en cualquier caso la propuesta de Judit FALK:

«Para los padres, es el propio niño como tal el que cobra valor de objeto narcisista, mientras que para los profesionales, es el trabajo con el niño lo que tiene valor como objeto narcisista"

Minúscula diferencia pero absolutamente crucial!

Entre momentos de encuentro individual y momentos de actividad libre: una estrecha dialéctica

Entre los momentos de encuentro individual de los bebés con sus cuidadoras y los momentos de actividad libre, hay una estrecha dialéctica que permite por una parte la adquisición progresiva de la capacidad de estar solo, y por otra la articulación entre los procesos de simbolización en presencia y en ausencia del objeto.

De la capacidad de estar solo en tanto que capacidad para no estarlo

A través de esta proposición paradójica, me gustaría limitarme a evocar el hecho de que el proceso de crecimiento y de maduración psíquicas del niño no es asimilable al aprendizaje de la soledad.

Es verdad que D.W. WINNICOTT ha hablado de la «capacidad de estar solo» como de un avance en lo que se refiere a la autonomización del niño.

Pero también ha insistido mucho en el hecho de que llegar a ser capaz de estar solo pasa inexorablemente, en el caso del niño, por una etapa intermedia, la situación de estar-solo-al lado (de la madre).

"Ahora que ya eres grande, puedes hacerlo solo" se suele decir a menudo a los niños.

En realidad, de lo que el niño tiene ganas, no es tanto de hacer las cosas él solo, sino de hacerlas solo-al-lado-de-un-adulto que le mira, que le sueña y que le piensa.

Lo que D. WINNICOTT nos muestra aquí es que la capacidad de estar solo depende de hecho, fundamentalmente, de un mecanismo de interiorización de la madre cuya ausencia fuera, el niño no va a poder soportarla si no es gracias a la instauración de su presencia dentro de su propia psique, hecho que Myriam DAVID evoca en la entrevista con Bernard MARTINO poco antes de su desaparición.

Dicho de otra manera aún, ser capaz de estar solo significa en el fondo contar con los medios para no estarlo gracias a la presencia interna del objeto (primario) que se ha ausentado fuera.

Pienso que este planteamiento coincide con lo que Anna FREUD decía cuando, al referirse a la maduración de las diferentes "líneas de desarrollo" que permite la adquisición de la independencia y de la autonomía, afirmaba que el niño debe de interiorizar un cierto número

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

de funciones maternas para poder, un día, jugar él mismo y por su cuenta a la madre y al niño.

En este sentido, quiero citar a Michel SCHNEIDER que, en un libro dedicado a Glenn GOULD (cuyos rasgos autistas son bien conocidos….), nos propone acertadamente distinguir entre soledad y esseulement:

«Estar solo no es estar en soledad. Yo reservaría la palabra soledad para hablar de este estado en el que uno está sin los demás, cierto, pero uno mismo se hace compañía, mientras que el "esseulement" se refiere a esos momentos, en los que, estando solo o en compañía, echo de menos mi propia compañía, esos momentos en los que ese "alguien que falta" no es tanto otro como yo mismo".

Pienso que se trata de una muy acertada precisión sobre las dificultades que experimenta un niño de madre deprimida para poder adquirir esta famosa capacidad para estar solo.

En efecto, si la soledad corresponde a un estado en el que se está sin los demás pero "en el que uno se hace compañía a sí mismo", es precisamente porque el objeto ausente ha sido interiorizado con sus propias capacidades de contención.

La madre, objeto continente en primer lugar, debe de convertirse en objeto interno contenido, susceptible de ejercer de ahí en adelante, como desde dentro, su propia función de contención.

Si la madre está deprimida o con otro tipo de dificultades psíquicas, o ausente, corre el riesgo precisamente de ser insuficientemente contenedora, y en estas condiciones, el bebé no va a poder hacerse compañía a sí mismo: se encontrará en el "esseulement", y no solo en soledad.

Evidentemente, esta contención e interiorización insuficientes del objeto primario amenaza todo el registro de las identificaciones primarias y por ende el registro del Ser; de ahí esta anotación de Michel SCHNEIDER: "ese alguien que echo en falta no es tanto otro como yo mismo»

Un apunte más para decir que esta dinámica parece aproximarse al esquema de la meiosis que Geneviève HAAG propone al referirse a la diferenciación intra y extra-psíquica del niño.

Según ella, al igual que los cromosomas que primero tienen que desdoblarse para que una célula-madre pueda dar lugar a dos células-hija, es importante que una madre y un niño, para separarse, puedan, cada uno de ellos, llevar dentro de sí una imagen, una réplica, una copia del otro, es decir, una representación mental suficientemente eficaz; en este sentido está claro que las depresiones madre-bebé amenazan muy particularmente esta actividad de reproducción psíquica así como su vitalidad.

En cuanto a la articulación de los procesos de simbolización en presencia y en ausencia del objeto

Me gustaría únicamente decir que la *simbolización primaria* corresponde a las figuraciones corporales del encuentro con el objeto, es decir, a las proto-representaciones del objeto, de los vínculos con el objeto y de la vivencia afectiva que acompaña a este encuentro, mientras que la *simbolización secundaria* corresponde a una re-evocación del objeto ausente y al paso de las figuraciones corporales a las representaciones mentales propiamente dichas, gracias a la interiorización psíquica por parte del bebé del trabajo psíquico del propio objeto.

En estas condiciones, la alternancia de momentos de encuentro individual y de momentos de actividad libre al lado del objeto que justo se encuentra a poca distancia, ofrece muy acertadamente a los bebés las condiciones para favorecer enormemente la emergencia de su simbolización secundaria a partir de sus procesos de simbolización primaria.

Empatía y proyección

En su entrevista ya mencionada con Bernard MARTINO, Miryam DAVID plantea la cuestión de saber cómo poder ser empático sin ser proyectivo. Se trata de una cuestión central y fundamental que va mucho más allá de una mera cuestión de cuidado de bebés.

Personalmente, pienso en primer lugar en lo que Daniel WIDLOCHER nos dice acerca de la empatía y de la contra-transferencia:

"El mecanismo (de la empatía) es inverso al de la contra-transferencia en la medida en que se trata, para el terapeuta, de colocar su mente en la del paciente, y no de observar cómo la del paciente toma posesión de la suya"

Pero, entonces, ¿cómo situar la propia mente en la del otro sin proyectar algo en él?

El tema es muy delicado y Myriam DAVID nos abre, en este punto, una vía de reflexión extremadamente valiosa.

Pienso que es muy pronto todavía para tener las cosas claras en este tema pero contamos con dos hipótesis al menos:

- bien la empatía corresponde en el fondo, a pesar de todo, a una proyección parcial de sí mismo en el otro, no de tal o cual representación en la psique del otro, sino solamente de una capacidad de observar y de compartir emocionalmente que permite al sujeto vivir la vivencia del otro desde el

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

interior del otro.

- O bien la empatía no corresponde en absoluto a un mecanismo proyectivo, por muy parcial que éste sea, sino a una capacidad para compartir emocionalmente con el otro desde dentro, a través de las neuronas-espejo y las representaciones de acción (Marc JEANNEROD), y de ahí la importancia crucial y decisiva de la observación, la única a permitir, sin proyección alguna, el acceso al mundo representacional del otro por la vía de un mimetismo cerebral principalmente mediatizado por la visión de las acciones del otro.

En el futuro, lo que vaya a ocurrir en Loczy entre las cuidadoras y los bebés nos va a aportar muchísimo en este tema.

En cualquier caso, la empatía con los bebés supone, sin duda alguna, una doble capacidad, la de permitirse por un lado ser afectado por ellos, y la de saber, por otro, retenerse en los propios actos de uno mismo.

La excitación entre placer y sufrimiento

La calma ocupa un lugar muy importante en Loczy, de ahí la cuestión añadida de los destinos de la excitación.

Se sabe que la excitación se encuentra en algún lugar entre el placer y el sufrimiento, y la noción de "caricia apaciguadora" nos cuestiona de forma muy útil. En realidad es difícil definir la naturaleza íntima de una caricia apaciguadora que remite a la idea de un tocar que no sería ni excitante (al modo de las cosquillas que colocan al bebé en posición pasiva y en estado de tensión interna difícil de evacuar), ni agresor, y que sería más bien un tocar "*solo-para-estar-juntos*", física y psíquicamente.

Esto nos lleva al concepto de «doble prohibición del tocar" propuesto por Didier ANZIEU y que podría enunciarse de la siguiente manera:

"No tocarás el cuerpo del otro y el tuyo propio, ni para seducirles (excitación por el placer) ni para destruirlos (excitación por el sufrimiento)".

Esta doble prohibición que, según Didier ANZIEU, funciona como precursora fundamental de la prohibición edípica posterior, dirigida siempre, según él, tanto a quien la enuncia como al que la escucha, afectaría en el caso de Loczy tanto a las cuidadoras como a los bebés.

Mientras que la excitación y la agresión se sitúan dentro de los márgenes del placer y del sufrimiento, el apaciguamiento, en cuanto tal, no puede darse más que dentro de una distancia justa y supone el reconocimiento, implícito al menos, de la imbricación de las pulsiones de vida y de las pulsiones de muerte, en el seno de una ambivalencia bien atemperada, precediendo y condicionando evidentemente la de las cuidadoras a la de los bebés en un segundo tiempo.

¿QUÉ ES LO QUE DA FUERZA A LOS BEBÉS PARA EL FUTURO?

¿Existe algún tipo de «vacunación» para los momentos difíciles, es decir, una especie de "mitridatización" susceptible de contribuir al logro de una seguridad interna?

Evidentemente no, y si así fuese, sería la negación misma del interés de la propia existencia de una institución como el instituto Pikler-Loczy, ya que las catástrofes existenciales vividas por los niños acogidos en Loczy bastarían por sí solas para asegurarles un futuro sereno...

Incluso el tema de la resiliencia tiene que ver claramente con otro registro.

Y sin embargo, si de algo dependen las fuerzas de los bebés para el futuro es de la adquisición por su parte de una seguridad interna suficiente, y tenemos claro que los bebés acogidos en Loczy salen de allí con las suficientes armas como para poder afrontar la continuidad de su existencia y las pruebas posteriores de su vida.

En el origen de esta seguridad interna podemos aludir evidentemente al tema del apego, pero no es suficiente a mi entender: es importante tener en cuenta la maleabilidad de la institución (Marion MILNER), sus capacidades de narratividad (Paul RICOEUR) – a través de la redacción de un diario de cada bebé y de su re-lectura periódica en compañía de un tercero – así como de la integración suficientemente buena de la bisexualidad psíquica de las cuidadoras de la institución.

La interiorización progresiva por parte de los niños de estas diferentes funciones de la institución explica probablemente la instauración de su seguridad interna, pero no hay interiorización posible sin un clima de placer compartido que, a mi entender, es absolutamente decisivo.

Y PARA CONCLUIR…

En materia de prevención, los trabajos del Instituto Pikler-Loczy se nos antojan, en la actualidad, absolutamente ejemplares.

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

Recordemos simplemente que los niños acogidos en Loczy se muestran, con el paso del tiempo, menos abandonantes que la población en general, cuando en realidad corrían muchos más riesgos para serlo más, lo que demuestra, sin ninguna duda, su capacidad para cambiar de una forma absolutamente clara los destinos de quienes podían haber estado marcados por la repetición y la fatalidad.

Recordemos asimismo que de los tres mil niños atendidos en Loczy desde 1946, solo se han podido observar tres casos de hiperactividad, lo que habla en favor tanto de la poca frecuencia efectiva de este síntoma como de la auténtica prevención organizada en Loczy para niños que acumulan, sin embargo, todos los factores de riesgo (carencia inicial, fallos en el holding primordial, bajo peso en el nacimiento, malnutrición….)

Lo que ocurre en Loczy es un ejemplo de profesionalización de los cuidados, y la dialéctica incansable que allí se produce entre la observación y la teorización nos suscita verdaderamente una gran admiración.

Lo señala con mucho acierto Myriam DAVID, la observación de los niños es el equivalente a la escucha de los adultos, y la modelización viene después.

No olvidemos que en griego antiguo, observar se decía «theorein», y que, en consecuencia, solo hay teoría viva si la clínica viene en primer lugar.

A mi entender, todo el mérito de Loczy radica en ayudarnos a mantener este norte.

Sin embargo, y a pesar de todo, los bebés no pueden ni deben erigirse en nuestra única y última utopía.

Sería una carga excesiva para ellos.

El mundo no es exclusivamente de color rosa, ni tampoco negro

Tenemos que hablarles de un mundo que les provoque ganas de crecer, pero depositar en los bebés nuestra única esperanza representa finalmente una especie de agresividad contra ellos que vendría a materializar de forma brutal nuestra ambivalencia hacia la infancia, de la que ya he tenido ocasión de hablar.

Los bebés tienen este inmenso poder de ser capaces de volvernos buenos o malos dependiendo del caso.

Tenemos que respetar de forma absoluta a los bebés, ayudarles a convertirse en co-actores de su propio desarrollo, aunque solo sea por respeto a nosotros mismos y por respeto al bebé que permanece escondido en el fondo de cada uno de nosotros.

Esta es, a mi entender, la enorme lección de ética que Loczy nos ofrece hoy en día.

BIBLIOGRAFÍA

Anzieu, D. (1984). Le double interdit du toucher. *Nouvelle Revue de Psychanalyse, 29*, 173-187.

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.

David, M. & Appell, G. (2010). *Lóczy, una insólita atención personal*. Madrid : Octaedro.

Freud, A. (1965). *Le normal et le pathologique*. Paris: Gallimard, Coll.

Golse, B. (2002). *En Raconter avec Jacques Hochmann* (ouvrage collectif) (pp. 133-142). Paris : Les éditions GREUPP, Coll.

Haag, G. (1993). Hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations. En *Les contenants de pensée* (ouvrage collectif) (pp. 41-59). Paris : Dunod, Coll.

Jardin, A. (2004). *Les coloriés*. Paris: Gallimard, Coll.

Jeannerod, M. (1983). *Le cerveau machine*. Paris: Fayard.

Jeannerod, M. (1993). Intention, représentation, action. *Revue Internationale de Psychopathologie, 10*, 167-191.

Milner, M. (1976). *L'inconscient et la peinture*. Paris: P.U.F., Coll. "Le fil rouge".

Milner, M. (1990). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole - Les concepts psychanalytiques sur les deux fonctions du symbole. *Journal de la psychanalyse de l'enfant, 8*, 244-278.

Ricoeur, P. (1991). *Temps et récit* (3 tomes). Paris: Editions Le Seuil.

Schneider, M. (1988). *Glenn Gould, Piano solo*. Paris : Gallimard, Coll. « Folio ».

Widlocher, D. (1999). Affect et empathie. *Rev. Franç. Psychanal*., 63(1), 173-186.

Winnicott, D.W. (1958). La capacité d'être seul. En D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 205-213). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

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

IMPLICACIONES DEL ENFOQUE TERAPÉUTICO GRUPAL EN UNA CONSULTA PÚBLICA*

IMPLICATIONS OF GROUP THERAPEUTIC APPROACH ON A PUBLIC CONSULTATION

Elena Pérez Crim**

RESUMEN

En este trabajo se justifican las ventajas del trabajo grupal con latentes en una consulta pública. Tras la revisión teórica se describe la experiencia de un grupo de latentes y se realiza una reflexión sobre la misma conectándola con propuestas de distintos autores.

Palabras clave: Latencia, grupo, institución.

ABSTRACT

In this paper the advantages of working with groups of children in latency in a public consultation is justified. After the theoretical review, the experience of a group is described and a reflection on the same is done, connecting it with proposals of different authors.

Keywords: latency, group, institution.

INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

Con un grupo de colegas de una de las consultas de sector del Office médico pedagogique de Ginebra y particularmente con Phillipe Dufresne et Piera Bernasconi (psicólogos), que practican el psicodrama de grupo desde hace muchos años, quisimos examinar la pertinencia de las indicaciones de psicoterapia de grupo y de su eficacia, bajo la mirada de las motivaciones manifiestas y latentes que las determinan, a través del análisis de la dinámica relacional en una consulta pública en la cual, las indicaciones de grupo se han triplicado en estos últimos años. Múltiples razones de esta constatación pueden ser identificadas, otras poseen determinantes más inconscientes.

Esta evolución resulta sin duda de una mejor comprensión de los mecanismos en acción en la intersubjetividad y de una larga y profunda experiencia del marco y de los procesos grupales.

La introducción en la formación de base de los psicoterapeutas a las terapias de grupo en el seno de las instituciones de pedo-psiquiatría contribuye probablemente a esta renovación de la práctica terapéutica.

El contexto institucional, la relación entre los terapeutas, la dinámica propia de cada equipo, como la formación y orientación teórica pueden constituir una tercera fuente del auge de las terapias de grupo.

Además, la clínica viene a confirmar el interés de los dispositivos grupales en el niño y adolescente.

La población consultante en el seno de esta consulta está compuesta mayoritariamente por niños y adolescentes

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

** Médico Adjunto del Servicio Médico Pedagógico de Ginebra y miembro de la Sociedad Suiza de Psicoanálisis.
E-mail: elena.perez-crim@etat.ge.ch.

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

que sufren trastornos importantes del pensamiento, retrasos en la adquisición del lenguaje y de los aprendizajes, con frecuencia acompañados de trastornos del comportamiento. Estas psicopatologías ponen en evidencia la insuficiencia de **la latencia** de los deseos edípicos, sea por falta de elaboración y de transformación suficiente de estos deseos, sea por la prevalencia de conflictos narcisistas que afectan a veces la relación con la realidad. Estos cuadros nosológicos pueden acompañarse de movimientos regresivos considerables frente a la amenaza de desintegración psíquica. A nuestro parecer los dispositivos grupales constituyen buenas indicaciones para este tipo de trastornos que afectan la identidad y las capacidades de simbolización.

También es necesario tomar en consideración otra dimensión más extra-psíquica, que se refiere a la **anamnesis familiar o al contexto psíquico, sociocultural y económico** de las familias de los jóvenes pacientes. Una parte importante de estos, sobre-representada en la consulta pública de pedo-psiquiatría, procede de un entorno familiar fragilizado y más o menos traumático; familias en situaciones precarias, que, por necesidad, ejercen varias actividades profesionales y de hecho están poco disponibles para sus hijos; familias desestructuradas en las cuales los padres, separados o no, viven conflictos complejos o sufren de patologías psíquicas o físicas graves. Para los niños que evolucionan en este tipo de familias, los riesgos de discontinuidad y de ruptura en los tratamientos son muy grandes y particularmente nefastos para el proceso terapéutico. La orientación hacia el sector privado en vistas de una psicoterapia individual es con frecuencia poco viable.

Que sea por razones de diagnóstico o de las condiciones del entorno, los niños y adolescentes que provienen de estos grupos familiares se benefician, en nuestra experiencia, de manera substancial de un dispositivo grupal. Además muchos de estos niños y adolescentes benefician de un doble o triple tratamiento (medicación, logopedia u otros), lo cual complica la posibilidad de terapias intensivas.

Observamos que para los pacientes que presentan patologías severas y difíciles de atender, se eligen preferentemente los tratamientos de grupo. Examinaremos esta cuestión y trataremos de comprender su significado. Queremos poner en evidencia **diferentes factores esenciales** que hay que tomar en cuenta en la indicación de una terapia de grupo. Estos factores pueden, a nuestro parecer, interferir en el proceso de decisión del clínico en detrimento del mantenimiento de una cierta calidad de los cuidados terapéuticos.

Podemos ya esbozar la hipótesis de que, el hecho de no poder ofrecer el tratamiento idealizado o adecuado, por falta de un contexto favorable o de lugar para el tratamiento, puede suscitar en los terapeutas sentimientos de desánimo y ciertas actitudes contrarias.

Confrontados a las dificultades de organización o clínicas complejas que evocan sentimientos de impotencia, los equipos pueden mantener en su dinámica grupal una forma de "ilusión institucional" capaz de disminuir los movimientos depresivos que pueden ampararse de los terapeutas. Un equipo no está al abrigo de la emergencia de perturbaciones emocionales y de conflictos. Cuando la ansiedad es difícil de contener, pueden surgir diversos fenómenos de grupo tales como la "emergencia de un chivo expiatorio", "la tendencia a formar subgrupos" o a "evacuar la ansiedad al exterior", siguiendo el modelo de las hipótesis de base descritas por Bion[1]. Desde este punto de vista, estos fenómenos de grupo pueden conducir a una cierta regresión del grupo de trabajo que puede alterar la reflexión clínica y los procesos de decisión terapéuticos.

También observamos que la creación de grupos terapéuticos, con la constitución de dúos de co-terapeutas y de intercambios entre terapeutas de grupo, refuerza una dinámica institucional particular que presenta algunas ventajas y también inconvenientes que queremos señalar. Los intercambios sobre los pacientes entre los co-terapeutas y también con los otros terapeutas concernidos por el mismo paciente favorecen la emergencia de una "cultura de grupo". En este sentido la dinámica grupal así desarrollada apoya la capacidad reflexiva y la creatividad de los terapeutas.

Según nuestra experiencia, este movimiento se desarrolla en los diferentes campos terapéuticos de un equipo pluridisciplinario, comprendiendo también los tratamientos individuales. Puede favorecer la emergencia de una forma de contenedor institucional con virtudes antidepresivas no despreciables que vale la pena tener en

[1] Bion W, "Recherches sur les petits groups, PUF, 3ème edition, 1987

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

cuenta. Nos parece necesario también velar por que esta dinámica institucional no nutra una forma de hipomanía colectiva perturbando el trabajo de elaboración de la contra-transferencia afectando a los procesos de decisión clínica, por ejemplo en la elección del tratamiento al término de la evaluación.

El interés terapéutico de los tratamientos de grupo y el placer de dirigirlos con otros colegas nos pueden llevar a sobreestimar su potencial o a subestimar el de las terapias individuales. Por otra parte, confrontados con frecuencia a pacientes cuyo tratamiento es muy complejo, ya sea por su psicopatología misma o porque las condiciones materiales de acceso al tratamiento no están reunidas, la indicación de un tratamiento de grupo puede ofrecer cierta facilidad, en detrimento de la implicación singular y necesaria del terapeuta por su paciente.

No me detendré en el aporte específico de las técnicas grupales que ya se han abordado ampliamente a lo largo de estos dos días.

CLÍNICA

Siguiendo el recorrido institucional y la evolución de dos jóvenes preadolescentes, Lucia y Mario, integrados en un grupo de psicodrama que se desarrolló durante varios años en una de las consultas públicas del Office médico-pédagogique de Ginebra, vamos a examinar la pertinencia de las indicaciones de grupo, las ventajas clínicas de este enfoque y las resonancias institucionales.

Antes de seguir nuestra elaboración con un ejemplo clínico, vamos a describir el marco en que se desarrolla el grupo. Se trata de un grupo de psicodrama semiabierto, mixto, que acoge a pacientes entre 11 y 13 años con una frecuencia de una vez por semana. Los participantes están invitados a contar una historia fruto de su imaginación, un sueño, una ficción leída o vista. Luego se invita al narrador a escenificar la historia que ha relatado, distribuyendo un rol a cada participante (incluidos los animadores) y situar en el espacio de juego los diferentes sitios importantes de la narrativa.

Las reglas se enuncian al principio del tratamiento y se repiten cada vez que se acoge a un nuevo paciente o después de una interrupción prolongada como las vacaciones.

1. todo relato es interesante y puede ser contado.
2. todo es simulado, lo que implica no tocarse ni utilizar objetos.
3. todo lo que pasa en el grupo queda en el grupo (regla de confidencialidad).
4. fuera del tiempo del grupo, si los participantes, jóvenes o terapeutas, tienen alguna interacción debe de ser transmitida al grupo (regla de restitución).

Además, las escenas donde se juega y se elabora son claramente delimitadas: una escena vacía para el juego y un círculo de sillas para la elaboración. Es decir, no se discute sobre la historia en el espacio de juego y no se juega cuando los participantes y animadores se han instalado en el espacio de elaboración.

Evidentemente la inteligibilidad y la obligación de estas reglas forman parte integrante del trabajo de simbolización y las transgresiones serán frecuentes. Los animadores son responsables de la contención del grupo, por una parte, decidiendo de la inclusión o no de un nuevo participante, y por otra parte manteniendo bajo control las secuencias de juego y de elaboración en el interior de la escena.

Los dos pacientes elegidos presentan un funcionamiento psíquico muy diferente, sobre todo desde el punto de vista de las capacidades de simbolización. Nos proponemos examinar las indicaciones que han motivado la integración de estos pacientes en el grupo y lo que justificó la elección en relación con otras indicaciones posibles. Luego describiremos el proceso terapéutico que se pudo iniciar y cómo cada uno de estos preadolescentes ha podido beneficiarse de este enfoque terapéutico. También intentaremos reflexionar sobre cómo se operan las indicaciones en una dinámica institucional particular.

Lucia: El padre llama a la consulta de sector en 2007 siguiendo el consejo de la escuela porque Lucia está en fracaso escolar y tendrá que integrar la enseñanza especializada. En un principio, se inició un seguimiento logopédico una vez por semana, por un grave retraso de lenguaje (no hablaba casi nada a los 4 años). Paralelamente, se indicó una psicoterapia que empezará un mes más tarde.

Su anamnesis revela elementos potencialmente traumáticos y múltiples factores de riesgo en el plano psicopatológico. Su madre muere por causa de una malformación cardíaca en 2003, Lucia tiene 6 años. Como su padre presenta importantes problemas psiquiátricos, Lucia y su hermana viven, desde la muerte de su madre, con una tía paterna y a veces con el padre.

Lucia tiene más de 12 años cuando consulta de nuevo enviada por su terapeuta que la sigue en privado una vez por semana desde hace un año y medio. El tratamiento individual de Lucia está estancado a causa

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

de una transferencia descrita como muy fuerte con la consiguiente resistencia a seguir el tratamiento. Lucia se pelea con su terapeuta, dice sonriendo, sin poder pensar su agresividad más bien negándola.

Los conflictos con sus compañeros en la escuela han aumentado y se encuentra implicada en diversos robos que comete para complacer a sus amigas y hacerse aceptar por ellas. Tiene una imagen muy desvalorizada de ella misma y presenta importantes dificultades de separación con fuertes angustias de abandono. Este funcionamiento frena una elaboración del proceso de autonomización y de individuación. Además, a Lucia le es muy difícil interesarse por los aprendizajes, dificultades que se arraigan en problemas de comunicación y de lenguaje.

Físicamente representa su edad pero llama la atención por la discordancia entre su apariencia y la inmadurez afectiva y cognitiva. Se expresa de una manera particular, tropieza con algunas palabras y se para súbitamente como distraída por un pensamiento o una emoción parásita. Además puede perderse en relatos incoherentes y confusos. Se rasca continuamente el brazo y muestra una dificultad a controlar sus pulsiones agresivas, se muestra proyectiva y perseguida. El test de realidad es frágil. Evoca ella misma numerosos conflictos con sus compañeros (su hermana y un compañero).

La indicación de psicodrama en grupo no es evidente. Una intensificación del tratamiento en curso podría pensarse también. La idea de un psicodrama nos pareció apropiada con el fin de trabajar las dificultades relacionales con sus compañeros de manera más mediatizada que cara a cara. Nos pareció necesario proponer una triangulación de la relación con su terapeuta que era muy intensa. Se trataba en cierta forma de un reto, pues Lucia no corresponde al perfil de una indicación de grupo. Presenta características de un funcionamiento psicótico (defensas de tipo maniaco, negación, escisión, identificación proyectiva y fragilidad del test de realidad). Sin embargo, dada la composición del grupo y el funcionamiento fluido, le propusimos una integración para algunas sesiones, a modo de prueba, con el fin de evaluar desde su punto de vista y el nuestro la pertinencia de tal indicación.

Lucia acepta la proposición de psicodrama y comenzara diciendo que "es para trabajar su relación con su hermana y sus compañeros de clase"

Mario. Cuando Mario tenía 7 años los padres ya habían consultado por dificultades de aprendizaje, angustias de separación y un miedo mórbido a equivocarse. Tenía muchos miedos que tomaban a veces la forma de fobias compulsivas (miedo de la obscuridad, del WC, a la bodega, de personas con características vestimentarias particulares). En el momento de la primera evaluación se observa que Mario no tolera ninguna frustración, su madre se sentía con frecuencia desbordada por los comportamientos de su hijo. Su padre lograba mejor mantener cierta autoridad y tener un papel más tranquilizador. En ese momento recibió un seguimiento por trastornos ansiosos tenaces un poco histerizados bajo la forma de consultas terapéuticas, después una psicoterapia una vez por semana durante más o menos 2 años que se terminó con una mejoría sintomática pero sin cambios estructurales.

Los padres describen los primeros años de Mario como idílicos y señalan que creció sin problemas particulares. Mario tenía dos años cuando una hermanita vino a perturbar ese idilio inicial. Este nacimiento provoca en el pequeño Mario una reacción de rechazo extremadamente fuerte, seguido de una importante regresión y sufre desde entonces de una enuresis secundaria.

Sus padres están separados desde hace varios años pero cooperan suficientemente bien en lo que respecta a las opciones educativas y en el ejercicio de la parentalidad. (En casa de su padre los síntomas de Mario se atenúan y donde su madre invaden todo el espacio familiar).

Cuando consulta de nuevo a los 11 años, Mario no puede quedarse solo en casa incluso con la presencia de su hermana dos años menor que él, sin telefonear 10 veces a su madre, imaginando los destinos más funestos y sintiéndose condenado a la soledad y al abandono. Sin embargo, no le cuesta ir a la escuela solo, ni a casa de un amigo. Tiene poca confianza en él y esto se refleja en los aprendizajes sin que su trayectoria escolar sea caótica. Ha repetido un año y sus resultados actuales son regulares.

Tiene también dificultades para quedarse dormido, hasta hace poco dormía de vez en cuando en la cama con su madre.

Mario que es un chico guapo de talla mediana parece a veces como torturado, se muerde los labios y se retrae sobre sí mismo particularmente cuando evoca lo que le angustia.

Mario llama la atención por su actitud de sumisión y su aparente deseo de hacer todo bien en cualquier circunstancia. Sus dificultades le molestan enormemente, pero no las esconde delante del grupo y da una descripción sorprendente de sus síntomas y de su motivación para participar en el grupo, que como veremos en el próximo capítulo, nos sorprenderá por su fineza.

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

¿Por qué una indicación de grupo? Mario presenta importantes angustias de separación, acrecentados y ligadas a la preadolescencia. Estos trastornos traban el desarrollo de su socialización y su funcionamiento psíquico sobre todo en el plano cognitivo.

En la consulta Mario describe estos síntomas de manera a veces ilustrada pero se resiste a entrar en un movimiento reflexivo sobre su conflictualidad psíquica. Es también sorprendente, su dificultad y su manera de evitar la evocación de sus fantasías, sueños o proyectarse en otro contexto de manera metafórica. En fin, no niega ciertos conflictos o ciertos contextos en los que la agresividad está presente, pero su agresividad es frecuentemente negada y suscita una culpabilidad que inhibe todo esfuerzo de mentalización.

También sabemos por la colega que siguió a este niño anteriormente que la madre soportaba mal la proximidad de su hijo con la terapeuta. Teniendo en cuenta todos estos diferentes elementos, nos pareció que una terapia de grupo sería más indicada para Mario y mejor aceptada por la madre.

Vamos a contar algunas sesiones para ilustrar la imbricación de las modalidades de simbolización de Lucia y de Mario en relación con los otros participantes y terapeutas durante la sesión y las interacciones entre los diferentes modos de representación. Como veremos, las particularidades técnicas del psicodrama, que intervienen a nivel del lenguaje y corporal, ponen en movimiento los procesos de conexión en los diferentes niveles (primario, secundario y terciario) de manera imbricada. Además el psicodrama favorece la producción fantasmática que se va a expresar diferentemente según los participantes y según sus distintos grados de simbolización.

PRIMERAS SESIONES

En la primera sesión en la cual participan Sofía, Santiago y Mario (Lucia todavía no participa), Mario expresa con mucha ingenuidad, para un preadolescente, sus dificultades de separación, las dificultades que éstas suscitan y los sentimientos de culpabilidad que acompañan sus deseos de emancipación así como sus movimientos agresivos.

La historia es la siguiente:

Un niño con dificultades escolares en la escuela se vuelve rápidamente un buen alumno después de haber discutido con sus padres que le han animado a trabajar mejor y a pensar en su futuro.

Mario juega el personaje principal, un niño en busca del amor de sus padres. Un personaje que nunca está solo, siempre está rodeado, asistido. El escenario como la **puesta en escena** expresan la ansiedad de Mario, su falta de confianza y su desconfianza frente al grupo. Sus dificultades de autonomía y de capacidad para estar solo, movilizan los movimientos agresivos sobre el grupo y su proyección. Mario parece proponer una puesta en escena de la demanda de atención (tengo miedo de estar solo) y una representación de la finalidad del tratamiento fundado en la redención (el niño da gusto a sus padres y todo volverá a su cauce) y de sus esperanzas de que el grupo resuelva sus problemas.

Pero es en las sesiones siguientes que este primer relato será más accesible. En la segunda sesión en un escenario elaborado entre **Santiago** y **Mario**, asumido sobre todo por Santiago, es cuestión de niños que se despiertan a causa de unos ruidos inquietantes provocados por los adultos que preparan una fiesta para los alumnos que tendrá lugar al día siguiente. El escenario de Santiago y Mario pone en escena sus conflictos y sus resistencias delante de la representación de una escena primitiva organizadora diferenciando los adultos y los niños preservando un sentimiento de seguridad. La relación de co-apoyo de Santiago y Mario figura una forma de alternativa ansiolítica a sus dificultades de separación (a dos nos podemos sentir más fuertes y menos culpables). Mario retoma después el personaje del niño que decepciona a los padres y que es destituido. Pero la amistad con los compañeros, el co-apoyo, es un medio de restaurar el vínculo entre hijos y padres. La transferencia lateral favorece, con el juego de identificaciones, la proyección sobre el grupo de la parte mala y culpabilizadora de sí mismo que causa la decepción y la separación, pero también de identificarse a otros participantes, adultos y preadolescentes.

Lucia entra en escena

En el momento de las presentaciones, Lucia nos anuncia que ella viene al grupo porque tiene dificultades relacionales con sus camaradas de la escuela y con su hermana. **Leonardo**, un joven brillante escolarmente, narcisista y con frecuencia impertinente, cuenta su historia:

Se trata de una tienda de juguetes, a cargo de una vendedora mala que tasa las entradas y salidas de la tienda a los niños que vienen a visitar sin comprar nada. Los jóvenes deciden echarla introduciéndose en la tienda y encendiendo las máquinas y los robots para hacer creer que la tienda está encantada. Después de cinco noches, la vendedora asustada sale de la tienda y la abandona.

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

Los jóvenes proponen la tienda a una persona conocida, que acepta.

Leonardo elige a Lucia para el papel de vendedora de la tienda, el papel de la madre mala, controladora y frustrante. Lucia parece tan perpleja a la idea de jugar ese rol que la terapeuta propone tomar el rol en su lugar. Lucia será una clienta pero sigue tan perdida en el transcurso del juego. Le cuesta mucho dejarse llevar al mundo imaginario y se queda inmóvil. Los terapeutas tienen que apoyarla constantemente para que alimente su juego, muy pobre y poco simbólico, como pegado a la realidad. En otro momento del juego, Lucia aceptará representar a la vendedora mala, apoyada por la terapeuta, pero transforma el rol y juega una vendedora buena, es decir, una madre generosa.

En el transcurso de las sesiones, Lucia se deja llevar un poco por la dinámica del juego de manera pasiva. Ella se integra mínimamente en el grupo pero parece tener cada vez más placer en participar. El grupo percibiendo su fragilidad no la rechaza e incluso le ofrece protección. Los apoyos técnicos de los terapeutas en el juego favorecen su inmersión y sus esfuerzos de participación. El grupo adquiere cierta contención sobre todo de los movimientos agresivos y devuelve una imagen gratificante para cada uno. Gracias a estos apoyos, Lucia logra poco a poco jugar y entrar en los escenarios propuestos por los otros jóvenes.

En la cuarta sesión, Lucia aporta al grupo su propia historia.(que presenta poca distancia con la realidad). Lucia cuenta un acontecimiento que ha pasado en la realidad entre ella y su hermana. Nosotros le ayudamos a organizar su discurso y proponemos de transformar su historia en la de dos hermanas imaginarias. Lucia lo hace difícilmente y nos libra la historia siguiente.

Dos hermanas se pelean por la mañana. A la mayor le cuesta levantarse y la pequeña la zarandea. Pero más tarde cuando la pequeña se queda pegada delante de la televisión, la mayor se levanta y va a la escuela sola.

Leonardo destaca el carácter un poco paradójico de esta historia que nos recuerda la fabula de la liebre y la tortuga. Una manera de proyectar, de poner en escena, su sentimiento de ser una retrasada y su necesidad de valoración. La confusión entre el deseo de la una y de la otra hermana no parece llamar la atención de Lucia, aunque Leonardo lo haya explicitado muy precisamente. No es muy consciente de la tensión expresada por la hermana mayor que no quiere crecer aunque se está volviendo más autónoma.

Algunas sesiones más tarde, después del anuncio de la llegada de otra chica, el grupo hace una asociación con respecto a las dos hermanas. Lucia apoyándose en las capacidades asociativas de los otros va a poder hablar de ella y diferenciarse de su hermana, más que en la historia anterior. Lucia nos dice entonces que en la realidad a su hermana le gritan más que le lleva la contra a su tío y su tía. La llegada de una nueva participante confronta el grupo a la llegada de una pequeña hermana con los fantasmas que se asocian. Para Lucia, el anuncio constituye una amenaza y toma sus deseos por realidades. Los terapeutas y los participantes prefieren la mayor a la pequeña, la de antes a la nueva. Los tres chicos por su lado se muestran más bien curiosos e impacientes de conocerla.

En la sesión siguiente **Camilla** integra el grupo. En el momento de las presentaciones, ella evoca sus dificultades de relación con sus compañeros particularmente con otra chica de la clase. Lucia declara en un movimiento de identificación mimética que ella tiene las mismas dificultades, calmando así su ansiedad. Se trata de una chica un poco más joven que el promedio del grupo, con buenas competencias sobre el plano cognitivo, pero también con grandes tendencias regresivas. Tiene una relación imaginaria con diferentes figuras animales y humanas en los que ella cree.

Los escenarios de las sesiones siguientes permiten abordar la rivalidad fraterna y sexual antes de abrirse a la destructividad en otro escenario que narra una escena primitiva un poco orgíaca

Mario nos relata esta historia.

Un niño abre la puerta de una máquina de lavar en funcionamiento para sacar un objeto (una goma) que había dejado en un pantalón. Esta apertura provoca una inundación que amenaza los pisos superiores? El niño corre al segundo piso para refugiarse en su cuarto consciente de la tontería que había hecho. Las dos hermanas descubren la inundación y le avisan a la madre que llama a los fontaneros. Estos se sumergen en el sótano (Mario dice "acné" en vez de "apné") para cerrar la puerta de la máquina y después hacer un agujero en el sótano para dejar correr el agua.

En el juego, **Mario** y **Leonardo** juegan los fontaneros, l**as chicas** son las hermanas, **la terapeuta** juega la madre y **el terapeuta** su hijo. Este juego retoma la gran culpabilidad de Mario y de todos en general, ante la

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

amenaza que pesa sobre el grupo percibido aquí como representante familiar. El grupo como cuerpo materno es atacado y amenazado de destrucción sobre todo después de la llegada de la última chica que se sitúa bastante bien como hermana pequeña, cercana e interesada por los chicos, sin entrar en rivalidad directa con la terapeuta ni con Lucia. Los aspectos más incestuosos subyacentes no son retomados pero serán figurados en otro juego posterior. Los chicos son cada vez más actores activos y no temen cierta expresividad. Leonardo, un poco fanfarrón, favorece este movimiento. Lucia se mantiene evidentemente muy a distancia pero fascinada por el juego. A veces se sitúa como espectadora en particular cuando los actos agresivos y destructores son representados.

La sesión continúa con una historia de Leonardo

Dos niñas bebés llaman involuntariamente a los bomberos (144) que creen que hay una fuga de gas al malinterpretar las onomatopeyas de los bebés (agaga…. gaz). La madre de las niñas está muy sorprendida al ver llegar los socorros que ella no ha llamado mientras que los hermanos mayores están divididos por esta llegada de los súper héroes. Uno está muy asustado mientras que el otro pide autógrafos.

En el juego **Leonardo** hace de bombero, el súper héroe, "yo juego a todo" añade Leonardo. **Mario** tiene que jugar el fanfarrón y **el terapeuta**, su hermano, el chico asustado. **La terapeuta** va a jugar la madre mientras que **las chicas** juegan los bebés. El juego es propicio a una gran regresión en la que Lucia se mete en representaciones anales de bebé que se tira pedos y hace caca por todas partes. Pero un tema emerge de ese ruido que se acerca al escenario de Leonardo, la seducción de la madre por el súper héroe. Mientras que la terapeuta muestra cuanto aprecia la presencia del bombero que viene a llenar su soledad, el terapeuta juega un niño asustado por la presencia de un tercero amenazador.

Algunas semanas más tarde, *Mario* va a proponer una metáfora de la salvación del grupo

Unos marineros se encuentran en plena tempestad y no logran bajar las velas. No pueden evitar los arrecifes y el barco naufraga. Solo tres personas logran escapar. Después de algunos meses pasados en una playa de la isla, deciden tímidamente aventurarse y terminan por descubrir un pueblo de gente civilizada. Después de haberlo observado a distancia, entran en el pueblo con cierta inquietud. Quedan muy sorprendidos por el amable recibimiento que les brinda un habitante y que los conduce al rey. Este ordena que les den ropa nueva y les sirvan comida. Los marineros se sienten evidentemente aliviados pero deben desengañarse cuando se enteran que deberán quedarse en la isla, porque no hay conexiones con el continente.

La historia de Mario anticipa una larga serie de otras historias construidas sobre un modo onírico, más propicio a las asociaciones El mismo relato es retomado la semana siguiente por **Camila** que propone otra distribución de papeles. En el curso de las sesiones, la isla-grupo imaginaria se puebla de nuevo lejos de la isla-familia real. Esta perspectiva tranquiliza y a la vez inquieta a los participantes mientras surge su propio futuro adolescente.

DISCUSIÓN

La regresión grupal ejerce sobre sus miembros una cierta inflexión hacia el mundo imaginario con frecuencia inhibido, hacia los fantasmas reprimidos que son fuentes de culpabilidad y ansiedad reprimidos. Un primer trabajo de simbolización es iniciado por la situación grupal y por las reglas del juego. Se trata en un primer tiempo de definir una doble identidad para sí y para el grupo. Dicho de otra manera, a la primera diferenciación yo/otro, se añade una diferenciación yo en el grupo/ yo fuera del grupo, que como toda diferenciación no va sin pérdida.

Freud (1914) escribe que el individuo lleva una doble existencia "*siendo él mismo su propio fin y como eslabón de una cadena a la que está sujeto más o menos contra su voluntad*". Lo que suscita diferentes sentimientos y movimientos de proyección y de introyección entre ellos el de estar alienado al objeto individual o grupal pero también de estar contenido y de sentirse dentro del grupo un poco como en su casa. El marco, limita un espacio donde estos movimientos pueden desarrollarse y estas fluctuaciones del Yo extenderse.

El enfoque terapéutico grupal por la regresión que induce sobre todo en un primer momento favorece la posibilidad de retomar vivencias emocionales arcaicas, ofreciéndoles un espacio de representación. En este sentido, el dispositivo grupal ejerce una función transicional esencial sobre el funcionamiento psíquico de cada participante.

Es interesante constatar que el trabajo terapéutico grupal opera en diferentes niveles que se encastran y enriquecen entre ellos a medida que pasan las sesiones.

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

Un primer nivel prefigura el trabajo de simbolización instaurando un espacio de *ensoñación común (reverie)*. Este nivel sirve de soporte a un **segundo** en el que la actividad fantasmática puede desarrollarse en sus diferentes formas de simbolización.

Frecuentemente, el juego o el psicodrama permiten sentir de alguna manera la percepción física de la representación, el sentimiento de estar en un nuevo mundo, de ver de otra manera, desde otro punto de vista. Pero para acaecer como una representación, la figuración debe estar retomada por otras más complejas o contradictorias emanando de otros miembros del grupo.

El dispositivo psico-dramático en particular, permite dar un apoyo al funcionamiento psíquico del individuo sobre el de los otros participantes y de los terapeutas en un espacio de juego y de palabra. El apoyo del grupo se distingue del apoyo en la psicoterapia individual por las modalidades y la movilización transfero contra-transferencial diferentes que se expresan en los escenarios, la escenificación, el juego y la implicación corporal con los otros participantes. Ciertas técnicas como el **cambio de papeles**, **el juego en doble** (que consiste en doblar un personaje con el fin de apoyar a un paciente desprovisto de la capacidad de jugar, a hacer como-si, imitando otro personaje de sexo o de generación diferente. Un adulto o más raramente otro joven toma ese papel) o **la vocecita** (que consiste en jugar una vocecita que expresa los pensamientos secretos de un personaje. Es generalmente un terapeuta quien se autoriza ese papel habiendo prevenido al grupo de su intervención particular) contribuyen en aumentar las capacidades de figuración y de simbolización. Lucia tan frecuentemente desarmada para jugar un papel, incluso cuando se lo atribuía ella misma, recurre a la imitación de otro participante. Ella se divierte contemplando sus relatos, sin jugar, viendo a los otros jugar, ser otros, durante el tiempo de juego y luego ser ellos mismos.

Lucia continua viendo su terapeuta una vez por semana y le gusta contarle las travesuras que hace en el grupo. Ahora, tiene un mundo para compartir que integra su historia singular en la historia en transformación del grupo. Así se hace portavoz del grupo y su terapeuta es como si fuera su público. La indicación de grupo no se opone a la de una indicación de psicoterapia individual. Las dos pueden completarse en un acercamiento bifocal. Así Lucia ha pasado de un funcionamiento cercano a una ecuación simbólica, en el que juego y realidad podían confundirse, a una distinción entre mundo interno y externo inscritos en un relato.

Mario progresivamente pudo escenificar sus angustias de separación y también sus proyecciones agresivas y destructoras. Compartiéndolas en el grupo o haciéndolas representar a otros, pudo así crear un espacio transicional entre diversos niveles fantasmáticos, yendo desde lo arcaico hasta lo edípico. Así, este espacio ha favorecido un mejor vínculo entre los deseos de Mario de guardar a su madre para él soportando las mociones agresivas suscitadas por la rivalidad con su hermana pequeña. Además, el grupo ha permitido retomar ciertas angustias arcaicas en su problemática de castración, que habían quedado pendientes en el primer tratamiento individual.

Hemos mencionado la dimensión de repetición (retomar el mismo relato) o de funcionamiento circular vividos en el seno del grupo, tanto por los pacientes como por los terapeutas. Las sesiones son con frecuencia la ocasión de retomas, explícitas o no, de las historias o las escenas ya evocadas en el seno del grupo. Ciertos relatos tienen la misma trama (como muchos cuentos). Para R. Roussillon, la repetición no traduce solamente el fracaso de la simbolización. La compulsión de repetición puede tomar el significado de un movimiento que empuja a retomar el trabajo de simbolización y de apropiación de la parte de lo desconocido que lo constituye… El niño carente de simbolización buscaría intrínsecamente, a pesar de los fracasos y los traumatismos, la manera de avanzar.

LAS TERAPIAS GRUPALES Y LA INSTITUCIÓN

Como lo hemos dicho anteriormente, los tratamientos grupales están dirigidos sobre todo a pacientes que sufren trastornos severos y a los pacientes que crecen en entornos familiares difíciles. Hemos sugerido que ese tropismo podía tener en el terapeuta una función hipomana o defensiva. Los diferentes cuadros psicopatológicos dirigidos a las consultas públicas pueden a veces suscitar legítimamente en el terapeuta sentimientos depresivos pero también agresivos frente a la dificultad no sólo del trabajo laborioso de tratamientos individuales y de la fuerza de la compulsión de repetición, pero también frente a la discontinuidad o la falta de implicación o de movilización de los pacientes o de sus familias. La búsqueda de vínculo, de "pensamiento común" estimulando la implicación del terapeuta y un movimiento de removilización inter-psíquica que ofrece la co-terapia, con uno o varios terapeutas constituye una respuesta a priori positiva. Se trata para el terapeuta de reencontrar una forma de deseo y una creatividad indispensables al

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

arte del cuidado al paciente en los contextos difíciles y complejos.

Ser varios para pensar, compartir las impresiones y las reflexiones apoyándose en un material común, es como vivir una forma de intervisión in situ. La colaboración que puede establecerse entre los terapeutas de grupo participa en la creación de la cultura de grupo en los equipos terapéuticos. Esta cultura de grupo favorece la creatividad y acrecienta la capacidad de contener y sobrellevar estas situaciones difíciles y complejas. En este sentido, esta cultura grupal puede tener virtudes antidepresivas positivas y apoyar el vínculo de los pacientes con los terapeutas.

Esta dinámica conlleva, desde luego, sus riesgos. En efecto, el interés para los terapeutas de grupo puede relevar también de una reacción hipomana y/o de una propensión a sobreestimar su potencial terapéutico. En estos casos, el interés por el grupo puede poner en evidencia un bloqueo de la reflexión clínica y conducir en ciertos casos a hacer malas indicaciones encubiertas de buenas razones. Puede también reflejar una desconfianza excesiva hacia los movimientos transfero contra-transferenciales producidos en el seno de tratamientos individuales o substituirse al análisis de una contra-transferencia pretendidamente soluble en una contra-transferencia institucional. Por otra parte, en un sentimiento de sobrecarga, de tensión y de aislamiento del terapeuta, la inclusión en un grupo de un paciente puede ser entendida por razones que pierden su pertinencia terapéutica, porque en ciertos casos, es el único lugar disponible, la única indicación realizable o en otros casos, la perspectiva de un tratamiento individual de un paciente muy inhibido moviliza sentimientos depresivos o agresivos en los terapeutas. En el peor de los casos, el enfoque grupal podrá contornear la prioridad de la clínica y ser privilegiado para satisfacer ante todo las necesidades de los terapeutas, sobre todo sentirse menos solos, menos confrontados directamente a sentimientos de impotencia y al sentimiento de repetición o de rutina.

CONCLUSIÓN

El dispositivo psicodramático aporta una ayuda substancial a pacientes que presentan dificultades crónicas de simbolización y de integración pulsional, ligadas a trastornos del desarrollo, carencias afectivas y traumatismos así como de una conflictividad edípica demasiado intensa, dificultando la latencia dentro de contextos socioculturales y familiares complejos a menudo precarios.

Desde un punto de vista clínico, hemos observado el espesor del preconsciente de Lucia y una mejoría de las capacidades de simbolización en los dos pacientes, así como una mayor aptitud a integrarse tanto socialmente como escolarmente. Esto ha permitido la continuación del tratamiento individual de Lucia en un seguimiento bifocal. En lo que se refiere a Mario, éste parece haber podido tratar a través del funcionamiento grupal, sus angustias de separación, y desarrollar una mayor autonomía favoreciendo una entrada en la adolescencia más serena. También ha podido adquirir más espacio para pensar y continuar mejor su escolaridad utilizando sus capacidades cognitivas y su imaginación libremente. Por otra parte la familia ha podido aceptar este seguimiento y permitirle crecer.

Además, hemos querido demostrar que el grupo presenta un interés para la institución y los equipos de terapeutas, ejerciendo una función meta o de contención al interior mismo del equipo. Nos parece que permite compartir, pensar juntos, continuar implicándonos y seguir siendo creativos en situaciones complejas en las que el pensamiento del terapeuta es atacado o paralizado. En ese contexto profesional, los miembros de un equipo de cuidados tienen que enfrentar a veces sentimientos depresivos, de soledad, de abandono y de impotencia.

Frente a la dificultad de contener los movimientos psíquicos ambivalentes de los terapeutas, suscitados por la complejidad de la psicopatología y del contexto socio-familiar, el placer de pensar y actuar con los colegas, favoreciendo un nuevo interés y motivación en las situaciones difíciles, puede constituir una reacción creativa y positiva.

Claro que las reacciones defensivas, para preservar la supervivencia de la cohesión del grupo, pueden conllevar igualmente manifestaciones maníacas y de negación de conflictos internos institucionales, seguidas de una externalización proyectiva de tensiones y emociones excesivas que pueden desembocar en una fuerte agresividad contra la institución en general o contra algunos de sus miembros.

Sin embargo la transferencia negativa sobre la institución no es forzosamente regresiva o peligrosa. Puede incluso favorecer en los terapeutas confrontados a tratamientos difíciles y discontinuos, la búsqueda de un espacio inter-psíquico que estimula su creatividad a fin de luchar contra las mociones arcaicas de repliegue sobre sí mismo, de rechazo o de denegación. Se trata aquí de recrear un vínculo social y profesional donde hace falta restaurar transacciones institucionales cuando

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

la institución no juega plenamente su papel de vínculo protector y, en el caso que nos concierne, se trata de trabajar en concierto con otros colegas en coterapia grupal, familiar etc.

Este trabajo nos ha permitido profundizar la riqueza del enfoque terapéutico grupal que ya está bien documentado, tanto a nivel de las indicaciones clínicas como de la dinámica grupal. Pero nos ha permitido también explorar sus implicaciones y su interés en el manejo de la dinámica institucional de un equipo de consulta ambulatoria.

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

VÍNCULOS, IDENTIDAD Y DESARROLLO PSÍQUICO*

BONDS, IDENTITY AND PSYCHIC DEVELOPMENT

Mónica Avellón Calvo**

RESUMEN

Es a través de la necesaria relación con un otro como se estructura el psiquismo y se construye la identidad: desde la relación dual pasando por la aparición del tercero que da lugar al grupo primario o familia siendo después incluido el sujeto en sucesivos grupos en los que tiende a reproducir su posición en el grupo primero. Reflexionaré asimismo sobre las funciones de la terapia como relación con un otro haciendo un paralelismo con las "tareas maternas" propuestas por Winnicott y en particular sobre el trabajo en aquellos trastornos en los que la acción aparece como principal forma de vínculo.

Palabras clave: Vínculos, identidad, desarrollo psíquico, psicoterapia, hiperactividad.

ABSTRACT

It is through the necessary relation to others that the psyche is structured and identity is constructed: from the dual relationship through the emergence of the third that gives rise to the primary group or family then being included the subject in successive groups in which he/she tends to play the same position. I also reflect on the roles of therapy as a relationship with another drawing a parallel with the "maternal tasks" proposed by Winnicott and particularly on the work with those disorders in which the action appears as the main way to bond.

Keywords: bonds, identity, psychic development, psychotherapy, hyperactivity.

Este artículo trata sobre la importancia de los vínculos para la estructuración del psiquismo.

Se articula en tres partes:

1. En la primera, reflexionaré sobre la relación entre los vínculos y el desarrollo psíquico.
2. En la segunda, abordaré algunos aspectos de la construcción de la identidad dentro de la familia primero y a través de la inclusión en los grupos sociales después.
3. La tercera, estará dedicada a intentar determinar qué factores favorecen el desarrollo emocional y el cambio psíquico en la relación terapéutica.

En los tres apartados citados, haré una mención especial a aquellos trastornos en los que predomina la actuación (o la acción) como forma de vínculo.

VÍNCULOS Y DESARROLLO PSÍQUICO

El profesor Vicente Molina nos acaba de hablar de epigenética, que se podría definir como el conjunto de interacciones existentes entre el genoma de un determinado organismo y su entorno. El material genético se activará, se expresará, se manifestará o no en función de la interacción con el medio.

Y precisamente uno de los factores que resultan fundamentales en el entorno de cualquier ser humano es la relación, el vínculo con un otro.

Hablamos de vínculos que se van construyendo desde antes del nacimiento (cómo señala Bernard Golse en

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

** Psicóloga Clínica. USM Infanto-juvenil del Hospital Río Hortega. E-mail: monicavellon@hotmail.com

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

uno de sus trabajos) y que se van moldeando a lo largo de la vida, de forma que los artificiales límites entre lo innato y lo adquirido se van difuminando y finalmente desapareciendo resultando entrelazados lo que se trae y lo construido.

Incluimos en el desarrollo psíquico funciones tales como la atención y la percepción, la memoria, el pensamiento…

Me voy a centrar en este último, teniendo en cuenta que tanto esta función como todas las citadas se van construyendo a través de los vínculos. Dicho de otra forma, cuando a un niño le cuesta atender o pensar o memorizar resulta lógico concluir que no ha nacido así, sino que esas funciones o bien no se han ido construyendo como deberían o se han ido "de-construyendo" o quizás se han construido de una forma diferente.

La simbolización constituye la base del pensamiento. Diferentes corrientes clínicas actuales recalcan el papel fundamental de la mentalización en el desarrollo emocional y relacionan el déficit en la capacidad de simbolización con un importante número de patologías entre ellas el llamado TDAH.

En un interesantísimo artículo, Pilar Puertas se refiere a la simbolización según distintos autores. Piaget habla de la función simbólica como capacidad de evocar objetos o situaciones no percibidas actualmente. Rapaport define el pensamiento como la recreación de un objeto necesario pero ausente. A través de la simbolización tomamos conciencia de la separación del objeto y a la vez somos capaces de tolerar esta separación, por lo que el símbolo, siguiendo a Segal, es un precipitado por el duelo del objeto.

Los símbolos aparecen con la ausencia, con la falta, con el deseo creado por la necesidad no satisfecha; se crean a partir de una insatisfacción, de una frustración bien dosificada que permita ir tomando poco a poco conciencia de la separación del objeto materno.

Los diferentes tipos de vínculo favorecen en mayor o menor medida la capacidad de simbolización. Las formas y tiempos en las que se lleva a cabo esta progresiva frustración del bebé influyen en la capacidad de representar lo ausente.

En la actualidad, es frecuente observar posturas antagonistas respecto a la lactancia, al sueño, etc. que parecen situarse en los dos extremos: del exceso de frustración por una parte y la falta o el retraso en la aparición de ésta por otra. Tanto el exceso como el déficit producen efectos negativos. En la historia evolutiva de nuestros pacientes no es extraño, asimismo, encontrarnos con el paso de una forma de respuesta a otra de forma repentina y/o inadecuada (por la forma o por el momento en el que se lleva a cabo o por la coincidencia de varias separaciones). Recuerdo un caso, medicado por un supuesto TDA, en el que se produjo el destete y el paso a una habitación independiente a los 15 meses usando el método Estivill…Por si fuera poco, meses después nació una hermana.

Pero volvamos a la teoría (fundamental para la clínica, al igual que lo son los datos de la clínica para los desarrollos teóricos).

Para Freud el aparato (psíquico) aspira primeramente a mantenerse libre de estímulos en lo posible y para este fin deriva en el acto por los caminos motores las excitaciones sensibles que hasta él llegan. Los primeros estímulos que hasta él llegan se corresponden con las grandes necesidades físicas. La excitación provocada por la necesidad interna buscará una derivación en la motilidad, que podremos calificar de "modificación interna" o de expresión de las emociones. Dicho de otra forma el niño hambriento grita y patalea; pero esto no modifica en nada su situación (…). La situación continuará siendo la misma hasta que por un auxilio ajeno se llega al conocimiento de la experiencia de satisfacción, que suprime la excitación interior. La aparición de cierta percepción (el alimento en este caso), cuya huella mnémica queda asociada a partir de este momento con la huella mnémica de la excitación emanada de la necesidad, constituye un componente esencial de la experiencia. En cuanto la necesidad resurja, surgirá también un impulso psíquico que cargará nuevamente la imagen mnémica de dicha percepción y provocara nuevamente esta última, esto es, que tenderá a reconstituir la situación de la primera satisfacción. Tal impulso es lo que calificamos de deseos. La reaparición de la percepción es la satisfacción del deseo. Pero sólo con el deseo no basta: la necesidad perdura. Hace falta un rodeo para conseguir satisfacer la necesidad.

Este rodeo necesario es lo que Freud define como pensamiento.

En 1911 (Los dos principios del suceder psíquico) explica así el origen del pensamiento: La decepción ante la ausencia de la satisfacción esperada motivó luego el abandono de esta tentativa de satisfacción por medio de alucinaciones, y para sustituirla tuvo que decidirse el aparato psíquico a representar las circunstancias reales del mundo exterior y tender a su modificación real, utilizando este **tipo de acción experimental a la que llamamos pensamiento**.

La relación por tanto entre acción y pensamiento es fundamental. Al principio era la acción- decía Ferenczi.

Se busca lo perdido, lo necesario pero ausente

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

(el alimento-la madre) a través de la activación de las imágenes mnémicas asociadas a la vivencia de satisfacción primera (imágenes que se activan cada vez que resurge la necesidad) Pero como la alucinación no satisface la necesidad es necesario realizar una descarga motora (llanto, movimiento…) que lleve a la madre a satisfacer esta necesidad. Es por tanto la acción, el movimiento lo que en un primer momento sirve para satisfacer las necesidades y deseos y evitar el displacer. Primero, la acción necesaria debe ser realizada por otro antes de que uno mismo sea capaz de llevarla a cabo; a la vez, el pensamiento ayuda a sobrellevar la pérdida y soportar la espera, recuperando en el plano imaginario el vacío dejado por lo que no está (Sami-Ali).

He hablado antes de las patologías en las que predomina la acción.

Voy a reflexionar acerca de los posibles significados y funciones de lo motor en los niños con síntomas de hiperactividad.

Ya en el Proyecto de 1895 Freud habló de la importancia de la **descarga motriz como forma de comunicación**. El bebé se comunica con la madre a través de la acción y la madre traduce en palabras y pensamientos esta acción para así poder satisfacer las necesidades de su bebé. Además, tras la acción específica del asistente (o figura materna) se desencadena un movimiento reflejo en el inerme (el bebé). Es decir, en un primer momento una acción no intencional se convierte en una herramienta de comunicación. Se trata de un movimiento inespecífico, no dirigido, reflejo a veces. Junto al deseo se produce la descarga motriz.

En un segundo momento, la descarga motora quedará encargada de una nueva función, siendo empleada para la modificación adecuada de la realidad y transformándose así en acción (movimiento intencional, dirigido, con "un sentido").

Podríamos considerar que la fase en que el movimiento resulta una herramienta eficaz para la comunicación y para la satisfacción de las necesidades se correspondería con la Fase de la omnipotencia mágica de los gestos propuesta por Ferenczi. En ella, el bebé trata de gesticular psicomotrizmente a fin de lograr que sus deseos sean satisfechos. Ha comprobado previamente que con el pensamiento no basta para dominar la realidad exterior, y que algunas necesidades quedaban frustradas con el sólo hecho de pensar o desear su cumplimiento y utiliza lo motor como una forma (mágica) de cumplir sus deseos.

Habría entonces una línea evolutiva que iría desde la fase madre-bebé de Winnicott en la que no hay deseo ni pensamiento porque tampoco hay frustración pasando de forma sucesiva por el cumplimiento alucinatorio de deseos primero, la descarga psicomotriz como forma de comunicación después, unida a la aparición de un mayor o menos grado de capacidad de simbolización (o espera) y el uso finalmente de la palabra con fines comunicativos y de la acción dirigida como medio para satisfacer los deseos y/o necesidades.

Se produciría entonces una evolución tanto en lo verbal como en lo motriz en la línea de una intencionalidad y especificidad cada vez mayor tanto de las palabras como de los movimientos.

Se podría hipotetizar que en los niños en los que es frecuente el recurso a lo motor esta evolución no se ha producido de forma adecuada y utilizan la **descarga motora con una función de cumplimiento mágico de deseos y de mantenimiento de la omnipotencia** en la línea de lo descrito por Ferenczi. A la vez, consiguen a través de la acción ser constantemente cuidados-vigilados-controlados. Establecen así un vínculo con el otro a través de la actividad constante de la que parecen hacer uso para confirmar la omnipotencia y **negar tanto la falta como la ausencia**. La distancia óptima propia de un vínculo de apego seguro no se ha conseguido y parecen recorrer una y mil veces esta distancia como forma de buscar un sosiego que no llega.

Por otra parte, el déficit de simbolización en los sujetos hiperactivos suele ser parcial y centrado en el área de los afectos displacenteros.

Siguiendo nuevamente a Freud, hay una **tendencia general a la descarga motriz ante lo displacentero tanto externo como interno**. Además-señala Freud-es importante que la descarga motriz se inicie ante la totalidad del complejo perceptivo relacionado con una experiencia y no sólo cuando aparezca una parte del mismo.

Podemos pensar que en los niños hiperactivos, la **descarga motriz aparece como respuesta ante una parte mínima del conjunto perceptivo y como forma de intentar poner fin a la experiencia dolorosa y sustraerse a los estímulos displacientes**, no cesando estas manifestaciones motoras hasta que desaparezca el estímulo displaciente (cosa en que en muchas ocasiones no suele ocurrir, sobre todo si el estímulo es interno o si está en relación con un recuerdo).

Los niños con síntomas hiperactivos no habrían aprendido, asimismo, a diferenciar lo externo y lo interno de forma adecuada (la acción muscular sirve en el bebé para distinguir lo exterior y lo interior, siendo eficaz la acción en el primer caso e ineficaz en el segundo). Iniciarán entonces una serie de **manifestaciones motoras desordenadas ante un amplio rango de percepciones, percepciones que pueden estar en relación con una**

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

experiencia de displacer o simplemente haber quedado unida a ella por una larga cadena asociativa ya que las percepciones asociadas a las vivencias displacenteras y/o dolorosas pierden con el tiempo su cualidad, de forma que se recuerdan más las propias manifestaciones emocionales y motoras ante estas vivencias que la vivencia misma. Se activaría entonces lo motor ante una gran variedad de percepciones tanto internas como externas, tanto neutras como placenteras y displacenteras.

La acción no dirigida (o descarga motora de Freud) seguiría estando en primer plano, dificultando la aparición del pensamiento.

IDENTIDAD Y VÍNCULOS

El segundo punto de mi artículo tiene que ver con la construcción de la identidad dentro de la familia primero y a partir de la inclusión en los diferentes grupos sociales después.

En los vínculos entre padres e hijos es habitual la presencia de lo que Manzano y Palacios han conceptualizado como Escenificación narcisista de la parentalidad. No me voy a detener en la explicación de esta acertada teoría, aplicable en un importantísimo número de casos de nuestra clínica infanto-juvenil. Decir únicamente que las proyecciones paternas traen consigo la asignación de una identidad al hijo, identidad que tiende a ser interiorizada por éste.

El sujeto realiza para Freud una construcción activa y permanente de sí mismo haciendo uso de lo que sobre él los otros proyectan.

Kohut, por su parte, concibe el Self como una serie de representaciones conscientes, preconscientes e inconscientes, que a veces pueden aparecer como contradictorias. La experiencia de un "Self" nuclear cohesivo determina el sentimiento de identidad perdurable. La interacción específica del niño con su medio promoverá o impedirá la cohesión del Self. Kohut describe al narcisismo como motor del psiquismo siendo necesaria una etapa de fusión idealizada con el objeto para que sea posible la continuidad en el desarrollo del Self.

Son similares las ideas de Winnicott acerca de la fase madre-bebé o las de Ferenczi en torno a la omnipotencia absoluta.

Sería entonces necesaria una etapa de fusión para poder llevar a cabo la separación. Para poder separarse antes hay que haber estado unido. Una buena resolución de lo vincular, de lo diádico sería necesaria para poder acceder a la triangularidad.

Las identificaciones constituyen la base de la identidad y la visión de sí mismo y es a través de las identificaciones como el niño consigue separarse. Para poder perder un objeto me tengo que identificar con él pero llega un momento en el que hay que elegir ("crecer es aprender a despedirse") entre tener el objeto y ser el objeto.

De acuerdo a cómo se construya la separación en el grupo primario que constituye la familia y se elabore o no la exclusión en el triángulo edípico, se podrá vivir de una forma u otra los mecanismos de exclusión-inclusión inherentes a todo grupo social.

Así, el niño con una estructura de tipo borderline (habitual en los niños con TDAH como ha descrito Alberto Lasa), vivirá la exclusión como un abandono al que no se puede sobrevivir y que trae consigo dejar de existir ya que no ha alcanzado la posición depresiva ni accedido de forma plena a la triangulación edípica. La ausencia del objeto no ha sido elaborada y no está adecuadamente simbolizada. Asimismo, los momentos de inclusión en el grupo pueden ser vividos de forma persecutoria por una intensa focalización sobre sí.

Sólo aquellos niños que han alcanzado un funcionamiento neurótico y accedido a la triangulación pueden entrar en el juego de la inclusión y la exclusión grupal habitual en las relaciones de iguales de los niños (frecuentes en la latencia) de una forma tal que no estén en juego las ansiedades más primitivas.

Otro aspecto fundamental respecto a la identidad es que de forma habitual el lugar que ocupa el niño en el grupo familiar va a ser el mismo que ocupe en los diferentes grupos sociales en los que se va incluyendo (o excluyendo). Asimismo, el papel que el niño ocupe en el entorno escolar puede trasladarse al grupo familiar

Dos ejemplos de la identidad en niños con síntomas de hiperactividad:

En uno de juegos en sesión, Alberto de 6 años (adoptado a los dos y medio procedente de un país del Este) representa a un niño que es un mal hijo porque tiene una enfermedad, enfermedad que consiste en no poder parar. Sobran comentarios…

Manuel, de 8 años, después de presentar un bajo rendimiento escolar desde el inicio de su escolarización empieza a sacar nueves tras ser cambiado de clase a mitad del primer trimestre. Su profesora parece verle de forma distinta a cómo le han visto sus anteriores maestros y proyecta sobre él una imagen diferente con la que comienza a identificarse Manuel que decía un día: Me ha dicho mi profesora que nunca había visto una letra tan buena, añadiendo extrañadísimo; ¡Nunca me habían

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

dicho una cosa así! Para él, la explicación de su cambio es muy clara: "Antes no sabía que era capaz de atender". También sus iguales le han empezado a ver de otra forma.

No quiero dejar de hablar de los grupos de pares sin hacer referencia a aquellos niños intensamente excluidos por sus iguales o acosados por ellos. Es frecuente en estos casos la asunción por parte del niño o de la niña de una posición masoquista cuyas raíces es necesario explorar para ayudarle a abandonar dicha posición que le lleva a ser dañado/a. En algunas ocasiones, el niño ejerce en casa un papel de tirano y actúa unas pulsiones agresivas sádicas que se tornan en masoquistas fuera del entorno familiar, pareciendo así buscar un castigo que inconscientemente cree merecer.

Una última idea acerca del funcionamiento del individuo en el grupo: podría parecer que en las dinámicas grupales los distintos participantes representan, como en el sueño, diferentes partes del propio sujeto. Así, en un grupo el sujeto puede adoptar, por ejemplo, una función súper yoica mientras insta a otro, mediante los mecanismos propios de la identificación proyectiva, a representar un rol en el que predomine lo pulsional propio del Ello. También puede ser el grupo el que coloque a un determinado individuo como representante de una instancia determinada. En diferentes grupos o en diferentes momentos grupales un sujeto podría representar a diferentes instancias psíquicas siguiendo el modelo de las identificaciones con los objetos maternos y/o paternos mientras en espejo el otro o los otros representan a las contrarias. El objetivo sería escenificar y externalizar los conflictos, en algunos casos para no hacerse cargo de ellos; en otros, para hacer uso de la función estructurante de la identificación proyectiva de la que habla Odgen y conseguir resolver en el exterior los conflictos internos.

La función del terapeuta sería, por otra parte, una función yoica, función que puede y debe trasladarse a los diferentes integrantes del grupo a medida que el grupo evoluciona.

La mayor o menor salud emocional podría quizá representarse en un continuo dependiendo de la flexibilidad o rigidez en la asunción de diferentes roles o instancias en las dinámicas grupales siendo un indicador de la evolución de un sujeto en una terapia de grupo el cambio en su identidad grupal al igual que en una terapia individual consideramos que se ha producido una mejoría cuando cambia la percepción del grupo respecto a nuestro paciente como ocurrió en el caso de Manuel, anteriormente comentado.

Resulta asimismo crucial qué identidad es otorgada al niño/a en el grupo familiar, produciéndose una interacción recíproca entre el cambio producido a través del proceso terapéutico en el papel representado por el niño y aquel que le otorga la familia, no quedando claro en algunos casos cuál de los cambios es el primero.

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA COMO VÍNCULO

Desde diferentes corrientes y el psicoanálisis es una de ellas, se considera la relación terapeuta /paciente como una herramienta fundamental.

Se podría hacer un paralelismo entre las funciones del terapeuta y las tareas maternas que Winnicott describió como fundamentales para el desarrollo psíquico.

Al igual que la madre, a través del **holding** o **contención**, se identifica con su bebé y traduce con palabras sus sensaciones, sus sentimientos y sus necesidades (funcionando como un yo auxiliar), el terapeuta interviene poniendo palabras a lo vivenciado y expresado por el niño/a. Sería la función alfa de Bion o reverie que en la psicoterapia psicoanalítica se consigue a través de señalamientos, aclaraciones e interpretaciones que favorecen la simbolización.

El **handling o manejo** describe la forma de manipular, de tocar, de mirar al bebé. En la terapia se podría hablar de los aspectos para-verbales de la terapia: el tono de voz, la mirada y en algunos casos en los que el trabajo se realiza desde el cuerpo, también la forma de acoger físicamente. Esta función facilitaría la unión mente-cuerpo.

Algunos autores como Yago Franco o Luis Martín hablan de "la música de la interpretación". Odgen se refiere a la voz, tono, volumen, ritmo y musicalidad del lenguaje. M. Mancia, 2003 habla de la dimensión musical de la transferencia. Nemirovsky pone el énfasis en los aspectos para-interpretativos de la actividad del analista como herramienta fundamental para el trabajo con lo deficitario y lo traumático.

Para Luis Martín el analista no puede contar únicamente con el instrumento de la interpretación si se quiere acceder la memoria sin recuerdo de la que habla Mancia.

Quizá sea necesario que el terapeuta escuche la melodía de lo vivido de su paciente descrita por Amelie Nothomb. Sentiremos, a veces, como César Vallejo, la resaca de lo vivido emponzoñada en el alma. Y repetiremos para recordar o lo que es lo mismo, para olvidar siendo una y otra vez los ilusos Ulises de Ángel González, buscando gustos que nunca vuelven a ser el mismo o encontrando olvidos que en la vida no suelen durar.

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

Añadamos entonces un barniz de poesía a la prosaica labor terapéutica o sumerjámonos en la ardiente oscuridad de lo real de Buero Vallejo.

En los niños con manifestaciones de hiperactividad, cada una de estas funciones tendría un peso diferente en las distintos momentos del proceso terapéutico o teniendo en cuenta la mayor o menor presencia de aspectos neuróticos, siendo en general mayor el uso del handling en los niños con mayores manifestaciones de tipo borderline.

En último lugar, me voy a referir a lo que Winnicott denomina **presentación de objetos** que es la forma en que la madre se presenta ante su bebé y presenta los objetos del mundo externo. Esta forma de presentación influye de forma trascendental en las relaciones objetales que va a establecer el bebé primero y el niño después.

En este apartado, podríamos señalar la cantidad y cualidad de la estimulación que el entorno suministra al bebé, la importancia de adaptarse a los ritmos del bebé y de presentarle estímulos que se adecúen a sus necesidades en cuanto a la intensidad, la forma de presentación, etc.

En la terapia, la forma de presentarse del terapeuta y de presentar el material terapéutico se podría relacionar con el encuadre, que para Nemirovsky constituye un aspecto paraverbal de la terapia.

En los niños hiperactivos resulta terapéutico el simple hecho de jugar mientras son observados por una persona adulta, persona adulta que no se contagia de su ansiedad y que no intenta dirigirlos ni controlarlos.

Se trataría de adaptarse a su ritmo de juego intentado ni adelantarse a sus deseos ni negarse a ellos, colocándose en la zona de desarrollo proximal de la que hablaba Vygotsky.

Y así, en la relación terapeuta-paciente, se irían construyendo poco a poco vínculos: volviendo al lugar del que se ha huido, reparando puentes rotos y construyendo, quizás, los que nunca han existido.

BIBLIOGRAFÍA

Buero Vallejo, A. (1950). *En la ardiente oscuridad*. Madrid: Espasa.

Ferenczi, S. (1913). *El desarrollo del sentido de la realidad En Obras Completas. Tomo I y II*. Barcelona: RBA.

Freud, S. (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos. Obras completas. Tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1905). *Introducción del narcisismo. Obras completas. Tomo VI*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1911). *Los dos principios del suceder psíquico Obras completas. Tomo V*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1915). *Los instintos y sus destinos Obras completas. Tomo VI*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Golse, B. (1997). *Importancia de la forma y el continente en la instauración del psiquismo del bebé*. Ponencia XI Congreso de Sepypna, Lleida.

González, A. (1983). *El grupo poético de los años 50: una antología*. Barcelona: Taurus Ediciones.

Kohut, H. (1980). *La restauración del sí mismo*. Madrid: Paidós Ibérica.

Lasa, A. (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao: Altxa.

Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (2002). *Escenarios narcisistas de la parentalidad: clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao: Altxa.

Martín, L. *Plasticidad neuronal, memoria e inconsciente*. Ponencia presentada en las IV Jornadas de trabajo clínico de la APM.

Nothomb, A. (2015). *La nostalgia feliz*. Madrid: Anagrama.

Puertas, P. (1998). *La simbolización y el proceso diagnóstico: apuntes para un seminario*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 25, 83-116.

Winnicott, D. (1960). *La pareja madre-lactante. Obras completas*. Madrid: Paidós.

Winnicott, D. (1962). *La integración del yo en el desarrollo del niño. Obras completas*. Madrid: Paidós.

Winnicott, D. (1963). *De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. Obras completas*. Madrid: Paidós.

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

ADOLESCENCIA Y TRANSGRESIÓN*

ADOLESCENCE AND TRANSGRESION

Luis Mauri**

Etimológicamente, el verbo Transgredir procede de los vocablos latinos *Trans* (más allá, al otro lado) y *Gradior* (ir, marchar, avanzar), teniendo un sentido general de atravesar o sobrepasar (Corominas, 1973). En el adolescente, sin duda alguna, el proceso de construcción de la identidad, que como hemos visto en el capítulo anterior es el eje sobre el cual pivota toda esta etapa de transición, estará íntimamente asociado a esta necesidad de *ir más allá* para dejar atrás la identidad de la infancia y adquirir una identidad como adulto.

La adolescencia es época de cambios y transformaciones. Época de crisis, y como todas las crisis suele ser turbulenta, con muchos momentos de sufrimiento y también con muchos intentos, a veces desesperados, de deshacerse de ese malestar, lo que se puede manifestar en tantas inhibiciones, fobias, trastornos de alimentación, depresiones, abuso de drogas, embarazos precoces o trastornos de conducta que vemos en la práctica clínica de forma habitual. Aunque también es tiempo de esperanzas, pues es el momento en que aparecen la creatividad, la amistad y el amor, y valores como la lealtad, la ética o la justicia.

Los cambios físicos y biológicos que se ponen en marcha con la pubertad, el paso del pensamiento concreto de la infancia al pensamiento formal, el desarrollo intelectual, los cambios en la forma de sentir, la búsqueda de independencia y el encuentro con nuevas relaciones… todos ellos procesos que van a requerir de la elaboración de duelos de partes infantiles y, a la vez, de la puesta en marcha de procesos de adaptación a nuevas situaciones cargadas de expectativas y de ilusiones. Un aspecto nuclear de este período es la coexistencia de aspectos infantiles que no han acabado de desarrollarse con aspectos adultos que inician su camino, de fuerzas progresivas hacia lo adulto con fuerzas regresivas que pueden comportar una parálisis de ese desarrollo. Todo ello va a determinar así que el proceso de construcción de la nueva identidad sea un camino no lineal, lleno de movimientos progresivos en forma de avances, paradas para "coger fuerzas", fugas hacia delante y repliegues hacia atrás de tipo regresivo, con momentos de desorganización y otros de reorganización.

Este proceso implica inevitablemente la movilización de fuertes dudas y ansiedades en el adolescente. Lo más frecuente en esta etapa evolutiva es que se mueva en la polaridad entre ansiedades claustro y agorafóbicas, las primeras derivadas del temor de quedar atrapado en la infancia y dependiente de los padres para siempre, y las

* Ponencia presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León. Basada en el capítulo: Mauri, L. y Pla, J.A. (2014). Adolescencia y Transgresión. En Tió, Mauri & Raventós (coords.), Adolescencia y Transgresión: La experiencia del Equipo de Atención en Salud Mental al Menor (pgs. 105-131). Barcelona: Octaedro (autorizada la reproducción).

** Psiquiatra y Psicoterapeuta. Fundació Hospital Sant Pere Claver (FHSPC). E-mail: info@spcdocent.org

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

segundas producidas por la sensación de desvalimiento y falta de experiencia ante lo desconocido que se le viene encima. Pero no son los únicos temores que nos vamos a encontrar en este período: con frecuencia detectaremos también ansiedades confusionales, derivadas de los cambios que sufren a todos los niveles (biológico, psicológico, social) y de las dificultades de diferenciar lo interno y lo externo; persecutorias, por la facilidad con que se siente amenazada su todavía frágil identidad; o depresivas, como consecuencia de los numerosos duelos que deben elaborar.

TRANSGRESIÓN Y DELITO

A falta de un aparato mental más desarrollado, los adolescentes tratan de defenderse de esas intensas ansiedades a través de mecanismos de defensa psicológicos primitivos. Los principales son la disociación, entendida aquí como la separación entre lo bueno y lo malo, lo que les hace tender a ver la realidad en extremos de blanco o negro, de todo o nada; la proyección de aspectos no deseados de sí mismos en personas de su entorno, como cuando dicen "*¡aquel es un pringado!*", identificando en otro y burlándose de la debilidad no reconocida como propia; la idealización de personas o ideologías a la búsqueda de modelos de identificación… defensas todas ellas que se encaminan a calmar la incertidumbre, a la espera hasta la adquisición de unas capacidades que constituyan la nueva identidad (Feduchi, 1989; Puhl et al., 2005). Sin embargo, a menudo esas defensas no contienen de forma suficiente el malestar, y entonces éste tiende a proyectarse o a descargarse en forma de actuaciones conductuales.

Estas actuaciones pueden tener una función comunicativa o una función defensiva, ya sea para deshacerse de la ansiedad, ya para negarla. En su variante comunicativa, el adolescente puede estar buscando de forma inconsciente con sus actos la contención de sus aspectos infantiles por parte de sus figuras parentales. Cuando las actuaciones tienen una finalidad defensiva, si bien en ocasiones pueden manifestarse en forma de conductas violentas y destructivas, a menudo tienen un componente exploratorio y la finalidad de poner a prueba sus capacidades ante nuevas situaciones que la realidad le pone delante, como veremos cuando hablemos de las conductas de verificación, y son imprescindibles en la construcción de la nueva identidad. Sin embargo, estos comportamientos con frecuencia chocan con las normas establecidas por los adultos y las transgreden, como sucede cuando el adolescente aparece con un piercing o un tatuaje nuevos (en cuyo caso la transgresión es sobre el propio cuerpo), se salta los límites horarios fijados en casa, cambia bruscamente de relaciones, deja los estudios sin previo aviso, etc.

Para los adultos, estas actuaciones suelen ser sorpresivas y rompen la sintonía previa al arranque de esta etapa, calificándolas muchas veces de irresponsables y caprichosas. Sin embargo, esas conductas generalmente son benignas y necesarias en la formación de la nueva identidad, pudiéndose afirmar que un cierto grado de transgresión es imprescindible en el adolescente normal y que, por el contrario, su ausencia puede ser un indicador de inhibición o de bloqueo del desarrollo. La novedad que introduce el adolescente lleva asociada una cierta necesidad de transgresión de lo establecido y siempre nos interpela para renovar las rigideces de nuestra sociedad, por lo que es importante señalar que no toda conducta negativista o desafiante en la adolescencia es patológica, siendo preciso distinguir cuándo el oposicionismo del adolescente está a favor del desarrollo y cuándo no. Como escribe Knobel hablando de la adolescencia normal, la conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión más típica en estos momentos de la vida (Aberastury y Knobel, 1980). Necesita experimentar para enfrentar la tarea de construir su identidad y conocer el nuevo mundo adulto que desde su naciente posición también va a contribuir a crear. Que el acoplamiento transcurra por los cauces de una conflictividad manejable a través de la negociación, el diálogo y el cambio mutuo, dependerá tanto del joven como de la capacidad de contención del entorno (Tió, 2011).

Un problema añadido viene cuando las normas que se transgreden son las normas legales, y es en este caso cuando hablamos de conductas delictivas. Para nosotros clínicamente es importante diferenciarlas, pues no todas ellas tienen el mismo valor psicopatológico: en ocasiones el adolescente actúa impelido por una urgencia en la que siente que le va la vida, pudiendo saltarse los límites legales como sucede en algunas conductas de verificación. Otras veces el acto delictivo nos informa de una patología que empieza a manifestarse en la adolescencia a través de la conducta como consecuencia del interjuego entre ansiedades, defensas e identidad, o en otras ocasiones nos informa de una patología latente o patente que venía de la infancia y que, con la crisis adolescente, se empieza a expresar en este momento o bien se manifiesta entonces con mayor virulencia. De aquí viene la necesidad imprescindible de llevar a cabo

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

un diagnóstico diferencial ante la conducta transgresora de adolescente, fijándonos en cuando es normal y cuando patológica, en sus componentes progresivos y regresivos, en las ansiedades y defensas predominantes, en cómo se está construyendo su identidad, en el entorno en el que se da y si éste reacciona con capacidad de contención o de forma expulsiva. Como veremos a lo largo de este capítulo, detrás de un mismo delito, como puede ser un robo, pueden existir diversas motivaciones desde el punto de vista psicológico: un chico o una chica pueden robar por carencia, por simple necesidad de subsistir cuando no tienen ninguna red social de soporte; para verificarse y poner a prueba sus capacidades de hacer algo nuevo peligroso y prohibido; para pedir indirectamente ayuda y como señal de alerta dirigida al entorno; por intolerancia a la frustración, al no poder soportar que otros tengan algo que él o ella quieren; por intolerancia a la necesidad, como sucede por ejemplo cuando el robo es para llevar siempre dinero encima y evitar la sensación de tenerse que privar de algo cuando lo necesiten; para adquirir identidad de forma rápida, como cuando roban un coche o una moto para sentirse adultos saltándose todo el proceso de aprendizaje; para sentirse aceptados por el grupo, como sucede por ejemplo en las bandas; por compulsión como ocurre en la cleptomanía o, finalmente, por triunfo y burla, lo que nos indicaría patologías más arraigadas y con riesgo de estructurarse, como perversiones o psicopatía. Cada una de estas motivaciones implica para nosotros un foco de trabajo y un pronóstico diferentes, y pensamos que es un grave error decir que todo adolescente que roba es un psicópata o diagnosticarlo de Trastorno Antisocial o Disocial, según las clasificaciones psiquiátricas al uso (DSM-V o ICD-10), de la misma forma que sería un error decir que cualquier tos indica necesariamente una neumonía. Un error que, lamentablemente, nos encontramos en la práctica clínica habitual con excesiva frecuencia.

Una de las principales dificultades diagnósticas cuando trabajamos con los adolescentes es poder distinguir entre lo que son sus aspectos infantiles, propios de la etapa evolutiva que están viviendo, y lo que son regresiones defensivas, causadas generalmente por el miedo al fracaso o a lo desconocido. Así mismo es importante diferenciar entre lo que son acciones al servicio del progreso, para acercarse a lo nuevo, y lo que son pasos al acto indiscriminados. Esta distinción tiene importancia en la intervención terapéutica: la presencia de los aspectos infantiles y de acciones al servicio del progreso precisan ayuda al desarrollo, mientras que los aspectos adultos que regresan por temor y los pasos al acto defensivos precisan de esa misma ayuda, pero también de tolerancia y comprensión de las ansiedades subyacentes (Feduchi et al., 2006).

AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

Agresividad es un término derivado de la biología, posteriormente asumido por la psicología, que hace referencia a la tendencia del individuo que le lleva a atacar a personas o a cosas en el plano verbal, motor o imaginario[2].

Tal y como hemos señalado en otros trabajos (Feduchi et al., 2006, 2008), no resulta fácil diferenciar conceptualmente los términos de "agresividad" y "violencia". Muchos autores desde el psicoanálisis se han basado en la dualidad pulsional que estableciera Freud entre pulsiones libidinales y destructivas para delimitar el campo en el que se mueven ambos términos. Los matices de significado que estos conceptos tienen además en cada idioma han hecho todavía más complejo este esfuerzo. Autores como Diatkine (1966, 1984) proponen que se ha de dar una diferenciación clara entre el *self* y el otro para poder hablar de agresión, y que ambos conceptos son interaccionales, ya que sólo tienen sentido en términos de una relación "agresor-agredido". Otros, como Edgcumbe y Sandler (1974), distinguen entre "deseo agresivo" y "conducta agresiva" justamente a partir de una insuficiencia en esa diferenciación entre el *self* y el otro, apuntando a una falla en los procesos de representación y simbolización como importante coagente de la irrupción de la violencia, tesis también sostenida por otros autores (Fonagy et al., 1993; Sohn, 1995). Aún otros, como Perelberg (1997), proponen una definición de violencia que se basa en la fantasía inconsciente que subyace al acto y no en la conducta propiamente dicha, fantasía que esta autora relaciona con la intención de suprimir el obstáculo que la existencia del otro representa para la supervivencia mental, tal como lo percibe el sujeto.

[2] Enciclopedia Catalana, accesible en http://www.enciclopedia.cat/. La traducción del catalán es nuestra.

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

Weintrobe (1995) considera precisamente la violencia como el acto que rompe los límites de representaciones preexistentes del "*cuerpo, el cuerpo sexual o el self*".

En nuestro equipo diferenciamos entre agresividad preservativa y agresividad destructiva, y es a ésta última a la que llamamos violencia. En la agresividad preservativa existe en la mente del sujeto una representación de algo bueno (un aspecto del *self*, del otro o de la relación establecida entre ambos) que al sentirse amenazado de forma real o fantaseada puede desencadenar una reacción agresiva, que tiene el objetivo de defender, cuidar y proteger aquello bueno que se siente amenazado. Se trata de una función yoica, que está en la línea de lo que en el ámbito del Derecho se considera la defensa propia. En este tipo de agresión la conducta va acompañada de un cierto límite, de una inhibición de la misma, ya que no persigue la destrucción del otro. La preservación del otro se relaciona con la existencia de una representación interna de éste como objeto bueno diferenciado y capaz también de tener sentimientos, lo que le permite al sujeto tener una cierta capacidad de empatía.

Por el contrario, en la violencia o agresividad destructiva prevalece como objetivo la eliminación de algo percibido inconscientemente como una amenaza para la propia integridad del *self*. Su finalidad última es la destrucción o el dominio del otro por medio de un acto de fuerza. La reactividad al sentimiento de amenaza, procedente tanto de los objetos externos como de los objetos internos y de los deseos, será tanto más grande cuanto más frágil sea el Yo y mayor su inseguridad (Jeammet, 2002).

En nuestra opinión, la conducta violenta aparece precisamente en la frontera de un proceso de simbolización cuando el sujeto tiene dificultades para diferenciar adecuadamente fantasía de realidad, produciéndose fenómenos de equivalencia simbólica. Pensamos que en la adolescencia, y más aún en sujetos que han experimentado alteraciones importantes en su desarrollo, esto se corresponde con un déficit en la capacidad simbólica y de la función de mentalización, lo que justamente dificulta la contención de ansiedades así como la empatía. Esto también explica el que en estos comportamientos, que a veces sorprenden por su brutalidad, no se produzca inhibición alguna de la agresividad. Tal como también señalan Fonagy y Target (1999) "*La reducida capacidad de representarse los estados mentales propios y ajenos disminuye la posibilidad de inhibir la agresividad a través de la representación de la víctima como alguien que piensa y siente*". A todo lo anterior se suma la falta de experiencia del adolescente, que también contribuye a estrechar el margen de un pensamiento que pueda prevenir las consecuencias de sus actos.

Otra diferenciación clínicamente útil se da entre este tipo de violencia y las conductas que obedecen a una motivación sádica. En estas últimas es necesaria una representación mental de los sentimientos de la víctima, pues de ello depende la gratificación que constituye la motivación principal del agresor en el sadismo como describen Fonagy y Target (1999). Aunque estos mismos autores señalan la posibilidad de que en éste también intervenga una fragilidad en la capacidad para prever los estados mentales del otro, haciéndose necesaria una experiencia amplificada para poder experimentar la intersubjetividad. Sin embargo la diferencia esencial sigue estribando en que no es una vivencia de amenaza a la integridad del self la que desencadena la conducta sádica, situándose ésta más bien en el campo de las adicciones y las perversiones.

La conducta violenta en la adolescencia

La "desregulación afectiva" (Emde, 1998) que generan los complejos cambios que el sujeto experimenta en la adolescencia tiende a resolverse a través del desarrollo con la formación de un sentimiento de identidad adulta. Un sentimiento de identidad que proporcionará la vivencia de una suficiente coherencia interna entre los diferentes aspectos y sentimientos que configuran el *self*, y que permitirá la recuperación de una sensación de continuidad del propio *self* a través del tiempo, mediante la que el sujeto podrá reconocerse a sí mismo. Pero entre tanto, conseguir en la experiencia del self un sentimiento suficiente de coherencia interna y de continuidad en el tiempo puede ser muy difícil, y más en los casos en los que intervienen importantes alteraciones del desarrollo que disminuyen la capacidad simbólica de representarse mentalmente estados emocionales que serviría para contenerlos. Estas alteraciones del desarrollo suelen ser mezcla de severas disfunciones de un entorno que, en un extremo, puede llegar a ser claramente negligente o maltratador, así como de las dificultades de introyección que los rígidos sistemas defensivos del sujeto pueden provocar.

Cuando la experiencia no favorece un equilibrio suficiente en la reorganización interna que tiene lugar en la adolescencia, la violencia puede aparecer como un intento desesperado de regulación. A través de ella, el sujeto va a tratar de eliminar vivencias de fragmentación, de vulnerabilidad extrema, intensas ansiedades confusionales o fuertes sentimientos de culpa (Tió, 2011).

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

Perelberg (1997) ha descrito en jóvenes pacientes fronterizos cómo la violencia puede intentar reducir un sentimiento de confusión e incoherencia internas, movilizando un atributo específico para lograr una mayor sensación de identidad frente a un cúmulo de aspectos identificatorios entre los que existe una excesiva fluidez. Pensamos que algo similar puede ocurrir en la adolescencia.

Cuando el adolescente percibe al objeto como continente de representaciones negativas del *self*, la conducta violenta se puede desencadenar como un intento de eliminarlas a través de la eliminación del propio objeto. Winnicott (1954) relaciona este funcionamiento con la percepción primitiva que puede tener el bebé de la aparición y desaparición mágica de los objetos. Las fantasías omnipotentes asociadas estarían así en la base de estos comportamientos.

Pueden ser varias las motivaciones que desencadenan la aparición de la violencia con esta función reguladora, como veremos con detalle en el siguiente apartado de este capítulo. Hemos observado como el acto violento puede estar dirigido al objeto que se percibe como estimulador de representaciones insoportables de uno mismo. Estas son situaciones en las que el sujeto se siente despreciado, profundamente rechazado y descalificado. La violencia puede ir también dirigida hacia un objeto en el que previamente se han depositado esas representaciones indeseables por identificación proyectiva. Son los ataques al débil, al desvalido… Finalmente estos comportamientos parecen ser un intento de obtener una experiencia de fortaleza que permita la recuperación de una vivencia de seguridad interna. Tentativa esta última probablemente asociada a fantasías omnipotentes y representaciones de objeto idealizadas, también estimuladas por la sensación corporal de tensión muscular.

En una evolución posterior, y como también veremos más adelante, la violencia puede asimismo pasar a ser uno de los atributos sobre los que se construye una identidad con características "negativas" (Erikson, 1964). El adolescente puede encontrar en aquellas cualidades más enérgicamente rechazadas por el entorno un anclaje sobre el que construir su sentimiento de identidad de forma mucho más clara y real que sobre las cualidades imprecisas en las que el mundo adulto centra sus expectativas. Diversos autores se han referido posteriormente a este fenómeno, como Feduchi (1995) al describir la adquisición rápida de identidad a través de la violencia como forma de esquivar las ansiedades del aprendizaje cuando éstas resultan insoportables, o Fonagy y Target (1999) al señalar la fusión patológica que se produce cuando se asocian agresión y expresividad del *self*.

MOTIVACIONES SUBYACENTES A LAS CONDUCTAS TRANSGRESORAS DE LOS ADOLESCENTES

En este apartado analizaremos las principales motivaciones que hemos ido detectando que pueden promover actuaciones transgresoras en los adolescentes: la necesidad de verificación, la salida del aburrimiento, la adquisición de identidad por vía rápida, la falta de contención de ansiedades claustro y agorafóficas, la intolerancia a la frustración, la identificación proyectiva, la identificación con el agresor, la intolerancia a la necesidad y la patología previa o la que emerge en esta etapa. Esta descripción no pretende ser exhaustiva, tan solo trata de aproximarnos a los fenómenos subyacentes a estas actuaciones que, como hipótesis de trabajo, hemos ido corroborando a lo largo de nuestra experiencia. Por otra parte no son excluyentes, ya que en muchos de los casos que atendemos hemos podido identificar más de una motivación en la base de la conducta transgresora.

Necesidad de verificación

Como se decía al principio del capítulo, en la conducta del adolescente predomina la acción, y ésta en muchas ocasiones está al servicio de verificar aspectos relacionados con la propia identidad, sin detenerse frente a las normas ni tener en cuenta los límites legales. Veamos un ejemplo clínico:

«Andrés[3] *es un chico de 15 años. Pertenece a una familia de clase media, en la que padre y madre trabajan en actividades a las que dedican muchas horas, llegan a casa hacia las 8 o las 9 de la tarde. El, cuando sale del colegio, suele quedar con los amigos en una plaza*

[3] Todos los nombres de los pacientes que aparecen en las viñetas clínicas son supuestos

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

del barrio próxima a la escuela, dónde fuman porros. Ha sido denunciado por un robo. Al pedirle que explique lo que pasó, relata lo siguiente: "Fue en un supermercado del barrio. Un día habíamos entrado a comprar una bolsa de patatas, y mientras uno la compraba, sin darnos cuenta, otro se llevó una Cocacola. Cuando salimos nos la enseñó, y pensamos que podíamos seguirlo haciendo, llevarnos más cosas... Así que hicimos como un turno, entrábamos en una tienda a comprar algo, y uno de nosotros se tenía que llevar alguna cosa, si era de más dinero o más grande mejor. La cosa fue bien hasta que me tocó a mí, estaba nervioso pero no era cuestión de quedarse atrás. Me quise llevar una garrafa de agua, grande, de esas de 5 litros, y mientras los otros estaban pagando lo que habían comprado, la cogí y salí de la tienda. Pero la encargada se dio cuenta y nos empezó a perseguir gritando, yo iba corriendo pero la garrafa pesaba mucho, y se me ocurrió abrir el tapón e ir dejando caer el agua, así cada vez pesaba menos. Nos pudimos escapar y tiramos el envase, pero al final nos pillaron"».

Hemos escogido este caso como ejemplo de conducta transgresora en el adolescente al servicio de la verificación, que junto a la salida del aburrimiento y a la adquisición de identidad por vía rápida, son las motivaciones que más a menudo nos encontramos en la base de las transgresiones y conductas delictivas de los adolescentes.

La verificación en el adolescente tendería a ser un acto encaminado a conseguir objetivos en la realidad externa y comprobar adquisiciones relacionados con la propia identidad, como una forma de poner a prueba sus propias capacidades, corriendo un cierto riesgo, tanto por la inexperiencia como por no contar con el soporte de los adultos, rompiendo así sus pautas habituales de comportamiento. A menudo se vive como una necesidad imperiosa, ya que el adolescente siente que se juega su sentimiento de identidad, lo que provoca que en muchas ocasiones no se detenga frente a las normas en su búsqueda desesperada de soluciones, al estilo de lo que haría un adulto con una urgencia saltándose semáforos y señales de prohibición para acudir al hospital, y por ello a veces prevee mal las consecuencias debido a su falta de experiencia. Conducir una moto sin carnet para demostrar a sus iguales que él también es capaz de hacerlo también sería otro ejemplo de esta motivación.

Clínicamente es importante diferenciar estas conductas de verificación de las actuaciones que se producen por paso al acto. Mientras que éstas últimas están encaminadas a satisfacer impulsos o deseos destructivos, que pueden estar en la base de cuadros psicopatológicos más graves, aquellas tienen un componente exploratorio estando únicamente dirigidas a verificar en la realidad externa capacidades que apuntan hacia una nueva identidad, y en este sentido cabe destacar su carácter más progresivo (Feduchi, 1989).

Salida del aburrimiento

«*Cuando se le pidió a Andrés, el chico de la viñeta anterior, que explicara porqué le parecía que hacía aquello de robar con los amigos dijo: "Es que así nos divertimos, es como una forma de pasar el tiempo haciendo algo divertido, y luego nos lo explicamos y nos reímos". Al preguntarle si esta necesidad que tenía de divertirse así no podría ser porque en muchos momentos se podía sentir muy sólo y aburrido, respondió: "Sí, me aburro mucho. No me gusta estudiar, me rallo. Cuando estoy en el cole o en casa me aburro, no me lo paso bien. Sólo estoy bien con mis amigos, o encerrado en mi habitación viendo la tele o jugando a la Play"*».

El aburrimiento es uno de los estados emocionales de especial relevancia en esta etapa, que con frecuencia hemos encontrado como antesala de conductas violentas inespecíficas e indiscriminadas y que está en la base de muchos actos vandálicos. Aburrirse proviene del latín ab horrere, que significa "aborrecer, sentir aversión a algo" (Corominas, 1973). Se trata de una situación de profundo malestar caracterizada por la ausencia de vitalidad, de intereses u objetivos que puedan canalizar y estimular alguna motivación. El sujeto aburrido se siente invadido por sensaciones de falta de vida, mortecinas, que le restan ánimo y energía. Como su acepción etimológica subraya, es un estado que provoca aversión y horror, del que se luchará por salir lo antes posible. Para Andrés, el chico de la viñeta anterior, el robo con el grupo le permite, además de verificarse como hemos explicado, dar una salida a su aburrimiento, un sentimiento que le pone en contacto con su soledad, con la ausencia de los padres, probablemente cercano a sentirse desvitalizado y con ansiedades de muerte. La actuación le sirve a este chico para sentirse vivo, en oposición a solo y aburrido[4].

[4] Como ya hemos señalado, en algunos casos se observa más de una motivación en la base de la conducta transgresora. En el caso de Andrés, son la conducta de verificación y la salida del aburrimiento.

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

El aburrimiento aparece con frecuencia en el adolescente. A diferencia del adulto, que puede apelar a sus recuerdos cuando se aburre, la falta de experiencias que todavía tiene hace difícil que pueda recurrir a vivencias o recuerdos anteriores para salir de ese estado. La infancia está muy cercana y las experiencias de esa etapa no le sirven, le harían sentirse insoportablemente regresivo. Ahora necesita estímulos nuevos.

Lo contrario del aburrimiento no es la diversión. La diversión puede resultar un mecanismo de evasión del aburrimiento, pero no consigue resolver el problema interno de la falta de motivación. Esto sí sucede en cambio cuando un estímulo externo consigue conectar con un genuino interés interno y despertar nuestra vitalidad, y entonces pasamos a percibirlo como algo agradable y atractivo, es decir, ameno.

La vinculación del adolescente con las propuestas del entorno es frágil y está sujeta a rápidas oscilaciones. Esto es así por la inestabilidad en su sentimiento de identidad. Si estas propuestas están por debajo de sus capacidades se sentirá tratado infantilmente y las abandonará. Pero si las ofertas del entorno sobrepasan sus capacidades o no son amenas, también se desconectará para no sentir su desorientación. Es fácil que, por todas estas circunstancias, el adolescente se aburra o le aburran. Las únicas vías que en ocasiones encuentra para resolver su "aversión" al aburrimiento son aquellas cargadas de altas dosis de excitación, a través de proporcionarse vivencias estimulantes que le ayuden a recuperar la experiencia de sentirse vivo. Una excitación que deberá ser más fuerte cuanto más atrapado se sienta por ese estado insoportable. Varias opciones reúnen estas características: el consumo de drogas a través de "la fiesta", el sexo, las fugas, las conductas de riesgo y también la violencia, en cuyo caso la tensión muscular, la excitación provocada por el miedo a las consecuencias de la transgresión y la liberación de unos sentimientos inespecíficos de rabia que no encontraban objeto en el que depositarse, contribuyen a ello. Veamos un ejemplo:

«*Daniel es un joven de 17 años, el mayor de dos hermanos. Ambos viven con la madre y la abuela, dado que el padre les abandonó al poco tiempo de nacer el pequeño. Ha sido denunciado a la Justicia por lesiones y daños. El chico había presentado muchos problemas de adaptación en la escuela y no llegó a acabar la ESO*[5]*. Actualmente no lleva a cabo ninguna actividad formativa, nada de lo que se le ofrece le interesa. Pasa muchas horas en casa, solo, sin hacer nada, "matando el tiempo"... Los fines de semana empiezan los jueves por la noche: sale de fiesta con los amigos, chicos del barrio que tienen un perfil similar al suyo, siendo habituales los "atracones" de alcohol, a menudo mezclado con lo que pillen. Con frecuencia provocan altercados a la salida de las discotecas: "Por cualquier cosa nos liamos a dar guantazos a quien sea, no hace falta que sea ninguna cosa seria, no... es una forma de salir del muermo de la semana, de sentir adrenalina... A veces no nos pegamos con nadie, pero descargamos con lo que se nos ponga por delante, sean contenedores, retrovisores de los coches... En una noche destrozamos 30 que estaban en fila, y nos pillaron cuando estábamos a punto de incendiar uno". Estas aventuras parecen tener un efecto vitalizante en el chico y constituyen una escapatoria de un sentimiento de aburrimiento invasivo e insoportable*».

Adquisición de identidad por vía rápida

Uno de los temores frecuentes que enfrentan los adolescentes se centra en las tendencias regresivas frente a las dificultades fantaseadas o reales para la consecución de algún logro. El adolescente siente un verdadero pánico a quedarse anclado en su situación infantil con la fantasía de ver su desarrollo interrumpido. Como señala Feduchi (1995), una posible salida de este estado es asumir una pseudoidentidad con la adquisición inmediata de un rol que no exija demasiados compromisos ni riesgos de fracaso. Una forma de sortear las ansiedades ante el aprendizaje cuando éstas resultan insoportables.

A menudo este mecanismo subyace en la incorporación a las bandas juveniles o grupos violentos (skin heads, grupos fanáticos, etc.). Como éste mismo autor ha señalado, la violencia es una forma rápida de adquirir identidad, más aún cuando un determinado subgrupo la valora. No se necesita pasar por un laborioso proceso de aprendizaje, que obliga al sujeto a contener su ignorancia, su miedo a equivocarse, a ser rechazado por ello, y también su temor a descubrir nuevas capacidades y a hacerse responsable de ellas. El grupo actúa como un contenedor que da identidad, y cuanto más simple sea la estética y más primitiva la ideología, más fácil es el

[5] ESO: Enseñanza Obligatoria Secundaria en España.

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

acceso. Veamos una viñeta clínica de una chica que actúa en una banda:

«*Jeimy tiene ahora 18 años. Estuvo ingresada en un centro de Justicia Juvenil durante 1 año por acumulación de delitos de robo con violencia, realizados en banda con otras chicas. Llegó a España procedente de un país sudamericano a los 15 años, como segunda oleada de un intento de reagrupación familiar: primero vino la madre a trabajar, después el padre y un hermano pequeño, y finalmente ella, que entre tanto se había quedado con la abuela materna en su país. Cuando aterrizó la llevaron a la escuela, pero a los pocos meses dejó de ir: "Estaba sola, no entendía nada de lo que pasaba en la escuela, no entendía el catalán...", probablemente refiriéndose a que no entendía nada de lo que le estaba pasando en su vida, arrancada de un sitio en el que estaba bien, con una abuela que la cuidaba, unos estudios que funcionaban normalmente, pues era bastante inteligente, y de su grupo de amigos. "Empecé a juntarme con mala gente, a tomar de todo y a meterme en líos... pero con las chicas estaba bien y me entendía... cuando salíamos íbamos a robar móviles a otras chicas, y si no se dejaban las pegábamos y eso... la Juani -la que hacía de jefa del grupo, a quien ella admiraba por su fortaleza y valentía- me decía que yo era una de ellas", sintiendo que no les importaba su aspecto, de marcados rasgos raciales*».

Ya hemos mencionado anteriormente el concepto identidad negativa definido por Erikson (1964), que sería algo parecido a pensar que "más vale ser malo que no ser nadie". Este es un mecanismo que observamos en la base de muchas conductas violentas en esta etapa, máxime cuando el adolescente encuentra una valoración y un reconocimiento de esas cualidades en su grupo de iguales, como ocurre con la violencia en las bandas juveniles. A Jeimy la banda le daba identidad, le hacía sentirse aceptada en un mundo nuevo en el que estaba completamente perdida, le permitía identificarse con alguien a quien sentía fuerte y valiente. Le hacía en suma sentir que ella era alguien. Podemos encontrar muchos otros ejemplos entre los pacientes que atendemos.

«*Un chico con una historia delictiva de largo recorrido, decía: "mi educadora me dice que tengo cosa buenas, pero no es verdad, ¡yo soy malo!", porque ser malo era la forma de ser alguien, de tener una identidad y ser reconocido en el seno de su grupo. Una chica que también tenía muchos delitos, líder de una banda, comentaba que "me ha costado mucho llegar hasta aquí", valorando su carrera delictiva como un proceso de aprendizaje y de progreso que le daba identidad*».

Falta de contención de ansiedades claustro y agorafóbicas

La exploración de la dialéctica que se da en la adolescencia entre los aspectos infantiles y adultos de la personalidad está siempre presente en nuestra práctica clínica, ya que el esclarecimiento de las dinámicas de ansiedades y defensas que generan los diferentes movimientos progresivos y regresivos en el tránsito de lo infantil a lo adulto permite a menudo comprender mejor la conducta transgresora de muchos de estos jóvenes. La polaridad entre las ansiedades claustro y agorafóbicas, consecuencia de esta dialéctica, puede generar movimientos defensivos diversos.

Frente a ansiedades de tipo agorafóbico, por el miedo a lo desconocido, el adolescente puede quedar dominado por tendencias regresivas expresadas a través de su pasividad, inhibición o aislamiento, destinadas a eludir la sensación de impotencia, desbordamiento y vértigo que su inexperiencia y falta de recursos le pueden producir ante las nuevas demandas vitales. Su capacidad para pedir ayuda puede estar limitada, confundiendo a menudo una petición de ayuda con un comportamiento inmaduro. Desde su idealización del mundo adulto sería pensar que "*sólo los niños piden ayuda, los adultos son autosuficientes*". Puede optar entonces por una solución regresiva, tal como ilustra el siguiente ejemplo:

«*Juan es un chico de 16 años que ha sido denunciado recientemente a la Justicia por agresiones a su madre, con la que convive. En los últimos tiempos ha dejado los estudios en 4º de ESO, sale poco de casa, lo justo para ir a comprar porros que se fuma encerrado en su habitación, donde pasa la mayor parte del tiempo. No hace nada, no está apuntado a ninguna actividad. Es hijo de una pareja que decidieron separarse hace 12 años, cuando él tenía 4, después de mantener durante mucho tiempo una relación tensa y conflictiva entre ellos, que persiste incluso en la actualidad, pues al cabo de tantos años son incapaces de ponerse de acuerdo en lo que necesita el chico. Ambos progenitores han reorganizado sus vidas formando otras familias. El padre poco después de la separación conoció a una mujer, con la que se casó y tuvo dos hijas. La madre, después de haber tenido varias parejas, conoció a un hombre también separado que vive con ellos desde hace tres años, y le hace de padrastro. El chico empezó a ir mal hace un año, cada vez le costaba más ir al instituto: se hacía el enfermo para no ir, o decía que iba y se quedaba por el camino. Al cumplir los 16 y con el final de la enseñanza obligatoria se ha quedado como bloqueado, encerrado en una situación de la que a*

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

él le es imposible salir solo, aunque tampoco lo intenta. Parece que los porros y la habitación son su único mundo. La madre y el padrastro toleran mal ésta actitud regresiva, le repiten cada día con más intensidad que así no puede seguir y le amenazan con que le ingresaran en algún sitio para que le traten. En respuesta a una de esas amenazas, un día no pudo más y agredió a la madre. "No soporto como me taladra la cabeza cuando me chilla", especialmente cuando le chilla que se espabile, que se haga mayor, que salga a la calle a estudiar o a buscar trabajo, "como si eso fuera tan fácil"».

Cuando el comportamiento regresivo está mal comprendido y es mal tolerado por el entorno, a menudo provoca respuestas de intensa exigencia por parte de los adultos que tratan de eliminar de raíz lo regresivo a través del control y de la represión. Al adolescente se le intentan aplicar tota una serie de exigencias, objetivos o normas, a la vez que se le trata de "gandul" en unos casos, o se le etiqueta de "negativista y desafiante" en otros. Desde su punto de vista, todos esos requerimientos no hacen sino aumentar el sentimiento de imposición de satisfacer los deseos de los otros, y acentúan la vivencia claustrofóbica que ya es fruto de sus propias tendencias regresivas, abonando el terreno para la proyección, sintiendo que "*son ellos los que no me dejan crecer por sus imposiciones y absurdas exigencias, no soy yo quien no puedo avanzar por mis dificultades*". Y cuando estas dinámicas relacionales se estancan, cuando el adolescente percibe que son los otros los que amenazan su crecimiento y no sus propias limitaciones, tenemos el terreno abonado para la irrupción de la violencia. Lo proyectado puede ser entonces también atacado en un intento desesperado por eliminar lo que se ha localizado como fuente de un intenso malestar.

Otra posible respuesta de un entorno incontinente ante las demandas que el adolescente plantea es la expulsión. La expulsión consumada o el deseo de expulsión, que éste también percibe, aparece en los adultos cuando los recursos personales, grupales o institucionales de contención se han agotado, ya sea por un exceso de exigencia del joven, o bien como consecuencia de dificultades específicas de los propios adultos, grupos o instituciones. Es el momento en el que los adultos empiezan a hablar de "tirar la toalla", y en que se inician las propuestas para deshacerse del adolescente, que ha pasado a convertirse en una especie de pesadilla: aparece la idea de llevarle a un internado, de denunciarlo para que le lleven a un centro, etc. Todo esto provoca una espiral patológica de acciones y reacciones que puede determinar la irrupción de conductas violentas. La expulsión exacerba en el adolescente las ansiedades agorafóbicas. La desatención de los aspectos necesitados de confianza, reconocimiento, estímulos y oportunidades para el desarrollo, provocará una tendencia a la actuación que puede hacer muy difícil su contención. El perseguidor pasa a ser de nuevo el exterior y, como consecuencia de éste ciclo, acaba quedando seriamente comprometida la posibilidad de una elaboración mental que le permita un reconocimiento no catastrófico de sus limitaciones y dificultades, y que le abra la puerta a procesos introyectivos y de aprendizaje que empiecen a sentar las bases de un desarrollo saludable. Encontramos muchas veces estas dinámicas relacionales en los casos que nos llegan derivados con antecedentes de violencia filioparental.

Cuando el adolescente se siente invadido por ansiedades de calidad claustrofóbica, puede también recurrir a la actuación para desprenderse de ellas. Intentará hacer algo para dejar de sentirse un niño acobardado e inútil, y recuperar así un sentimiento de potencia:

«*Carlos era un chico de 16 años que cuando acabó la ESO se puso a trabajar en un almacén. En las entrevistas explicaba que su familia estaba pasando dificultades económicas y que por ello se había visto obligado a ponerse a trabajar. En el almacén los adultos se burlaban de él por su falta de experiencia. Debido a una lumbalgia pidió la baja laboral y se pasó tres meses en cama, encerrado en su habitación. Tras el alta médica, basada exclusivamente en un criterio físico, volvió al trabajo donde le comunicaron que estaba despedido. Ante esta expulsión por parte del entorno, el chico se vio desbordado por la ansiedad que le despertaba el verse nuevamente paralizado, cogió una pistola de imitación y atracó una gasolinera. Explicaba que "necesitaba el dinero para ayudar a su familia", y que "él era capaz de eso y de más"*».

Por sus características defensivas estas actuaciones están más arraigadas en fantasías omnipotentes. Son actuaciones impulsivas y en ocasiones violentas, huidas hacia delante, alejadas de un proceso de pensamiento y de elaboración mental, que cogen por sorpresa al entorno causando muchas veces ansiedad en los adultos por el riesgo que suponen. También vemos este tipo de actuaciones en chicos y chicas que cumplen medidas de internamiento en centros educativos, cuando se les imponen sanciones de aislamiento como consecuencia

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

de haber quebrantado la normativa. El aislamiento puede ser vivido como un encierro insoportable, dando lugar a comportamientos agresivos o violentos.

Intolerancia a la frustración

La intolerancia a la frustración puede ser otro mecanismo que lleve a transgredir y a producir respuestas agresivas en los adolescentes. Si la frustración ya crea cierta agresividad en todas las edades, en esta etapa el aparato mental tiene menor capacidad de contención y menos recursos para canalizarla, particularmente cuando se ha dado una fuerte historia de deprivación y carencias afectivas, como ocurre con frecuencia en los menores que atendemos. Debido a las vivencias tan intensas que tienen, en que las sensaciones de todo o nada son tan corrientes, la frustración se hace especialmente difícil de tolerar pues se puede vivir como que la realidad ya nunca podrá ser de otra manera.

«*Franc, un chico de 17 años que habiendo sido separado de sus padres en la infancia por ser ambos toxicómanos acumulaba una larga historia de déficits afectivos, explicaba así sus episodios explosivos hacia su novia, a la que había agredido en alguna ocasión y por la que había sido denunciado: "… a veces me deja colgado, me cambia el canal de la tele sin avisar cuando estoy viendo un programa que me gusta… ésta vez nos discutimos porque yo quería ir a un bar con mis amigos, y a ella no le dio la gana venir". Reconocía que no podía tolerar la espera, las colas, cuando quería una cosa tenía que conseguirla de inmediato. Recientemente se había peleado con un chico en un bar, al haberle negado éste un cigarrillo "a pesar de que se lo había pedido bien"*».

Si la frustración tiene que ver con alguna cosa que el joven sienta como muy importante para su identidad, el "no tener" o "quedarse sin" puede ser interpretado en su mente como un desesperante "no ser nadie", y por tanto sentirse vacío e incapaz (Soriano et al., 1999). Todo ello puede verse además favorecido por los incesantes mensajes hacia el consumismo procedentes del entorno social, como sucedía con una chica que robaba gomina en el supermercado pues "no podía soportar la idea de salir de casa sin ir suficientemente arreglada y a la moda, como sus amigas".

Identificación proyectiva

La identificación proyectiva es un mecanismo inconsciente que puede tener una finalidad defensiva, al servicio de deshacerse de la ansiedad, o bien puede tener una finalidad comunicativa y estar al servicio de la empatía y la diferenciación (Klein, 1946; Bion, 1962; Torras de Beà, 1989). Cuando se utiliza como defensa, el sujeto, mediante la escisión y la proyección, atribuye e identifica en el otro aspectos intolerables y rechazados u odiados de sí mismo, con la finalidad de desprenderse de ellos y disminuir así la ansiedad que le provocan, haciendo que sea el otro quien sienta y viva aquello que se le ha proyectado. En la adolescencia, debido a las intensas ansiedades que se viven y a la inmadurez del aparato mental, es una defensa frecuente y puede funcionar de forma masiva o intrusiva (Meltzer, 1992), ligándose a un fracaso en la mentalización y/o a la incapacidad de tolerar los aspectos infantiles, que son sentidos como signo de debilidad o fragilidad, siendo proyectados en los otros, a los que se ataca o desvaloriza por ello.

La identificación proyectiva es un mecanismo inicial para aproximarse a lo desconocido. Lo que la hace patológica es la calidad destructiva de lo proyectado y la permanencia de la identificación (Feduchi, 1995). Este mecanismo es frecuente observarlo en relaciones familiares, en grupos de escuela o de barrio, dónde un miembro del grupo recibe los golpes de otro, y a su vez trata de convertirlo en la cabeza de turco de todos los demás. Es el mecanismo por el que se producen muchas conductas violentas de tipo racista y de ataque a indigentes, y que también vemos a menudo –junto al ataque envidioso- en el acoso escolar, también conocido como bullying.

«*Víctor es un chico perteneciente a un grupo skin que, en la primera entrevista de exploración, explicaba así la agresión que llevaron a cabo sobre una persona de raza negra a quien se encontraron durmiendo en la calle: "Le pegamos porque esa gente son una mierda. Este era un desgraciado que estaba tirado por la calle, solo, un pringado. Esa es la palabra: era un pringado". Todos los aspectos débiles, necesitados, infantiles, la soledad… todo lo que él identifica como "ser un pringado o ser una mierda", todo lo distinto que puede sentir en su interior ese chico, está proyectado masivamente afuera, siendo identificado y atacado en el otro, y negado como algo interno y propio. Se defiende a través de una identidad externa llena de complementos y abalorios metálicos que él denomina "hierros", con una apariencia que da miedo y una estética que es una caricatura de fortaleza y dureza. Su grupo le da idea de fuerza, de seguridad, para camuflar y deshacerse del sentimiento de debilidad y de soledad*».

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

No es infrecuente que los adolescentes se sientan muy inquietos con la mirada del otro, respondiendo a veces con conductas agresivas. El "¿Y tú qué miras?" puede mostrar ansiedades persecutorias facilitadas por la identificación proyectiva de aspectos inmaduros no reconocidos como propios, máxime en esta etapa en que de forma normal existen dudas y ansiedades respecto a la identidad sexual y corporal.

Por otra parte, pensamos que las autolesiones que se infringen algunos adolescentes también podrían explicarse en muchos casos a través de la identificación proyectiva. Cuando el adolescente no encuentra vías para conseguir un mayor equilibrio psíquico a través de la descarga sobre otros, la agresión puede realizarse sobre el propio cuerpo. Aunque no en exclusiva, a menudo ocurre en adolescentes con una fuerte tendencia a la actuación que encuentran obstaculizada esa posibilidad de descarga debido a un internamiento forzoso. En muchas ocasiones la autolesión tiene claramente una función ansiolítica frente a un estado emocional insoportable, como refería una paciente ingresada en un centro educativo que, tras una sanción con aislamiento en su habitación que ella consideraba injusta, se presentó a la visita con los brazos llenos de cortes y explicando su sensación después de cortarse: "*de repente te quedas tranquila, te relajas…*". A menudo ese estado emocional insoportable, lleno de sentimientos impensables, está asociado a experiencias de abandono y a ansiedades claustrofóbicas que la propia situación de encierro estimula.

En nuestra opinión, en esta situación el cuerpo se hace depositario de forma masiva, por identificación proyectiva, de la representación de la necesidad que el sujeto está experimentando, y el corte o la autolesión pretenden eliminar la propia existencia de esa necesidad o debilidad a través del ataque a su representante. Una vez conseguida "mágicamente" la extirpación de su necesidad (Winnicott, 1954), la paciente conseguía relajarse, su mente quedaba liberada de la sensación de necesidad insatisfecha que la desesperaba, recuperando su equilibrio. Doctors (1999) también ha subrayado las características de "*estrategia para afrontar una experiencia intensa, abrumadora*" que puede tener la autolesión, lejos de considerarla como expresión de una intencionalidad autodestructiva. Así mismo, podemos entender la autolesión como la dramatización en el cuerpo del mecanismo de disociación cuando falla la mentalización, un "corte mental" al servicio de la defensa frente a determinados estados mentales cuando estos son irrepresentables.

Identificación con el agresor

La identificación con el agresor es un mecanismo descrito inicialmente por Ferenczi (1933) y posteriormente desarrollado parcialmente por A. Freud (1936). Básicamente consiste en un proceso inconsciente por el cual una persona incorpora dentro de sí la imagen mental de otra con la que ha estado relacionada significativamente, y que ha representado una fuente de frustración o de maltrato en el mundo externo, identificándose con ella como forma defensiva patológica de manejar las experiencias traumáticas sufridas en el seno de su relación. El adolescente, en su necesidad de buscar una identidad, puede recurrir a identificarse con una figura poderosa y temida a la que, por eso mismo, se puede idealizar como defensa frente al desvalimiento y la humillación. Veamos un ejemplo clínico:

«*José era un chico de 17 años con una historia de malos tratos en su infancia. El padre, que era alcohólico, a menudo les pegaba a él y a su madre cuando llegaba borracho a casa. En una ocasión, presa de una celotipia desarrollada como consecuencia de su alcoholismo, el padre había acuchillado a la madre en presencia del chico, produciéndole lesiones irreversibles, motivo por el que entró en prisión. A pesar de ello, José siempre hablaba bien de él. Había vivido desde los 7 años en centros de la DGAIA*[6] *con muchos trastornos de conducta que comportaron numerosos cambios de centro, se hacía expulsar... En un permiso de verano se puso a trabajar con una mujer en una granja. Una noche fue al pueblo y volvió borracho, la mujer se lo recriminó y le dijo que se marchara, que ya no le quería ver el día siguiente. No pudo soportar una nueva expulsión: "Me volví loco…", decía; empezó a pegar a la mujer y, finalmente, cogió un cuchillo y se lo clavó*».

El chico se sentía nuevamente expulsado por alguien que le había acogido y que le estaba haciendo sentir que podría tener un proyecto de vida y un futuro normalizado. La frustración era excesiva, era una pérdida más en una historia llena de pérdidas dolorosas, en un segundo

[6] Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia, que ejerce la función de Protectora en Cataluña

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

resintió toda su vida pasada, y de forma inconsciente se identificó con su padre y actuó en la mujer lo mismo que éste había hecho con su madre.

Intolerancia a la necesidad, ataque envidioso

Como hemos ido viendo, es normal en la adolescencia la intolerancia al sentimiento de necesidad, en la medida en que ésta es vivida como vulnerabilidad o fragilidad desde su identidad en construcción. En aquellos casos en que la estructura yoica es especialmente frágil a causa de sus carencias afectivas, a menudo se observan funcionamientos en los que predominan defensas narcisistas, por las que se intenta evitar a toda costa el sentimiento de necesidad y de dependencia afectiva de alguien externo. Como veremos en el capítulo en que trataremos del consumo de drogas, este mecanismo subyace a menudo en la base de las estructuras de personalidad adictivas cuando está muy instalado, aunque también podemos verlo asociado a otros hechos delictivos:

«*Daniel es un chico de 16 años, que procede de una familia desestructurada. Ha sido denunciado por múltiples robos. En la entrevista explica que "Yo robo para tener siempre dinero, no puedo salir de casa sin dinero, sin llevar por lo menos 100 € encima. No puedo soportar entrar en una tienda y ver una cosa que me gusta, una camiseta o unas bambas, y no podérmelas comprar por no tener dinero… En este mundo no puedes confiar en nadie, todos te fallan, tan sólo me interesa el dinero, con él lo tienes todo". En realidad lo que este chico no soporta es sentir la necesidad de alguien. Sentir necesidad se convierte en una amenaza, en un sentimiento vital de vacío insoportable que resuelve proporcionándose mediante el dinero cosas que le calman, lo que le permite tener una sensación de control omnipotente sobre ese malestar*».

Es importante distinguir la intolerancia a la necesidad de la intolerancia a la frustración de la que antes hemos hablado. En esta última el sujeto puede sentir necesidad, pero tolera mal que ésta no se satisfaga de forma inmediata. Por el contrario, el sujeto que no tolera la necesidad rehúye de forma activa ponerse en situación de necesitar, o bien desvaloriza todo aquello que le pueda llevar a tener esa sensación, a menudo idealizando un objeto que la calma sobre el que se ejerce un control omnipotente. No pide, no espera, trata de no quedar expuesto a la dependencia afectiva de alguien, porque pedir, esperar o depender significan sentir necesidad, y esto es activamente evitado por ser fuente de amenaza y malestar.

La envidia, igualmente asociada al funcionamiento narcisista, también es una fuente importante de fantasías agresivas y, en ocasiones, de ataques violentos, pues se trata de un ataque destructivo al objeto bueno. El ataque envidioso tiene por objetivo la desvalorización del objeto, que de esta forma ya no es admirado ni deseado (Klein, 1957). Detectamos en ocasiones esta motivación en la base del acoso escolar o bullying, muchas veces asociada a la identificación proyectiva.

«*Lara era una chica de 16 años, que cumplía una libertad vigilada por un delito de amenazas y lesiones en el contexto escolar. Junto a dos amigas amenazaban e insultaban a una compañera de clase, de aspecto frágil y con muy buenos rendimientos académicos, procedente de una familia normalizada. Finalmente un día la agredieron al salir de clase, lo que motivó la denuncia. Lara y sus amigas eran repetidoras, con malos rendimientos, líderes negativas de su clase y todas procedían de familias rotas. En la entrevista de exploración dijo la siguiente frase: "Esa niña es muy, pero que muy tonta, una empollona, una pija…. ¡no la puedo soportar!". Lo que Lara no podía soportar eran sus propios aspectos débiles y limitados, que estaban identificados y proyectados en la víctima, ni la envidia que le producía que ésta fuera una estudiante brillante y tuviera una familia normal*».

Psicopatología previa o emergente en esta etapa

En algunos trastornos psicopatológicos graves, como son las depresiones, psicosis, psicopatías o adicciones, podemos encontrar a veces antecedentes en el funcionamiento previo del individuo. En estos casos la crisis de adolescencia no hace más que reactivar síntomas que ya estaban presentes de alguna forma antes, como por ejemplo sucede en algunos casos de trastorno de conducta que ya tenían antecedentes de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la infancia. Pero también la adolescencia, por los cambios estructurales que en sí misma comporta, puede marcar el inicio de un cuadro psicopatológico severo, dándose en ese momento las primeras manifestaciones clínicas del trastorno.

El principal riesgo de la agresividad de los adolescentes que padecen una depresión, especialmente cuando ésta reviste características melancólicas, es que aquella se dirija hacia el propio individuo en forma de conducta suicida. Más del 90% de los adolescentes víctimas de suicidio padecen un trastorno psiquiátrico, que en la mayoría de los casos es una depresión (Shain, 2007). Cuando el adolescente no encuentra salidas que le permitan su desarrollo, cuando siente que ha perdido el

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

tren para siempre, y especialmente si encuentra respuestas intolerantes del entorno, su vivencia de fracaso puede ser tan masiva que tan sólo vea el paso al acto suicida como la única solución desesperada a su sufrimiento.

En otras ocasiones la adolescencia marca el inicio de una psicosis, y la violencia puede ser la primera manifestación conductual de un trastorno con predominio de delirios y/o alucinaciones:

«*Un chico de 16 años, que vivía sólo con su padre porque su madre, que sufría un trastorno mental, se había suicidado, agredió gravemente a una chica de su escuela porque escuchaba en su cabeza voces de la chica que se burlaban de él, se reían y le criticaban*».

En algunos casos nos encontramos con que se ha ido estructurando una psicopatía. En ellos, el funcionamiento del individuo está dominado por defensas egosintónicas de triunfo y control omnipotente. Veamos un caso:

«*Miguel era un chico de 17 años que provenía de una familia en que el padre y dos hermanos estaban en prisión por atracos y tráfico de drogas. Estaba cumpliendo una medida de internamiento cerrado en un centro de menores por robos con fuerza: se había "especializado" en entrar en fábricas de zonas industriales, y en dar "golpes" que le reportaban mucho dinero. Explicaba su último robo como un desafío a saltarse las medidas de seguridad de esos edificios (alarmas, vigilantes…), y comentaba de forma triunfante como él podía ganar en una noche todo lo que un trabajador tardaba un año en ganar. El estar en un centro formaba parte "del oficio". Su relato era egosintónico con su forma de vida, no había ansiedad, ni crítica, ni sentido de responsabilidad, tan sólo una vivencia de triunfo y desprecio sobre los demás. Parecía que la adolescencia había desaparecido, se había organizado un futuro y una identidad de delincuente inteligente y calculador, despreciando otro tipo de salidas. La ayuda terapéutica no fue posible, y tampoco aceptó las posibilidades educativas que le ofrecía el centro de menores, sino que pidió el traslado a la prisión de adultos*».

Por fortuna, casos como éste son los menos. En nuestra experiencia tratando a adolescentes transgresores en conflicto con la Justicia, los casos en que predomina estrictamente un funcionamiento psicopático son muy poco frecuentes. Todos los otros mecanismos que hemos descrito, la verificación, la salida del aburrimiento, la necesidad de adquirir una identidad por vía rápida, la falta de contención de ansiedades claustro y agorafóbicas, la identificación proyectiva para deshacerse de aspectos débiles y necesitados, la intolerancia a la frustración, la identificación con el agresor, la intolerancia a la necesidad o el ataque envidioso, nos permiten entender, en la mayoría de ocasiones, la conducta transgresora que han llevado a cabo los adolescentes que atendemos.

Como hemos dicho al principio del capítulo, pensamos que en la adolescencia es fundamental hacer un diagnóstico preciso de las motivaciones subyacentes a las conductas delictivas, puesto que a menudo nos llegan los casos con la etiqueta de trastorno de conducta, conducta disocial, trastorno negativista-desafiante o similares, que no nos informan en absoluto del porqué de dichas conductas, o bien con el diagnóstico de psicopatía, cuando no lo son. Es necesario *ir más allá* y entender qué hay detrás de la conducta transgresora, qué la promueve desde el punto de vista intrapsíquico y relacional, entendiéndola en el contexto de esta etapa evolutiva y preguntándonos qué papel juega el entorno en su inicio o mantenimiento. Tan solo así se podrá ofrecer una ayuda efectiva a estos chicos que, de otra forma, corren el grave riesgo de quedar con la etiqueta de "psicópatas" o "antisociales" y, por ello, sin posibilidad de recibir ayuda desde la Salud Mental, con el camino abonado hacia la marginación, la delincuencia y, en algunos casos, la prisión cuando sean adultos.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. y Knobel, M. (1980). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico (Edición Revisada, 1994)*. Buenos Aires: Paidós.

Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: William Heinemann. Ediciones traducidas al castellano, 1980, 2003. Buenos Aires: Paidós.

Corominas, J. (1973). *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. 3ª ed*. Madrid: Gredos.

Diatkine, R. (1966). Agressivité et Fantasmes d'Agression. *Revue Française Psycha-nalyse, 30*. Citado en Perelberg, R. J. (1995). Violence in Children and Young Adults: A Review of the Literature and Some New Formulations. *Bul. Anna Freud Centre*, 18: 89-122.

Diatkine, R. (1984). Agression et Violence. R*evue Française Psychanalyse*, Vol 48(4), 937-946. Citado en Perelberg, R. J. (1995). Violence in Children and Young Adults: A Review of the Literature and Some New Formulations. *Bul. Anna Freud Centre*, 18: 89-122.

Doctors, S. R. (1999). Further Thoughts on "Self-Cutting": The Intersubjective Context of Self-Experience and

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

the Vulnerability to Self-Loss. *Psychoanal. Rev.*, 86:733-744. Traducción al castellano en *Aperturas psicoanalíticas*, nº 27. Diciembre 2007 [on-line] Recuperado el 12 de enero de 2013 de http://www.aperturas.org/27doctors.htlm

Edgcumbe, R.y Sandler, J. (1974). Some comments on agression turned against the self: a brief communication. *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol 55:3, 365-367. Citado en Perelberg, R.J. (1995). Violence in Children and Young Adults: A Review of the Literature and Some New Formulations. *Bul. Anna Freud Centre*, 18: 89-122.

Emde, R. N. (1998). Yendo hacia adelante: Las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y en el Psicoanálisis. *Psicoanálisis APdeBA*, Vol XX-nº 3: 473-516.

Erikson, E. H. (1964). Memorándum sobre la Identidad y la Juventud Negra. En: *Un modo de ver las cosas* (1994). Escritos selectos de 1930 a 1980. México: Fondo de Cultura Económica.

Feduchi, L. (1989). Diagnóstico Psicológico y Decisión Judicial. En *El Tractament Institucional en el Marc de la Mesura de Menors. Jornades sobre Educació i Control*. Barcelona: Publicaciones del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.

Feduchi, L. (1995). El Adolescente y la Violencia. Reflexiones Clínicas. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* (Revista de la SEPYPNA), 19-20, 47-58.

Feduchi, L., Mauri, L., Raventós, P., Sastre, V. y Tió, J. (2006). Reflexiones sobre la Violencia en la Adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 8: 19-26.

Feduchi, L., Tió, J., Mauri, L. (2008). Identitat i Violència a l´Adolescència. *Revista Catalana Psicoanàlisi,* XXV/2: 37-51.

Ferenczi, S. (1933). Confusión de Lenguas entre los Adultos y el Niño. En *Obras Completas de S. Ferenczi* (1984), tomo IV, pp. 144-148. Madrid: Espasa-Calpe.

Fonagy, P., Moran, G. y Target, M. (1993) Aggression and the Psychological Self. *Int. J. Psycho-Anal.*, 74(3), pp. 471-485. Citado en Weintrobe, S. (1995) Violence and Mental Space. *Bul. Anna Freud Centre*, 18: 149-164

Fonagy, P. y Target M (1999). Towards understanding Violence: the use of the Body and the role of the Father. En *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. Perelberg, R.J. (ed) (pp. 44-62). London: Routledge.

Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense* (rev.). New York: International Universities Press.

Jeammet, P. (2002). La Violencia en la Adolescencia: una Respuesta ante la Amenaza de la Identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 33/34: 59-91.

Klein, M. (1946). Notas sobre algunos Mecanismos Esquizoides, en *Obras Completas de M. Klein* (1990), Vol. III. Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1957). Envidia y Gratitud. En *Obras Completas de M. Klein* (1990), Vol. III. Buenos Aires: Paidós.

Meltzer, D., Milana, G., Maielo, S. y Petrelli, D. (1982). The Conceptual Distinction between Projective Identification (Klein) and Counter-Contained (Bion). *J Child Psychoter*, 8 (2): 185-202.

Perelberg, R. J. (1997). El interjuego entre identificaciones e identidad en el análisis de un joven violento: cuestiones sobre la técnica. *Libro anual de Psicoanálisis (2001)*, XV: 27-40.

Puhl, S.M., Varela, O., Sarmiento, A.J. e Izcurdia, M.A. (2005). *La Psicología en el Campo Jurídico*. Buenos Aires: ECUA.

Shain, B. and the Committee on Adolescence (2007). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*; 120: 669-676.

Sohn, L. (1995). Unprovoked assaults: making sense of apparently random violence. *Int. J. Psycho-Anal.*, 76: 565-575. Citado en Perelberg, R.J. (1997). El interjuego entre identificaciones e identidad en el análisis de un joven violento: cuestiones sobre la técnica. *Libro Anual de Psicoanálisis (2001),* XV, 27-40.

Soriano, A., Tió, J. y Mauri, L. (1999). Adolescents i Llei. *Libro de Actas de las III Jornadas del Departamento de Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Fundación Hospital Sant Pere Claver.

Tió, J. (2011). La Transgresión de la Ley como Síntoma: Medidas Judiciales y Psicoterapia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* (Revista de la SEPYPNA), 51/52: 66-83.

Torras de Beà, E. (1989). Identificació Projectiva i Diferenciació. *Revista Catalana de Psicoanàlisi,* Vol. VI (2): 195-209.

Weintrobe, S. (1995). Violence and Mental Space. *Bul. Anna Freud Centre*, 18: 149-164.

Winnicott, D. W. (1954). *Deprivation and Delinquency*. Edición traducida al castellano y revisada, 1990. Buenos Aires: Paidós.

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

CUESTIONAMIENTO DE LOS VÍNCULOS Y CRISIS*

THE QUESTIONING OF BONDS AND THE CRISIS

José Manuel Martínez Rodríguez**

RESUMEN

La relación entre la demanda de atención en salud mental infantojuvenil y la provisión de servicios habitualmente se articula entono a una crisis relacional individual y del grupo familiar. En ella se hace más evidente el tipo de vínculos establecidos entre los miembros de la familia y se entienden mejor las adaptaciones defensivas del niño/a/a o el adolescente a las presiones conscientes e inconscientes de su grupo familiar. Un análisis en profundidad de la psicopatología de niño/as/as y adolescentes muestra que en la mayor parte de los casos nos encontramos ante un conjunto de reacciones normales frente a situaciones excepcionales que dificultan la consecución de alguna de las tareas evolutivas del desarrollo. En este contexto adquiere relevancia el tipo de relación terapéutica que los servicios de salud mental infantojuvenil establecen con los usuarios, así como la reflexión sobre sus potencialidades y sus límites.

Palabras clave: Crisis, niño/as y adolescentes, apego, vínculo, psicoterapia.

ABSTRACT

The relationship between mental health requests made by clients and professional service provision often revolves around an individual or family relational crisis. Former attachment patterns become more evident during crisis and children and adolescent defensive adaptive reactions to conscious and unconscious family group pressures are better understood at crisis time. Deep analysis of children and adolescent psychopathology show that in most cases we are dealing with normal reactions to exceptional situations that make it difficult for the child to achieve some developmental tasks in emotional maturation. In this context is highly relevant the kind of therapeutic relationship that mental health teams establish with clients, being very important to reflect about its potentialities and limits.

Keywords: Crisis, children and adolescents, attachment, bonding, psychotherapy.

LA DEMANDA ASISTENCIAL COMO PRODUCTO DE LA CRISIS DEL SUJETO Y SU FAMILIA

El contacto con los servicios públicos se produce en un momento de crisis del sujeto y de la familia. La interficie de contacto entre la demanda asistencial y los servicios públicos de salud mental infantojuvenil viene caracterizada por un momento de desequilibrio, un período de estrés, que no se produce en el vacío sino en el campo de las relaciones interpersonales. Caplan (1964)

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

** Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil. Hospital Rio Hortega. Valladolid. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. E-mail: inst.atpi@gmail.com

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

consideraba que una crisis viene dada por la percepción de un conflicto o problema importante como algo amenazante, no resoluble por medio de los mecanismos de defensa disponibles y que genera un estado de desequilibrio social. Como consecuencia es esperable un aumento de la tensión y la ansiedad, disminuyendo la actividad cognitiva y produciéndose una desorganización de la conducta. Otro de los pioneros en el estudio de las crisis, Donald Langsley (1968), definía la crisis como: "*... una respuesta a un estrés externo o interno que no puede ser dominada por los mecanismos que permiten, en la persona estresada, hacer frente a esta dificultad*". Este autor señalaba como el Yo sufre el riesgo de incurrir en un desequilibrio, incluso en una desorganización.

Si concebimos las demandas en salud mental infantojuvenil como inscritas en un amplio continuum de crisis de variable intensidad, podemos entender la solicitud de ayuda como un fracaso relativo de la estructura del grupo familiar para contener una situación generadora de ansiedad. Nos encontramos ante una situación en la que los mecanismos de defensa previos del sujeto no resuelven el conflicto. Tradicionalmente se considera que la crisis que está en el origen de la demanda es una oportunidad de progresión o bien una señal de peligro en la que el individuo no puede responder más que con la descompensación o la regresión.

A la vez en la demanda de atención podemos apreciar la falta de resignación a la insatisfacción de una necesidad y por tanto el cuestionamiento de un sistema de vínculos que la dejan insatisfecha. Por otra parte es útil tener en cuenta que la crisis es un fenómeno intersubjetivo, de puesta a prueba de los mecanismos de defensa de los miembros de la familia que expresa a la vez la intensidad de la resistencia, y la lucha contra la discontinuidad. Esta defensa conlleva el riesgo de impedir las transiciones y ritos de paso madurativos y, aunque no siempre, a menudo coincide con una crisis del grupo natural o con una crisis evolutiva. En estos casos se presenta como un desbordamiento o como el resultado de la imposibilidad de elaborar la crisis evolutiva constituyéndose como una "barrera al tratamiento" potencial (Andreoli y cols., 1986; Diatkine y cols., 1991).

Una mujer de 35 años consulta porque está muy ansiosa y se da se da atracones. Tiene un hijo de doce meses que está comenzando a caminar. "A veces pienso que mi hijo es tonto porque quiere correr en lugar de que le lea cuentos". Es la pequeña de cuatro hermanos varones. Nació por "accidente" cuando su madre tenía 49 años. No la esperaban. Nació con una luxación congénitade cadera que no le diagnosticaron hasta el año y necesitó llevar una prótesis hasta los tres: unos pantalones de escayola y una barra en los pies correctora que tenía 24 horas al día. A los tres años aprendió a caminar. Antes no la dejaban y luego no podía correr al nivel que otras niñas de su edad ni estar a su altura. También en el colegio era difícil para ella el hacer actividades físicas por lo cual se refugió en la lectura, que pasó a ser su actividad favorita y actualmente forma parte de su identidad. En el momento actual, el desarrollo de su hijo moviliza vivencias arcaicas no resueltas que condicionan su forma de percibir y responder a las necesidades evolutivas de su hijo.

La crisis es un momento de puesta a prueba de la eficacia de los patrones de apego previos e incluso de reexperimentación de los momentos cruciales que condujeron en la historia del sujeto al establecimiento de una forma particular de vinculación con las figuras significativas. Permite visualizar con la mayor claridad los patrones de apego que articulan en profundidad las modalidades relacionales de los sujetos que demandan atención, sus posibilidades, sus debilidades y los riesgos que conllevan.

LA CODIFICACIÓN NEUROLÓGICA DE LAS ADAPTACIONES PREVERBALES

Hoy en día podemos decir que las primeras adaptaciones relacionales se producen ya en el período de lactancia y que dichas adaptaciones preverbales revisten una importancia crucial para el desarrollo del sujeto. Se considera que un tercio del genoma directamente configura las conexiones intracerebrales (Siegel, 2006). Así como los genes son muy importantes para promover el desarrollo sabemos que la experiencia también configura las conexiones neuronales. Los genes nos dotan de posibilidades que la experiencia modula a través del aprendizaje. La especie humana nace con una prematuridad que requiere de la existencia de una matriz social en la que el neonato encuentre la protección y la estimulación necesarias para que se produzca su supervivencia, se garantice su desarrollo, se promueva el aprendizaje y que permita la transmisión de pautas, saberes y comportamientos no codificados genéticamente.

Diversos autores han establecido la búsqueda de relaciones como el impulso primero y básico de los seres humanos (Fairbairn, 1952; Bowlby, 1969; Berne, 1961; Klein, 1997; Erskine, 1999, 2015). Bowlby (1969) es el autor que dio una forma etológica a las concepciones

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

relacionales de autores como Fairbairn (1952). Estudió el sistema de apego en los seres humanos como un dispositivo neurobiológico que se activa en orden a establecer relaciones con otros seres humanos:

"*El apego es un sistema cerebral innato que se desarrolla organizando e influyendo en los procesos motivacionales, emocionales y mnésicos con respecto a las figuras de cuidado primarias significativas*".

Se trata de un sistema que articula en las primeras etapas de vida la relación con los cuidadores primarios y que se estabiliza muy pronto ya que antes de transcurridos los primeros 12 meses de vida todo bebé ha desarrollado un fuerte lazo específico y diferencial con una figura materna. A través de diversas conductas observables como el grito, la movilidad, etc. se percibe la forma en la que los bebés buscan la proximidad con un individuo específico de su entorno, en este caso su madre. También se puede observar la manera en que las madres sintonizadas responden con una conducta materna recíproca. Bowlby planteó el carácter filogenético que fundamenta el desarrollo ontogenético de estas pautas de aproximación mutuas en la díada madre-hijo ya que se pueden también observar en distintas especies de aves, mamíferos y primates prolongándose hasta la pubertad y en algunos casos durante toda la vida como en las especies unguladas tales como ovejas, ciervos, bueyes, etc.

Para Bowlby el apego es un Sistema motivacional asentado en el Sistema Nervioso Central que mantiene la proximidad con los cuidadores que protegen de amenazas externas y regulan el estado interno del organismo de forma que el infante se pueda dedicar a otras actividades (Bowlby, 1969).

Hay una evidencia creciente de que el sistema de apego es un sistema nuclear con un papel organizador en el cerebro de los mamíferos sociales, que permite a sus crías utilizar a sus pares para regular sus estados internos hasta que sus propias funciones psiconeurobiológicas maduren y se vuelvan autónomas. Para Siegel (1999) "*La mente en proceso de desarrollo usa los estados de una figura de apego para que le ayuden a organizar el funcionamiento de sus propios estados*". El diseño u organización del apego en la infancia se asocia con la eficiencia futura en la regulación emocional, las relaciones sociales, el acceso a la memoria autobiográfica, el desarrollo de la autorreflexión y la narración coherente de las propias experiencias (Main y cols, 1985; Main, 1995; Fox, 1995; Oppenheim y Waters, 1995).

Como han señalado Amini y cols. (1996) el sistema nervioso central en desarrollo requiere regulación externa y sintonía por parte de otros. Desde el punto de vista fenomenológico esto corresponde con los estados de sintonía compartida en forma de estados "diádicos de conciencia" de madre e hijo. Estas experiencias tempranas de apego se codifican como memoria procedimental y se internalizan estableciendo un patrón relacional con otros seres humanos a partir de las primeras experiencias intersubjetivas del lactante.

Nuestro cerebro es el órgano social del cuerpo (Siegel, 2006). La naturaleza intersubjetiva del cerebro humano viene subrayada por el descubrimiento de un Sistema de neuronas espejo en el córtex premotor y en otras áreas del cerebro que sirve como un correlato neurobiológico de la comprensión de las acciones de otros, de la comunicación no verbal y de la empatía (Rizzolatti y col., 1995; Rizzolatti y cols., 1,996; Rizzolatti y Arbib, 1998; Pally, 2000; Pally, 2007; Wolf y col, 2001). Rizzolatti y Arbib (1998) sugieren que las neuronas espejo proporcionan un mecanismo de "reconocimiento de la acción": las acciones del que actúa se reproducen en la corteza premotora del que las observa. Wolf y col., (2001) sugieren que, mediante las neuronas espejo, el observador mejora su capacidad para reconocer la intención del que actúa. Pally (2000) lo expresa de este modo: "yo comprendo tus intenciones al darme cuenta de cuál serían mis intenciones si estuviera haciendo lo que tú estás haciendo". El Sistema de neuronas espejo se cree pues que es esencial para explicar las bases neuronales de la empatía y de la sintonía afectiva (Gallese, 2003; Iacobini y Siegel, 2004). Percibiendo las expresiones de otro, el cerebro es capaz de crear en el cuerpo del observador un estado interno que "resuena" con el de la otra persona. Esta resonancia conlleva un cambio en los estados fisiológicos, afectivos e intencionales del observador participante que están determinados por la percepción de los estados de activación del otro de la relación. De esta manera las respuestas mutuas entre la madre y el bebé se producen de manera sintónica y promueven el desarrollo evolutivo.

Cuando se produce una falta de sintonía crónica entre la madre y el bebé hay un riesgo de que éste realice adaptaciones limitantes de su desarrollo. Varios autores han estudiado como el impulso innato hacia el apego se modifica, se adapta y se diferencia en función de la eficacia de la interacción del bebé en desarrollo con su medio ambiente humano. Por ejemplo, Fraiberg (1980) describió ya a los tres meses una respuesta de evitación

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

selectiva y discriminativa, en virtud de la cual el bebé llega a evitar a la madre pero no al padre, escaneando el entorno y eliminando selectivamente la percepción de su madre. El bebé no busca su mirada ni sonríe o vocaliza en respuesta a su rostro y su voz. También describió a los cinco meses una respuesta de congelación en situaciones amenazantes en la que el bebé muestra una inmovilización completa postural, de la motilidad y de la articulación. El bebé no busca reaseguramiento en su madre, no la toca ni la mira y permanece con la mirada fija perdida en el vacío.

En el Estudio de Baltimore Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall (1978) mostraron que lo bebés a los 12 meses, antes de la adquisición del lenguaje, ya han diferenciado diferentes patrones de apego con otros seres humanos. Además describieron la relación entre los diversos tipos de apego y el comportamiento de las madres: las madres de los niño/as seguros habían mostrado ser las más sensibles a sus reacciones domésticas durante los tres primeros meses de vida. Las madres de los niño/as evitativos habían mostrado más rechazo, especialmente del contacto corporal estrecho. Las madres de los niño/as ambivalentes habían respondido muy inconsistentemente en respuesta a las conductas de apego de sus hijos comportándose a veces de manera sensible pero muchas otras ignorando o rechazando a sus hijos. Más tarde en el primer año de vida, los niño/as seguros tenían las interacciones más armoniosas con sus madres, mientras que las de los niño/as evitativos y ambivalentes eran más problemáticas.

Así pues, el sistema de apego innato, genéticamente preprogramado, se ve modelado por la experiencia. Cada una modalidad de apego es una forma de adaptación al entorno temprano. Hoy en día sabemos que los primeros vínculos, los más profundos y que se convierten en el molde para el establecimiento de futuras relaciones, son preverbales. Éstos vínculos se sitúan entre lo innato y lo adquirido inscribiéndose en el sistema de memoria procedimental como procedimientos neurológicos preverbales. Podríamos decir que el modelo de vínculo que influirá en el resto de las relaciones del/a niño/a a lo largo de su infancia y posteriormente en su vida adulta es una forma de equilibrio relacional preverbal codificado como una pauta de memoria procedimental. Este tipo de vínculo afectará también las adaptaciones y aprendizajes posteriores que el niño/a/a realice tras la adquisición del lenguaje y a todo lo largo de su desarrollo evolutivo.

EL SISTEMA DE APEGO COMO ANTÍDOTO CONTRA EL ESTRÉS

El Sistema de apego protege contra el estrés tanto en la infancia como en la vida ulterior. Rutter (1985) introduce esta dimensión tranquilizadora en su definición de las conductas de apego. Para este autor la respuesta diferencial a la madre es un aspecto necesario pero no suficiente para definir las conductas de apego. Las características específicas del vínculo para este autor son cuatro. La primera es que en situaciones de estrés la conducta de aproximación se intensifica con independencia de la respuesta de la persona de apego, mientras que el juego social se inhibe por la ansiedad. La segunda es que el vínculo proporciona un efecto de base segura: el niño/a/a se aparta de su madre en excursiones exploratorias volviendo a ella a intervalos en busca de seguridad. La tercera es que los niño/as/as sienten menos estrés y malestar en una situación extraña si está presente un familiar. La cuarta es el conocido fenómeno de la protesta por la separación que se desarrolla entre los 6 y 7 meses y que se muestra en la secuencia de reacciones observada en los niño/as en sanatorios: Fase de protesta, Fase de desesperación y Fase de desapego.

Para este autor hay otras tres características que definen la naturaleza de los objetos de vínculo: La primera es que es irrelevante que el objeto de apego alimente o no, por ejemplo pueden ser objeto de vinculación tanto madres como padres e incluso objetos inanimados. La segunda que el maltrato aumenta considerablemente la conducta de aproximación. La tercera que es importante la cantidad de tiempo en interacción recíproca activa con el niño/a.

Sabemos que la conducta de apego se desencadena y observa mejor en situaciones que son estresantes, amenazantes, que inducen miedo o que evocan esos estados en la memoria del niño/a/a (Solomon y George, 1999). Especialmente en el momento de la primera consulta realizada a los servicios de salud mental infanto-juvenil estamos en buenas condiciones para observar las características particulares del patrón de apego de un niño/a y el de sus padres, así como el grado de eficacia o de ineficacia en la interrelación mutua de dichos patrones.

Los padres con elevado sentimiento de desvalimiento experimentan niveles de estrés elevados diariamente (George y Solomon, 1997) y esto les pone en dificultades para ayudar a sus hijos/as en períodos críticos del desarrollo. Solomon y George (1999) muestran que los patrones de apego son débiles o sin estabilidad en muestras de madres sometidas a elevado estrés ambiental

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

(Schneider-Rosen y Rothbaum, 1993; Lyons Ruth y cols., 1991) o que sufren cambios importantes en las circunstancias familiares.

Cuanto más tempranas son las dificultades mayor el impacto en el neurodesarrollo a través del sistema neurobiológico sensible al estrés que es el Sistema Límbico-Hipotálamo-Hipófisis-Glándulas suprarrenales. Hoy en día sabemos que el estrés tiene efecto tóxico sobre el cerebro joven: la descarga de hormonas de estrés conduce a una muerte excesiva de las neuronas en vías cruciales que incluyen el neocórtex y el sistema límbico, las áreas responsables de la regulación emocional. (Sigman y Siegel, 1992; Perry, 1995, 1997; Karr-Morese y Wiley, 1997). El estrés tiene un gran impacto sobre el cerebro en desarrollo dado que el cerebro alcanza el 80-90% de su volumen definitivo durante el primer año de vida (Allen, 2000). Este autor señala como el desarrollo del córtex orbitofrontal, importante para la memoria autobiográfica, depende de que el bebé reciba una estimulación apropiada por parte de sus figuras de apego mediante sintonía afectiva, comunicación cara a cara y contacto visual. La amígdala y el córtex orbitofrontal, especialmente en el hemisferio no dominante, tienen células que responden a la expresión facial y a la dirección de la mirada (Brothers, 1997). Hay además una evidencia de una reducción del volumen del hipocampo en niño/as/as abusados/das (Perry y cols., 1995). Incluso acontecimientos menos severos puede producir defectos en la capacidad para interpretar la entonación vocal y las expresiones faciales así como para comprender la mente de los otros (Fonagy y Target, 1997). De hecho las personas con historia de un patrón de apego inseguro evitativo son propensas a comprender mal las señales no verbales que reflejan los estados emocionales de los demás (Allen, 2000).

Las modalidades de apego inseguro son adaptaciones que no consiguen eliminar la ansiedad interna y que implican el riesgo de que el infante experimente niveles de estrés más elevado que los que disponen de modalidades de apego seguro. De hecho los estilos de apego establecidos por el bebé en la primera infancia modulan la vulnerabilidad a diversos acontecimientos vitales a lo largo de su desarrollo, y esto tanto directamente como de forma indirecta a través de la capacidad para utilizar el apoyo social disponible (Brown y Harris, 1978). El apego inseguro al año se correlaciona significativamente con el desarrollo de psicopatología a los seis años ante acontecimientos vitales estresantes (Lewis y cols., 1984). Más adelante al final de la adolescencia, en la juventud y en la vida adulta el estilo de apego influye en el inicio de un problema psiquiátrico de tres maneras (West y cols., 1986): dando origen a una vulnerabilidad no específica al estrés, reduciendo la capacidad del individuo para establecer y utilizar redes sociales de ayuda y por consiguiente para obtener apoyo en momentos de estrés, e influyendo en la forma en la que el sujeto evalúa los acontecimientos vitales y reacciona ante ellos.

ADAPTACIONES INFANTILES A LAS FUENTES DE ESTRÉS Y CRISIS EN EL DESARROLLO EVOLUTIVO ULTERIOR

Tras el establecimiento de un patrón específico de apego en el primer año de vida el infante realizará ulteriores adaptaciones al entorno en que tiene lugar su desarrollo evolutivo. Estas adaptaciones tienen por objeto reducir su ansiedad pero pueden limitar el desenvolvimiento de sus capacidades personales bien de manera generalizada o en situaciones específicas. Las adaptaciones infantiles se producen ante situaciones anómalas provenientes de la desestructuración del entorno pero también ante la presión de los deseos y temores inconscientes de los padres. Esta presión se acrecienta en las crisis evolutivas y también en aquellos períodos evolutivos que evocan en los padres recuerdos de situaciones emocionales no resueltas como hemos visto en la primera viñeta clínica presentada arriba.

Los infantes están expuestos a estrés crónico cuando se dan circunstancias de negligencia continuada, abuso continuado físico, sexual o emocional. Pero también cuando hay falta de sintonía continuada en la respuesta parental a las necesidades básicas y relacionales tanto durante el desarrollo preverbal como en el período posterior a la adquisición del lenguaje. Algunos autores (Bowlby, 1973, Barach, 1991; Liotti, 1992, 2009; Ogawa y cols, 1997; Dutra y cols., 2009) han señalado la importancia de la cualidad de la relación en los primeros años de vida, de forma que la falta de respuesta afectiva positiva o el aplanamiento afectivo generan en el niño/a el terror de no ser visto o escuchado. Estudios prospectivos y de seguimiento han puesto de manifiesto como, no sólo los traumas, sino también "la cualidad de la comunicación materna en la infancia explica la mitad de la varianza en los trastornos disociativos a los diecinueve años"(Dutra, Bianchi, Siegel y Lyons-Ruth, 2009).

Quizá una de las tareas de aprendizaje más importantes que los niño/as/as tienen en la primera y segunda infancia sea el adaptarse a los deseos y temores inconscientes de los

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

padres. El tipo de adaptación realizada va a determinar la imagen de sí mismo, de los demás y de la vida, una matriz en la que se contextualizarán el resto de aprendizajes y adquisiciones. Buena parte de la psicopatología infantil se puede entender como un conjunto respuestas normales que los niño/as dan a situaciones excepcionales originadas por conflictos parentales inconscientes.

Berne (1957) subrayó la forma en la que los niño/as/as en la primera infancia, inmersos en una matriz de relaciones presimbólicas y subsimbólicas, son capaces de intuir los conflictos parentales que se relacionan con la crianza a través de lo que denominó la imagen primaria y el juicio primario. La Imagen primaria en las relaciones con los padres es "*...la imagen presimbólica, la representación no verbal de transacciones interpersonales*..." (Berne, 1955). Es la impresión corporal en el niño/a de la forma de relacionarse que tiene un otro significativo. Otros autores la entienden como "… un conjunto de sensaciones, organizadas al margen de la conciencia, que reflejan su experiencia de otro antes de que el niño/a haya tenido acceso a palabras o símbolos". (Cornell y Landaiche, 2006).

A su vez el juicio primario es "*... una imagen de la realidad que afecta a la conducta y a los sentimientos hacia la misma. Se forma combinando entre si impresiones sensoriales con tensiones internas basadas en las necesidades presentes y en experiencias pasadas*" (Berne, 1955).

En los períodos preedípico y edípico el sujeto dispone ya de una representación, un protocolo, del drama familiar que le concierne. En la observación del desarrollo podemos apreciar como "… el drama original, el protocolo se completa generalmente en los primeros años de la infancia, a menudo a la edad de cinco años, y ocasionalmente antes" (Berne, 1963). Otros autores se refieren con posterioridad a este protocolo infantil como "*... la encarnación literal de los patrones de relación repetitivos y a menudo afectivamente intensos que preceden al desarrollo de las capacidades del ego infantil*" (Cornell y Landaiche, 2006).

En el análisis de niño/as y de adultos podemos comprobar la importancia que tienen las decisiones defensivas y creencias infantiles que se elaboran en la primera infancia acerca de sí mismo, los demás y la vida sobre la base de un protocolo familiar específico. Para Berne (1964, 1966, 1973) implican una aceptación discrecional de las directrices parentales y son una adaptación defensiva en favor de la supervivencia biológica y social. Conllevan la ilusión de un premio en el futuro pero limitan la autonomía del sujeto y condicionan el plan de vida del mismo en sus aspectos más importantes, por ejemplo cómo vivir, de qué manera, con qué tipo de personas, etc. por lo que pueden concebirse como una forma de preprogramación inconsciente o guión del comportamiento del sujeto en circunstancias de estrés. "*Un guión es un programa progresivo creado en la infancia del individuo bajo influencias parentales que dirige la conducta del individuo en los aspectos más importantes de su vida* (Berne, 1973). Este autor describe las sucesivas adaptaciones que estas defensas arcaicas sufren a lo largo de la segunda infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta para responder al estrés y la angustia que diversas circunstancias ambientales reevocan en el sujeto. Esta preprogramación inconsciente del sujeto determina el grado de vulnerabilidad en su vida al estrés, tanto al inherente a factores evolutivos como al que proviene de factores externos como pérdidas, requerimientos sociales, catástrofes, etc. Erskine (1979, 1993, 1997, 1999, 2003, 2015) describe la forma en que se establecen estas defensas ante rupturas relacionales tempranas por dificultades en la sintonía con las necesidades de la persona en desarrollo. Estas rupturas estimulan la formación de reacciones corporales de supervivencia, conclusiones y decisiones cognitivas, así como introyecciones autorreguladoras, que si bien favorecerán una adaptación a corto plazo limitarán el funcionamiento del sujeto a lo largo de su vida.

Estas defensas establecidas en la primera infancia pueden ser en sí mismas perturbadoras y condicionar el bienestar del sujeto en el día a día, especialmente cuando comportan la búsqueda de estímulos para mantener el sentimiento del self. También cuando condicionan una agitación permanente para descargar la angustia, o si implican conductas autodestructivas.

Otra fuente de estrés en la infancia es el generado por las limitaciones internas para resolver problemas derivadas de los propios patrones de apego inseguros, reacciones de supervivencia, conclusiones y decisiones infantiles. La preprogramación inconsciente del sujeto supondrá un factor de presión interna adicional que determinará que el sujeto viva como amenazantes situaciones que no lo son. Es el caso del fracaso escolar en niño/as con estructura obsesiva. Cuando las defensas del niño/a le limitan para afrontar situaciones clave puede que las demandas escolares o del grupo social excedan la capacidad de respuesta.

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

LA INTEMPORALIDAD DE LAS CRISIS

La crisis del grupo familiar que demanda cuidados de salud mental pone en evidencia de manera dramática la existencia de desequilibrios previos que eran inaparentes y que se manifiestan en la incapacidad para realizar nuevas adaptaciones que tengan en cuenta los requerimientos de la realidad y/o las necesidades de sus miembros. Puede que la situación que está en el origen de la consulta requiera realizar transformaciones internas o interpersonales que cuestionan el equilibrio relacional previo. En otros casos la etapa de desarrollo evolutivo del niño/a o del adolescente puede ser un estímulo muy potente capaz de reavivar los conflictos parentales no resueltos y convertirse así en "un problema". En cualquier forma el estímulo actual amenaza con evocar recuerdos reprimidos, sentimientos dolorosos, experiencias preverbales o experiencias no resueltas de un período verbal que el sujeto había rechazado previamente, situación que genera desequilibrio interno y angustia.

Las defensas habituales se reavivan bloqueando la transformación interna o interpersonal necesaria para adaptarse a la realidad. La persona está entonces en el riesgo de repetir antiguos patrones de comportamiento que resultan desadaptativos puesto que no se ajustan a lo requerido por la situación actual. Este fracaso adaptativo activa el funcionamiento de estructuras introyectadas que añaden una presión adicional en forma de sentimiento de crítica interna o de culpa en un intento desesperado por volver a desconectarse internamente de las experiencias inconscientes que amenazan con irrumpir. Esto puede suponer una experiencia desbordante que genera estrés en el sujeto.

En definitiva la persona vuelve a experimentar internamente, intrapsíquicamente, un drama interpersonal antiguo evocado por la situación actual. Esta es percibida y entendida desde el marco de referencia correspondiente a dramas del pasado que colorean el significado del estímulo actual para el sujeto (Martínez, 2013).

X tiene quince años y ha solicitado tratamiento por "falta de entendimiento y conflictos con su madre" que se han acentuado tras haber realizado recientemente una IVE y que hacen la convivencia casi imposible.

Los conflictos con su madre se entienden mejor al conocer la historia dramática de su propio nacimiento que otorga un significado adicional a su desencuentro actual. Cuando su madre quedó embarazada de X fue presionada a abortar por su marido pero se negó por lo que él les dejó. El abuelo materno, que tenía carácter autoritario, no aceptó que la niña naciera y también se negó a verla. La madre era considerada el "garbanzo negro" en su familia. La madre relata lo siguiente sobre sí misma: "Yo era la rebelde en mi familia y me enfrentaba a mi padre". "Mi padre me maltrataba físicamente, me trataba con desprecio e insultos en público". También la abuela materna participaba en el maltrato físico que sufría la madre de X.

A lo largo de la primera infancia de X hay indicios de que fue la depositaria de proyecciones maternas que la situaban en un rol de chivo expiatorio. Cuando X tenía cinco años su hermano, de once e hijo de un padre distinto, la maltrataba a diario: le tiraba del pelo, le daba bofetadas y la pateaba; a los siete años trató de estrangularla en dos ocasiones. La madre negó la situación durante un tiempo para pasar luego a culpabilizar a X de "provocar" a su hermano. "Mi madre me echaba la culpa porque decía que le contestaba y le provocaba". "Al principio pensaba que era culpa mía y que hacía cosas que le molestaban, luego me di cuenta de que no había razones...". X fue maltratada hasta los quince años. "Jugaba con mis muñecas a enterrarlas en la arena y luego a salvarlas". "Me aliviaba el rescatarlas... como si no pudieran respirar… yo entonces las salvaba...".

La crisis actual viene pues a revelar aspectos de otras crisis previas no resueltas que caracterizan el estilo relacional de las personas implicadas. A través del juego de proyecciones e identificaciones proyectivas mutuas se mantiene un estado de simbiosis interpersonal que impide responder a las demandas adaptativas del problema actual (Martinez, 2013). En esta simbiosis interpersonal el presente y el pasado se entremezclan y el sujeto está internamente confundido.

Los estados no resueltos en relación con pérdidas previas o negligencias en el desarrollo personal pueden tener efectos en la generación subsiguiente: desorganización, inversión de roles y ansiedad a pesar de que los padres no maltraten a los hijos (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999; Hesse, y cols. 2003; Siegel y Hartzell, 2003). A la inversa, los déficits de apego resultan en repertorios comportamentales desorganizados y en una capacidad deficiente para la autorregulación del estrés y de las emociones.

I. es una chica de dieciséis años. Ha solicitado consulta porque se siente afectada por la situación emocional de su madre. Está irritable y enfadada con ella. Siente

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

que su madre se hace la víctima ante ella y su padre. "Mi madre me acusa de que no me preocupo de ella ni me importa...". "Se pone a llorar y nos culpa de lo que la pasa,... a veces ha tomado muchas pastillas para dormir... o para calmarse...". "No aguanto que se ponga a llorar...". "Mi madre me exige que la cuide como ella hizo con su madre...".

I relata la forma en que su madre abusa de tranquilizantes así como episodios de gestos autolesivos con un cuchillo que consiguió frenar su padre. "Mi madre es muy dependiente y ya debería ser autónoma...". "En esta semana a mi padre y a mi nos ha tocado ir a comer fuera... porque ella se pasa el día en la cama....". "Pongo la música alta para no escuchar su llanto... y ahora me enfado con ella... le he perdido el respeto... la forma en la que le hablo es despectiva...".."Luego me siento culpable...". "Mi padre es la autoridad, mi madre es .... uno más". "Mi padre es más tranquilo...". Siente que la madre utiliza al padre para reñirla y esto contribuye a alimentar su resentimiento con ella.

A I. le gusta ser independiente y se queja de que la sobreprotegen excesivamente. Paradójicamente busca protección en una relación homosexual con una chica muy segura de sí misma. "Me perturba más la idea de que se canse de mi... ". Es esta relación la que ha determinado que su madre haya entrado en crisis. "Nos llevábamos bien hasta que empecé a salir con esta chica...". "Me dice que me hace daño, porque me ve llegar seria y cansada a casa...".

En la relación con su pareja está en un rol de dependencia ansiosa que provoca el rechazo de ésta y el fracaso de la relación. En identificación con su madre dramatiza los gestos de rechazo de su amiga. "Exagero muchos las cosas en la relación con mi amiga". En momentos de frustración se muestra impulsiva, y ha tenido episodios de autoagresión con un cutter o de golpear las paredes.

En la investigación sobre apego se sabe que el predictor más fuerte de un apego seguro es que los padres dispongan de una narrativa coherente de su propia vida que tenga sentido para ellos (Sroufe y cols., 2005). Esto les permite además estar abiertos a las señales de la mente del niño/a. Este patrón refleja la importancia de la sintonía intersubjetiva para el desarrollo del bebé. Sin embargo los patrones de apego inseguros generan un desequilibrio permanente que el sujeto experimenta como un estrés a largo plazo y que le hace vulnerable a nuevas situaciones de estrés.

LAS PARADOJAS QUE HA DE AFRONTAR EL EQUIPO ASISTENCIAL ANTE LA DEMANDA DE ATENCIÓN

El Equipo asistencial se encuentra ante la necesidad de mantener contacto con un grupo en el que se dan varias paradojas. Por un lado el problema parece actual pero en términos relacionales puede que sea antiguo. Es decir la demanda de los padres y/o del niño/a viene influida por y actualiza disfunciones relacionales previas que se remontan incluso al escenario del nacimiento. Otra situación paradójica es que frecuentemente la demanda de la familia es la de reducir el estrés sin transformar los vínculos previos, anhelo que puede constituir en sí mismo una "barrera al tratamiento" (Scott, 1967, 1973). Además las medidas adoptadas por el equipo de tratamiento paradójicamente conllevan el riesgo de agravar la herida narcisista del paciente y de la familia y romper la relación terapéutica originando el abandono del tratamiento.

J viene a consulta traída por su madre porque ha abandonado las clases en el Instituto. Se pasa el día en la cama. Su madre habla por ella en la primera consulta: "J no se fía de nadie porque le han hecho mucho daño y ahora desconfía de todos... quiere tener amigas en el Instituto pero las compañeras la rechazan". Su madre justifica que en estas condiciones haya dejado de asistir a clase, aunque sin embargo no comprende que persistan los anhelos relacionales de su hija: "No entiendo que mi hija esté obsesionada porque no consigue tener amigas. Es mejor estar sóla que mal acompañada". "Yo no soporto tener amigas, la vida me ha enseñado que es mejor no tener relaciones". Su madre habla con un tono reivindicativo y alberga un sentimiento de injusticia por la "forma en la que ha sido tratada" por la vida. Proyecta en su hija su propio sentimiento de victimización quejándose de lo injusto que ha sido para la niña el haber nacido "en un mundo donde su familia no le ofrece ni "el mínimo" para ser feliz".

El embarazo de J no fue deseado. La madre pensaba separarse del padre, entonces con problemas de drogodependencia, y quedarse con el bebé que resultara de esta relación. Sin embargo el embarazo lo llevó con gran disgusto y deprimida. Ya a los seis años llevó a su hija a consulta a un Equipo de Salud Mental por presentar fobias a la escuela, a juguetes con sonidos, a la oscuridad y a quedarse sóla. Ya a esa edad J evitaba a otros niño/as y no parecía disfrutar con los juegos.

En la actualidad tiene 14 años y se muestra muy sensible a los signos en las relaciones con sus compañeros

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

que pudiera interpretar como rechazantes. Se siente marginada. Está nerviosa en el colegio y se marcha del aula antes de acabar el horario escolar. La madre la apoya y ha tratado de conseguir autorización de la Dirección provincial de Educación para que no asista más que unas horas.

La madre presenta a su hija en términos altamente ambivalentes. En ocasiones se muestra litigante defendiendo los derechos de su hija. En otros momentos emplea términos peyorativos cuando se refiere a ella incluso en su presencia: "Está en clase ocupando un sitio... no se entera de nada... no comprende, no sabe ni sumar... Esta chica no tiene futuro.... ¿Qué va a ser de ella?". Madre e hija se niegan a ser entrevistadas por separado. Las intervenciones terapéuticas son sobreestimulantes para madre e hija. Las observaciones a la madre corren el riesgo de estimular respuestas paranoides y de alarmar a la chica. Por otra parte las intervenciones con ésta son vividas con angustia por parte de la madre. El riesgo de que abandonen la terapia, y que repiten su comportamiento relacional y escolar con el equipo asistencial, es alto.

Cómo profesionales hemos de reflexionar sobre las oportunidades y riesgos que plantea esta situación paradójica en la clínica diaria. Es necesario que el Equipo asistencial pueda renegociar la demanda en términos aceptables para las personas implicadas y redefinirla en términos realistas. Esta redefinición habría de hacer posible una intervención terapéutica que vaya más allá de la simple reestructuración del sistema relacional previo a la crisis. Una intervención meramente restaurativa del equilibrio previo restablecería los elementos relacionales de riesgo que frenan el desarrollo emocional de los niño/as y adolescentes. Por lo tanto algo en la intervención ha de hacer patente la realidad del trastorno relacional y cuestionar su eficacia y los riesgos que conlleva.

Es imprescindible evitar la inclusión del sistema de cuidados en la lógica de la "barrera al tratamiento" implícita en el anhelo inconsciente a no transformar los vínculos previos y con ello evitar la reorganización patológica de la familia que estimula las fijaciones evolutivas de los pacientes.

La reflexión sobre el alcance y prestaciones en psicoterapia por parte de los servicios públicos es de primer orden, especialmente cuando está en juego la eficiencia de la atención pública a los usuarios en condiciones de presión asistencial y de listas de espera. Con ello es necesario plantearse la reestructuración del equilibrio relacional previo como un objetivo asistencial mínimo y necesario, si bien esto plantea un problema ético cuando no se considera la transformación de las relaciones previas o cuando se actúa únicamente con fármacos sin poner el foco en los aspectos interpersonales y vinculares de la crisis. Aunque los servicios públicos tienen límites asistenciales que dificultan el poder reestructurar y reconfigurar de manera completa el sistema vincular, al menos es necesario identificar y señalar los aspectos relacionales que suponen un factor de estrés crónico y de riesgo para el desarrollo evolutivo de la persona en tratamiento.

Desde luego es necesario que los profesionales, incluso el equipo y su funcionamiento, no lleguen a estar alcanzados por el estilo de apego del niño/a y la familia, lo que frenaría su eficacia terapéutica entrando a formar parte de la lógica relacional que se trata de transformar.

P viene a consulta por padecer irritabilidad basal, reacciones agresivas y a veces paranoides con sus compañeros de clase, enfrentamiento con sus profesores, expulsiones reiteradas del colegio, apatía y falta de motivación, desobediencia en casa, fugas, y frecuentes crisis de agresividad contra su madre y su hermana. Convive con ellas y con las parejas esporádicas de la madre. Esta se aferraba a la niña cuando su marido, alcohólico, la pegaba, y cuando, posteriormente las abandonó. La relación entre ambas es ahora altamente ambivalente. La madre, ahora viuda, se ha refugiado en la niña para aliviar su angustia ante las dificultades con sus sucesivas parejas, y a la vez la ha culpado de los fracasos con ellas. Por otro lado la chica necesita a su madre, si bien se siente muy irritable con ella cuando no responde a sus exigencias. A lo largo del proceso terapéutico ha mejorado progresivamente la adaptación social de la chica. Como parte del programa terapéutico se cita regularmente a la madre para elaborar los aspectos personales que contribuyen a las dificultades entre ambas. En ocasiones la madre, incapaz de contener su angustia, se presenta en el Centro de Salud Mental Infantojuvenil, incluso varias veces en una misma mañana, para "recibir asesoramiento" ante las crisis de agresividad de la chica. Cuando debido a denuncias previas el Juzgado envía a su hija a un Centro de Menores la madre deja de acudir a las citas programadas previstas con ella como parte del tratamiento. La no intervención en esta situación reforzaría la idea materna de que el problema sólo tiene que ver con su hija pero no con su incapacidad para contener su propia angustia.

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

El equipo ha de plantear un proyecto de tratamiento viable y ayudar al paciente y a la familia a precisar su demanda, a identificar los factores de riesgo en las interacciones interpersonales de la familia y a establecer una alianza terapéutica que permita colaborar en la transformación de los aspectos relacionales que contribuyen a la patología.

Es imprescindible abordar la elaboración de la crisis como un proceso interactivo, relacional e intersubjetivo algo que resulta de importancia crucial cuando la seguridad del paciente se encuentra en riesgo (Martínez, 2013; Martínez y Fernández, 2013). Por lo tanto el profesional ha de disponer de las habilidades psicoterapéuticas suficientes que le permitan conseguir este objetivo y facilitar un abordaje psicoterapéutico intersubjetivo y relacional, tanto individual como familiar. En orden ha reelaborar el sistema de adaptaciones preverbales de la persona en tratamiento es importante tener en cuenta que la psicoterapia individual puede considerarse como una nueva relación de apego capaz de regular la homeostasis afectiva y reestructurar los recuerdos implícitos ligados a las experiencias arcáicas de apego (Amini, 1996, Gabbard, 2000). Desde este punto de vista el núcleo de la interacción terapéutica reside en la comunicación afectiva mediada por la resonancia corporal, el tono de voz y la atmósfera mucho más que en el lenguaje simbólico, más apropiado para abordar aquellas acaecidas tras la adquisición del lenguaje.

Paradójicamente, desde esta perspectiva, y especialmente en los trastornos graves, no es tanto el pasado explícito lo que está en el foco del proceso psicoterapéutico sino más bien el pasado implícito que inconscientemente organiza y estructura el campo procedimental del paciente en su relación con los otros. Esto requiere tener conciencia de los aspectos experienciales de la relación terapéutica en el presente como agentes de cambio y de la importancia de la implicación del terapeuta en contraste con la neutralidad afectiva requerida en el pasado que deprivaría a la nueva relación de apego de su dimensión actual operativa (Amini, 1996).

M tiene 16 años. Para él la irritación en la relaciones es desbordante. Hoy durante la sesión, mientras comparte conmigo los recuerdos traumáticos que le acosan, experimenta ondas de excitación e irritabilidad que se suceden como en un pulso periódico. La relación terapéutica se ha convertido en un sitio donde puede ponerse en contacto con recuerdos sobreestimulantes sin realizar acting outs. En la sesión de hoy se siente asaltado por recuerdos de este tipo que me narra uno detrás de otro. Sin embargo me doy cuenta de que si intervengo su ira se incrementa. Se siente interrumpido como si yo fuera un estímulo irritante más. Siento que más importante que el contenido es la necesidad de que haya un otro que le ayude a autorregular su estado emocional mediante una escucha atenta que valide la importancia de su experiencia y le ayude a contener la experiencia. Este tipo de escucha atenta le ayuda a aliviar su estado interno. Poco a poco va evocando a lo largo de la sesión recuerdos cada vez más lejanos en el tiempo siguiendo el "pulso" rítmico citado. Hacia el final de la sesión comienza a conectar con recuerdos positivos en la casa de sus abuelos. Lentamente su rostro se cubre de tristeza que lucha con la ira por expresarse.

La afectación de los patrones de memoria implícita implica un riesgo de reactivación en el proceso terapéutico bajo la forma de acting outs. De acuerdo con ello Stern (1998) y otros autores han hecho hincapié en la importancia que tienen para el tratamiento los momentos de interacción en el presente que facilitan la convergencia del insight en el contexto de un reaprendizaje procedimental. El papel de la relación terapéutica se hace así más prominente si cabe.

Siegel (2006) ha mostrado la naturaleza profundamente social del cerebro y la importancia que este hecho tiene en la técnica y el proceso psicoterapéuticos. Este autor ha subrayado el papel de las regiones prefrontales medias, que facilitan la integración de los inputs provenientes de otras personas con los procesos de regulación del organismo, de los estados emocionales y de creación de una conciencia de sí mismo. Para el autor nuestras mentes vendrían a ser el resultado del entrelazamiento e integración de aspectos de la realidad, físicos, interpersonales, sociales, y corporales que aparentemente son muy dispares. Cuando dos mentes se sienten conectadas durante un proceso psicoterapéutico, cuando juntas pueden llegar a estar más integradas, el estado de encendido cerebral de cada sujeto tiene la posibilidad de llegar a ser más coherente. La activación del cuerpo, de las áreas del circuito límbico e incluso las representaciones corticales de los estados intencionales del otro, entran en un estado de "resonancia" en la que cada uno se empareja con el estado del otro.

Asistimos en la actualidad a una corrección del énfasis tradicionalmente puesto en las técnicas orientadas al insight y a la solución de los conflictos, las técnicas interpretativas o cognitivas, que se basan en la memoria

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

declarativa. El papel establecido de la memoria procedimental, del aprendizaje emocional, la naturaleza implícita de los patrones relacionales tempranos, así como la importancia crucial del apego, de la intercorporalidad y la empatía, están desplazando el acento en psicoterapia hacia un aprendizaje emocional y procedimental que cuestione los vínculos relacionales previos.

BIBLIOGRAFÍA

Ainsworth, M., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978): *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale*, New Jersey: Erlbaum Associates, Inc.

Allen, J.R. (2000): Biology and Transactional Analysis II: A Status Report on Neurodevelopment. *Transactional Analysis Journal*, 30, 260-269.

Amini F., Lewis T., Lannon R., y cols. (1996): Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiology integration. *Psychiatry*, 59, 213–239.

Andreoli, A., Lalive, J. y Garrone, G. (1986): *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Lyon: SIMEP.

Barach, P. M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, 117-123.

Bauer, P. J. (1996): What do infants recall of their lives? *American Psychologist*, 51, 29- 41.

Berne, E. (1955): Intuition, IV: Primal Images and Primal Judgment. *Psychiatric Quarterly*, 29, 634-658.

Berne, E. (1957): Intuition V. The Ego Image. *Psychiatric Quarterly*, 31, 611-627.

Berne, E. (1961): *Transactional Analysis in Psychotherapy.* New York: Grove Press. Versión en castellano: *Análisis Transaccional en Psicoterapia.* Buenos Aires: Editorial Psique, [1985].

Berne, E. (1963): *The Structure and Dynamics of Organisations and Groups*. Philadelphia: Lippincott.

Berne, E. (1964): *Games People Play*. New York: Grove Press Inc. Versión castellana: *Juegos en que participamos*. México: Editorial Diana, 18ª reimpresión [1986].

Berne, E. (1966): *Principles of group treatment*. New York: Grove Press. Versión castellana: *Introducción al Tratamiento de Grupo*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, 10ª Edición [1983].

Berne, E. (1973): *What do you say after you say hello?*. New York: Grove Press, 10 Ed. Versión Castellana: *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Ediciones Grijalbo, 140 Edición [1974].

Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2: Separation: Anxiety and anger*. London: Penguin Books.

Brothers, L. (1997): *Friday´s footprint: How society shapes the human mind*. New York: Oxford University Press.

Brown, G. y Harris, T. (1978): *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.

Caplan, G. (1964): *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Cornell, W. C. y Landaiche, N. M. (2006): Impasse and Intimacy: Applying Berne's Concept of Script Protocol. *Transactional Analysis Journal*, 36(3), 196-213.

Diatkine, R., Quartier-Frings, F. y Andreoli, A. (1991): *Psychose et changement*. Paris: Presses Universitaires de France.

Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A., y Lyons-Ruth, K. (2009): Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *J. Nerv. Ment Dis*., 197(6), 383-90.

Dutra, L., Bianchi, B., Siegel, D. J., y Lyons-Ruth, K. (2009). The relational context of dissociative phenomena. En P. F. Dell, y O'Neil, John (Eds.): *Dissociation and the dissociative disorders*: DSM-V and beyond. New York: Routledge. Págs. 83-92.

Erskine, R. G. y Zalcman, M. J. (1979): The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9, 51-59.

Erskine, R. G. (1993): Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation. *Transactional Analysis Journal,* 23, 184-190.

Erskine R. G. y Trautmann, R. L. (1997): *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of selected articles*. San Francisco: TA Press.

Erskine R. G., Moursund J. P. y Trautmann, R. L. (1999): *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. New York: Routledge.

Erskine, R. G. (2003): Introjection, psychic presence and Parent ego states: Considerations for Psychotherapy. En: C. Sills y H. Hargaden (Eds.): *Ego States: Key Concepts in Transactional Analysis. Contemporary Views*. London: Worth. Págs. 83-108.

Erskine, R. G. (2015): *Relational patterns, therapeutic presence*. London: Karnac

Fairbairn W. R. D. (1952): *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.

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

Fonagy, P. y Target, M. (1997): Attachment and reflective function: Their role in Self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 670-700.

Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health*. London: Tavistock.

Fox, N. A. (1995): Of the way we were: Adult memories about attachment experiences and their role in determining infant-parent relationships: A commentary on van IJzendoorn. *Psychological Bulletin*, 117(3): 404-410.

Gabbard G.O. (2000): A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br. J Psychiatry*, 177, 117–122.

Gallese, V. (2003): The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180.

George, C. y Solomon J. (1999): Attachment and caregiving. En: *Handbook of Attachment*, New York, The Guildford Press. Págs.: 649-670

Grossmann, K. y cols. (1999): A Wider View of Attachment and Exploration. En: *Handbook of Attachment*, New York, The Guildford Press.

Hesse, E., Main, M., Abrams, K. y Rifkin, A. (2003): Unresolved states regarding loss or abuse can have "second generation" effects: Disorganization, role inversion, and frightening in the offspring of traumatized, non-maltreating parents, En: *Healing Trauma*. M. Solomon y D. J. Siegel (Eds). Págs. 57-106.

Iacoboni, M. y Siegel, D. J. (2004): The Implications of Mirror Neurons for Psychotherapy, day-long seminar. San Francisco, Santa Rosa: *RJ Cassidy Seminar Recordings*.

Karr-Morse, R. y Wiley, M. S. (1997): *Ghosts from the nursery;: Tracing the roots of violence*. New York: Athlantic Monthly Press.

Klein, J. (1997): Our need for others and its roots in infancy. East Sussex: *Routledge Taylor and Francis Group*.

Langsley, D. G., Kaplan, D. M. y Pittman, F. S. (1968): *The treatment of families in crisis*. New York, London: Grune y Stratton.

Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C. y Jaskir, J. (1984): Predicting Psychopathology in six year olds from early social relations. *Child. Dev.*, 55, 123-126.

Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4), 196-204.

Liotti, G. (2009): *Attachment and dissociation. En P. F. Dell, y O'Neil, John (Eds.), Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond.* New York: Routledge
(págs. 53-65).

Lyons-Ruth, K, Repacholi, B., McLeod, S. y Silva, E. (1991): Disorganized attachment behavior in infancy: Short term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3, 377-396.

Lyons-Ruth, K. y Jacobvitz, D. (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy y Ph.R. Shaver (Ed). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press. Págs.: 520-554.

Main, M. Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985). *Security in infancy, chilhood and adulthood: A move to the level of representation*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50 (1-2- Serial nº 209).

Main, M. (1995): Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. En: *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Goldberg, S. Muir, R. y Kerr, J. (Eds). Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc. Págs: 407-474.

Martínez, J. M. (2013): Transferencia y contratransferencia en los Trastornos de la Personalidad. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 43-60.

Martínez, J.M. y Fernández. B. (2013): Tres psicodinamias en los intentos de suicidio. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 61-76.

Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. y Egeland, B. (1997): Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev. Psychopathol*., 9(4), 855-879.

Oppenheim, D. y Waters, H.S. (1995): Narrative Process and Attachment Representations: Issues of Development and Assessment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *60, Issue 2/3*, 197–215.

Pally, R. (2000): *The Mind-Brain Relationship*. London: Karnac Books.

Pally, R. (2007): The Predicting Brain: Unconscious repetition, conscious reflection and therapeutic change. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4): 861-881.

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

Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakely, T. L., Baker, W. L y Vigilante, D. (1995): Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and "use-dependent" development of the brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.

Perry, B.D. (1997): Incubated in terror: Neurodevelpmental factors in the "cycle of violence. En: J. Osofsky (Ed.): *Children in a violent society*. New York: Guildford Press. Págs.: 124-149.

Rizzolatti, G., Camarda, R., Gallese, V y Fogassi, L. (1995), Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cog. Brain Res*., 3,131-141.

Rizzolatti, G., Matelli, M., Bettinardi, V, Paulesu, E., Perani, D. y Fazio, R. (1996): Localization of grasp representations in humans by PET 1. Observation vs. execution. *Exper. Brain Res*., 111, 246-252.

Rizzolatti, G. y Arbib, M. (1998), Language within our grasp. *Trends in Neuroscience*, 21, 188-194.

Rutter, M. (1985): *Fundamentos Científicos de Psiquiatría del Desarrollo*. Barcelona: Salvat.

Schneider-Rosen y Rothbaum, R. (1993): Quality of parental caregiving and security of attachment. *Developmental Psychology*, 29, 358-367.

Scott, R. y Ashworth, P. (1967) Closure at first schizophrenic break-down: a Family study. *Brit. J. Med. Psychol*., 40, 109-145.

Scott R. (1973): The treatment barrier. *Brit. J. Med Psychol*., 46, 45-67.

Siegel, D. J. (1999): *The Developing Mind. The Guildford Press*: New York.

Siegel, D. J. y Hartzell, M (2. 003): *Parenting from the Inside Out*. New York: Tarcher Penguin.

Siegel, D. J. (2006): An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy: Awareness, Mirror Neurons, and Neural Plasticity in the Development of Well-Being. *Psychiatric Annals*. En prensa. Consultado en: http://www.researchgate.net/publication/241200655_An_Interpersonal_Neurobiology_Approach_to_Psychotherapy_Awareness_Mirror_Neurons_and_Neural_Plasticity_in_the_Development_of_Well-Being.

Sigman, M., y Siegel, D. J. (1992). The interface between the psychobiological and cognitive models of attachment. *Behavioral and Brain Sciences*, 15(3), 523.

Solomon, J. y George, C. (1999): The Measurement of Attachment Security in Infancy and Childhood. En: Handbook of Attachment, New York, *The Guildford Press*. Págs. 287-316.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. y Collins, W. A. (2005): *The Development of the Person*. New York: Guilford Press.

Stern, D. N. (1998): *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developtmental Psychology*. London: Karnac Books.

West, M., Livesley, W.J., Reiffer, L. y Sheldon A. (1986): The Place of Attachment in the Life Events Model of Stress and Illness. *Can. J. Psychiatry*, 31, 202-207.

Wolf, N. S., Gales, M. E., Shane, E. y Shane M. (2001): The Developmental Trajectory from Amodal Perception to Empathy and Communication: The Role of Mirror Neurons in This Process. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 1: 94-112.

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

ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO-PSICOPEDAGÓGICO. INTERVENCIÓN GRUPAL EN CARRILET, CENTRO ESPECÍFICO PARA NIÑOS CON AUTISMO*

PSYCHOTHERAPEUTIC-PSYCHOPEDAGOGICAL APPROACH. GROUP INTERVENTION IN CARRILET, CENTER FOR CHILDREN WITH AUTISM

Llúcia Viloca**, Elisabet Sánchez***, Núria Farrés****

RESUMEN

Carrilet es un centro específico de orientación psicodinámica basado en un enfoque terapéutico-educativo relacional. En el centro, además del trabajo individualizado, se han constituido muchos espacios grupales de niños/as con TEA, de profesionales y familiares, para garantizar la continuidad asistencial y la comunicación, así como el pensamiento y la experiencia compartida. Se describen las tutorías terapéuticas que se desarrollan con el grupo clase, su tutor/a y la psicóloga. Se convierte en un espacio terapéutico importante de ayuda a la concienciación y comprensión del mundo social, acompañando y conteniendo lo que emocionalmente supone en cada uno de ellos. Es un espacio donde poder pensar y comprender lo que ha sucedido en el grupo, poner nombre a todos aquellos conflictos que hayan podido darse, a lo que se ha podido sentir, también a lo que ha podido sentir el otro.

Palabras clave: TEA, grupo, tutorías terapéuticas.

ABSTRACT

Carrilet is a specific center with a psychodynamic orientation based on a relational therapeutic-educational approach. In the center, in addition to the individual work, there are many group spaces for children with ASD, professionals and families to ensure continuity of care and communication, as well as thinking and shared experience. The therapeutic tutoring developed with the class group, tutor and psychologist is described. It becomes an important therapeutic space that helps awareness and understanding of the social world, accompanying and containing what it emotionally means in each of them. It is a space to think and understand what has happened in the group, naming all those conflicts, how they felt, and how others felt.

Keywords: ASD, group, therapeutic tutoring.

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

** Psiquiatra fundadora de Carrilet, actualmente asesora, psicoanalista miembro de la Societat Espanyola de Psicoanàlisi (SEP-IPA).

*** Pedagoga, maestra de educación especial y musicoterapeuta. Actualmente gerente de Carrilet.

**** Psicóloga del Centro Específico Carrilet, psicoterapeuta ACPP,maestra de educación especial.

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

QUE ES CARRILET

El *Centre Educatiu i Terapèutic CARRILET* inició su labor terapéutica en enero de 1974. En aquel momento, se fundó como el primer centro en el estado español que atendía específicamente a niños psicóticos y autistas, con el objetivo de cubrir el vacío asistencial y de tratamiento que existía en relación a estos niños y a su patología específica. Se hizo siguiendo el modelo de Hospital de Día para niños pequeños autistas, Clairival de Ginebra.

Carrilet es un centro terapéutico-educativo, cuyo objetivo es el tratamiento precoz y la educación de niños con trastorno del espectro autista. Todo ello partiendo de un marco que posibilita al niño, mediante la relación individual y de grupo, el desarrollo emocional y cognitivo, con el fin de conseguir que pueda relacionarse consigo mismo y con el entorno social.

Un aspecto fundamental de la intervención en Carrilet es la *complementariedad del trabajo educativo y terapéutico*. Es importante ofrecer al niño con autismo un entorno escolar que le permita avanzar en los aprendizajes, teniendo en cuenta su manera de comprender el mundo, sus anclajes sensoriales, su pensamiento concreto y poco flexible ante situaciones nuevas de aprendizaje, sus dificultades para la generalización y la abstracción y su capacidad para centrarse en detalles, que pueden llevarle a desarrollar determinadas habilidades que a menudo nos despistan en cuanto a sus capacidades reales.

Pero también se han de trabajar otros aspectos relacionales y emocionales que van a posibilitar o dificultar el aprendizaje. La incapacidad para contener sus emociones, para ponerse en el lugar del otro, para ver a los demás como alguien que puede ayudarles y contenerles, tanto o más importante que el aprendizaje de contenidos curriculares.

DIFERENTES ESPACIOS DE TRABAJO GRUPAL

El autismo es un trastorno que afecta directamente la capacidad de comunicación y de interacción social y el contacto con el entorno, tanto con las personas como con los objetos. Los niños/as de Carrilet acostumbran a tener unas vivencias y percepciones de la realidad muy fragmentadas y tienden a aislarse o a contactar de manera extraña con las personas del entorno. Esta forma de percibir y de estar en el mundo acaba afectando la dinámica del centro y también la propia percepción y forma de estar de los profesionales y familiares, de manera que institucionalmente debemos estar muy pendientes de favorecer espacios de intercambio y comunicación grupal, que permitan a todos los profesionales y familiares no caer en el aislamiento, la fragmentación o los intercambios extraños propios del autismo.

Por todo ello, Carrilet ha constituido muchos espacios grupales de niños/as con TEA, de profesionales y de familiares, que garanticen la continuidad asistencial y la comunicación, así como el pensamiento y la experiencia compartida.

Por lo que respeta a los niños/as del centro existen múltiples espacios de atención grupal, que en ningún caso van en detrimento de la atención individualizada y la programación individual que cada uno necesita. Cada niño/a tiene asignado un grupo en función de su edad y su nivel de desarrollo. También en función de estas variables cada niño/a participa en diferentes espacios grupales del centro: musicoterapia, psicomotricidad, tutorías terapéuticas, escenoterapia, deporte o grupos de comunicación y logopedia. Estos espacios grupales permiten al niño/a establecer unas relaciones diferentes, poner en marcha sus capacidades en contextos y situaciones diversas (generalizar), compartir sus experiencias con otros adultos y compañeros/as e integrar experiencias de diferentes contextos, con todo lo que esto conlleva (anticipación, recuerdo,…).

En un primer momento del desarrollo del niño en nuestro centro es importante que éste pueda establecer un fuerte vínculo con su referente clínico y pedagógico, pero una vez establecida y consolidada esta relación, que a menudo es la que le da seguridad, es el momento de establecer otras relaciones, tanto con otros adultos como con los compañeros/as.

Además, cada una de estas actividades grupales son anticipadas y recordadas con el niño/a delante de su referente en el centro (si éste no ha participado de la actividad) y posteriormente con los padres o responsables del niño, con el objetivo que las actividades puedan ser pensadas, recordadas y compartidas, de manera que la experiencia no quede fragmentada y sin integrar.

En caso de que el referente del centro participe en la actividad grupal, como es el caso de las tutorías terapéuticas, el referente puede contener al grupo, realiza puentes con las cosas que han pasado al grupo dentro y fuera de la sesión y a menudo puede hacer de" yo auxiliar", facilitando la participación del niño/a en la situación grupal.

Por lo que respecta a las familias, en Carrilet se han organizado diferentes espacios de grupo para que las familias puedan elaborar, junto con otras personas que están en su misma situación, diferentes procesos de duelo,

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

de comprensión de su familiar con TEA, de aprendizaje, de aceptación de una nueva realidad y de construcción de una nueva imagen familiar (Morral et al., 2012).

Los elementos beneficiosos específicos del abordaje grupal han estado descritos por diversos autores (Yalom, 2002; Torras de Beà, 2013) que hablan del grupo como una experiencia "poderosa y excepcional" que infunde esperanza, transmite información, ayuda a compartir, fomenta la empatía y genera aprendizaje. Los grupos con familiares se consideran una modalidad terapéutica complementaria al tratamiento del niño/a con TEA, en la que se puede expresar y conocer mejor los círculos viciosos, y beneficiosos, que se tienden a establecer en la dinámica familiar. (Farrés et al., 2014)

En estos momentos existen principalmente tres grupos de familiares en Carrilet: el grupo de padres, el grupo de hermanos y el grupo de abuelos. Estos últimos a menudo juegan un papel importante en la crianza de sus nietos y pueden ser una pieza clave de apoyo para sus hijos.

Existen otros espacios de interacción grupal con los familiares de los niños del centro. Son intercambios menos formales, pero no por ello menos importantes. Forman parte de estos espacios los intercambios comunicativos diarios entre las familias y los diferentes profesionales que han estado o estarán en contacto con el niño/a con TEA en un día determinado o las celebraciones en las que participan todas las familias del centro. En estos intercambios aparecen a menudo de forma espontánea preocupaciones, ilusiones, percepciones o creencias sobre el propio hijo, sobre la institución,… que podrán ser recogidos de manera informal y que después podrán ser abordados más a fondo en espacios terapéuticos de grupo o individuales según sea necesario.

Finalmente, también están previstos espacios de grupo para el equipo de profesionales. Espacios que permitan sostener la actividad, crear un pensamiento compartido o encontrar en momentos de desesperación, vacío e incomprensión el apoyo en el grupo. Es importante que el equipo sea interdisciplinar con todo lo que ello conlleva, que se pueda abordar un mismo caso desde especialistas diferentes pero con una comprensión y unos objetivos compartidos.

Para todo ellos existen las reuniones de todo el equipo tres veces por semana (tanto para hablar de temas clínicos, como organizativo o de dificultades en el equipo), las supervisiones de todos los profesionales que intervienen en un caso con el referente clínico del mismo y las supervisiones y formaciones externas de las que participa todo el equipo. Todo ello crea espacios que orientan y sostienen la práctica profesional y a la vez tejen una red de apoyo para el profesional, que le permita hacer frente a las dificultades y al malestar, que en ocasiones les puede ocasionar el trabajo con niños con TEA y con sus familias.

BASES TEÓRICO-CLÍNICAS EN NUESTRA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON NIÑOS CON TEA

El tratamiento del niño con autismo nos enfrenta a varios retos:1) Que pueda aceptar la voz humana y las palabras con significación, para así acceder al proceso simbólico, pasando de un pensamiento protomental sensorial (Bion, Grimalt) al pensamiento simbólico con contacto emocional consigo mismo y con los demás.2) Que la relación interpersonal sea motivo de placer e introyecte la relación con las figuras parentales y terapéuticas como fuente de contención emocional, que le ayude a abandonar la autosensorialidad.3) Que la confianza en sí mismos y en los otros le permita acceptar los cambios y la conciencia de ser una persona separada, con identidad y pensamiento diferenciado, sin que la ansiedad catastrófica que surge al concienciar la diferenciación y separación respecto al otro sea vivida como un cambio catastrófico, con catrástrofe. Es en les vivencias catastróficas cuando estos niños se ven obligados a mantenerse en la autosensorialidad, o a recurrir al desmantelamiento, es decir, al vivir sin sentido emocional, o estar encarcelados en ideas y intereses restringidos, inamovibles; o bien a funcionar con una mente donde todo es sentido y vivido literalmente y no tiene lugar "el es pero no es, " ,"el es posible pero no se sabe", es decir, el acceso al pensamiento simbólico. Klin y Jones de la Universidad de Yale han investigado que en el desarrollo del bebé el acceso al simbolismo pase por la integración de las sensaciones corporales,la conexión de éstas con los centros cerebrales emocionales (hipotálamo, amígdala etc.) y la conexión con las áreas órbito-frontales del cortex cerebral, donde tiene lugar la concienciación y el pensamiento. Es por ello que el abordaje terapéutico que realizamos se basa en la conexión de la sensación con la emoción y la cognición. En consecuencia para favorecer el proceso simbólico: pensamiento lenguaje seguimos el llamado esquema psico pedagógico descrito por Coromines (1998) consiste en:

1. Verbalizar lo que el niño está haciendo, o le están haciendo a él, por muy evidente y banal que parezca y por muy bajo que sea su nivel de comprensión

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

del lenguaje. El niño se siente contenido por las palabras. No le pedimos que haga nada, simplemente vamos siguiéndolo y verbalizando todo. Como no provocamos que sienta directamente "la diferenciación", permitimos que se vaya estableciendo una relación con el terapeuta, en la que la amenaza de la ansiedad catastrófica no se vive. En lugar de verbalizar podemos imitarlo como veremos más adelante.

2. Se sugiere al niño la sensación de que "siente o debería sentir", precisamente cuando está actuando lo que le causa la sensación. (Por ejemplo: Que mojadas tienes las manos-le diremos cuando el niño deberá mojado las manos).
3. El tutor o el terapeuta debe intentar conectar la experiencia sensorial y su reconocimiento, con el sentimiento, el cual será básicamente de satisfacción, de rechazo o de dolor. Los sentimientos hay que verbalizar siempre con las mismas palabras, por ejemplo "esto te gusta, esto no te gusta", para ayudar a desarrollar la concienciación.
4. Se intentará estimular el recuerdo mediante preguntas. Y anticipar las situaciones nuevas, los cambios, con apoyo visual.

Otro aspecto que propuso Viloca (1998, 2003) y que resulta complementario al esquema anterior, es que para que el niño entienda la influencia de su acción en el otro, el terapeuta tiene que verbalizar las sensaciones y emociones que la conducta del niño autista le provoca. A menudo, estos niños no saben decirnos que se sienten tristes pero nos piden que cantemos con ellos una canción que evoca este sentimiento. Después podemos decirle al niño que "la canción hace sentir triste... y que él y yo cantando nos sentimos tristes".

A este esquema hay que añadir, en nuestra opinión, que para que el niño entienda la influencia de su acción en el otro, el terapeuta debe sintonizar, imitar, estimular turnos comunicativos, verbalizar las sensaciones y emociones que la conducta del niño autista le provocan y dramatizarlas infraverbalmente y verbalmente. Teniendo en cuenta el nivel evolutivo del niño le comunicaremos el sentido que nos evoca su conducta, para que pueda ir descubriéndose reflejado dentro de la mente del terapeuta y tenga lugar la transformación, en la mente del paciente, de la experiencia interrelacional bidimensional a la tridimensional y a la tetradimensional (Meltzer, 1979). También hay que tener presente favorecer la diferenciación del self y el logro del sentimiento "de sí mismo". Siguiendo a Fonagy (2002) en la creación del self y del inicio de los procesos de diferenciación y simbolización, en el desarrollo del bebé normal, interviene la llamada "Marcación",(Gergley 2004) es decir, la actitud de dramatización infraverbal de la madre que sintonizando con el niño hace un gesto o una mueca, o un sonido que denota una broma o una sorpresa. Con ello el bebé se inicia en el "es pero no es" que actúa de base en la creación del proceso simbólico y de diferenciación de realidad y fantasía. Se considera que a través de estas interacciones emocionalmente marcades se estimule el desarrollo de nuevas conexiones a nivel cerebral que influyen en el desarrollo de les interrelaciones sociales a la vez que el niño puede captar la expresión de la dramatización como un reflejo de su estado emocional (Farrés 2014) Así se facilita la empatía o sea la identificación proyectiva, para los psicoanalistas o bien la teoría de la mente para los cognitivistas. En los niños con TEA (Farrés 2014) es importante la de dramatización, ya que supone "ser el espejo" del que el niño vive o dice. Gergley (2004) dice que el "markedness" de los estados emocionales debería ser el aspecto básico en las intervenciones precoces del autismo.

Hemos de tener en cuenta que nuestro lenguaje deberá ser claro y concreto y el mensaje que queramos transmitir coherente. Si queremos mostrar nuestro enfado a un niño, nuestra expresión facial deberá ir acorde con nuestra entonación y sobretodo con nuestra actitud.

VERBALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN

Cuando hablamos de verbalización nos referimos a la acción y efecto de poner palabras a lo que el niño hace o deja de hacer en un momento determinado, poner palabras a aquello que está sucediendo y a sus sentimientos. Sería como poner lenguaje, describir lo que vemos.

La interpretación es dar un significado, una posible explicación a lo que el niño hace, dice o siente. Es un proceso, un paso posterior que se basará en la comprensión de los hechos y en la experiencia emocional vivida por el niño.

Esta verbalización e interpretación son necesarias ya que las personas con TEA se manifiestan y comunican a través de procesos no simbólicos como:

La exteriorización, según el Diccionario de la Real Academia Española, es "hacer patente, revelar o mostrar algo al exterior".

La externalización es un concepto que no recoge el Diccionario, pero que hace referencia al concepto de exteriorizar sin conciencia y que fue acuñado por Corominas (1998).

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

El objetivo de la verbalización es evidenciar, exteriorizar, "concienciar", poner palabras a las acciones, actitudes, y sobre todo a las emociones del niño con TEA con el fin de poderlas trabajar. Estos niños pueden externalizar comportamientos, sentimientos y emociones o decir muchas cosas de forma mecánica y estereotipada sin que sean conscientes de ello. Necesitamos concretar, mostrarles a qué nos referimos y sobre qué vamos a trabajar. La verbalización tiene función de enunciado.

En la diada madre-bebé, por ejemplo, el bebé mira a la madre, luego mira un objeto y vuelve a mirar a la madre. Es como si le dijera "¿mamá, ves eso?, pues explícame qué es o dámelo. Los niños con TEA también pueden mirar un objeto y desearlo pero no lo van a compartir con nosotros. Así que hemos de ser las personas de su entorno quienes vamos a verbalizar esta acción y posteriormente interpretar su deseo dándole significado emocional.

En ocasiones cuando les mostramos el afecto que les despierta una situación, se enfadan hasta el punto que pueden dejar de hacerla, incluso dejar de sonreír, de mirar o de mostrar interés, por ejemplo, tapándose los oídos, cerrando los ojos activamente… de manera que podemos interpretar que nos están diciendo "no te puedo escuchar, no quiero desear, no quiero que me guste". Evidentemente que hay cosas que les gustan y que las desean, el problema para estos niños está en ser conscientes de ello. A partir de ese momento aparece el miedo a la pérdida.

Así pues, no siempre se puede ni verbalizar ni interpretar todo aquello que puede ser evidente para nosotros. El conocimiento del momento evolutivo de cada persona con TEA nos dará la pauta para saber cuándo y cómo.

Farrés (2014) alerta del peligros de la verbalización, en el primer paso del esquema Coromines. Menciona que aunque simplemente describamos, sin hacer mención al que se pueda sentir, para los niños con TEA las palabras del otro pueden ser fuentes de persecución y amenaza. Y sugiere que dentro del primer paso, en el citado esquema, podríamos hablar de una forma de verbalización muy primitiva: la imitación significativa (Arias y otros 2014). Describir ,sin el uso de la palabra, como en espejo, a través de imitar exactamente con el gesto y la emoción aquello que el niño hace. Así , de forma muy concreta, el niño ve a fuera el que habría de ser vivido y pensado dentro. Es evidente que esto se relaciona con las funciones de las neuronas espejo y de su alteración en los niños con TEA (Arias.E et al 2014,2015)

Podríamos decir que el adulto ejerce la función de yo auxiliar. Es de esperar que con el trabajo relacional constante el niño vaya interiorizando esta función y construyendo un mundo de significados, integrando las sensaciones con las emociones y conceptualizándolas no desde la piel del adulto sino en la relación con él.

La relación terapéutica facilita la integración de las experiencias sensoriales del niño con las emociones surgidas de la interrelación y la concienciación, lo que posibilitará en el futuro el desarrollo de la comunicación, el lenguaje y el pensamiento.

INTERVENCIONES GRUPALES

Hasta ahora hemos intentado dejar clara la idea de que la importancia del trabajo con estos niños reside principalmente en la elaboración de una identidad diferenciada del mundo que les rodea, a través de poder ir poniendo palabra, pensamiento y conciencia al mundo sensorial y desmentalizado que les caracteriza.

Los estudios de las neuroimágenes metabólicas (PET i SPECT) evidencian una disminución de las neuronas con funciones de conexión entre las neuronas receptoras de sensaciones i las conexiones con el tálamo (procesador de emociones) y el córtex, principalmente el lóbulo frontal (procesador de la concienciación, de la intencionalidad y la representación simbólica). Con esto, hay una disminución de las neuronas que ayudan a conectar las vivencias sensoriales con las emocionales (Viloca, 2011). Cada vez hay más evidencias sobre el hecho que poner nombre, describir lo que está sucediendo en la interrelación emocional con su entorno, puede ayudar a desarrollar neuronas de conexión y neuronas espejo. En esta línea de intervención, este apartado intenta describir el trabajo grupal como herramienta importante para desencallar el anclaje sensorial hacia procesos de concienciación, pensamiento, y emocionalidad, para promover así en los niños un paso hacia la interacción i comprensión del mundo social que les rodea.

Anteriormente apuntábamos el esquema psicopedagógico de la Dra. Corominas como el primer camino para ayudar a los niños con TEA a poder ir mentalizando el mundo de sensaciones en el que viven inmersos, mundo de sensaciones que en un inicio no pueden tan siquiera pensar ni elaborar.

En este apartado, pretendemos hablar de un paso más evolucionado en ese proceso: el trabajo educativo y terapéutico de concienciación de uno mismo y del otro en interacción dentro del grupo de iguales.

Son evidentes las dificultades de estos niños de vivir, tolerar y digerir la presencia del otro, que representa la frustración, la espera, la no consecución de los propios

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

deseos. El grupo de iguales representa en estos niños la evidencia de la pérdida de la exclusividad del adulto.

Estamos hablando en este apartado de la importancia terapéutica del trabajo de grupos con estos niños, sobre todo cuando éstos son capaces de empezar a pensar sobre sí mismos y sobre los demás, y sobre la dificultad de contener y tolerar el dolor emocional que implica dejar atrás en cierta medida el mundo tranquilizante de las sensaciones para empezar a entrar en el mundo relacional y social dentro del grupo de iguales.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

La utilización de la psicoterapia de grupo, aplicada en tantos ámbitos clínicos, ha estado sistemáticamente puesta en duda en el tratamiento de los chicos con TEA. En la bibliografía encontramos numerosas explicaciones sobre la experiencia en grupos de habilidades sociales, pero no sobre la intervención en terapia de grupo desde la comprensión psicodinámica, incluso en algunos artículos y libros contraindican su aplicación. Creemos que el trabajo con estos chicos debe pasar por el aprendizaje a través de la vivencia en primera persona de las situaciones cotidianas. Son niños que no pueden comprender aspectos sutiles, que los niños con un desarrollo "normal" aprenden sobre la relación y la comunicación humana de una manera sobretodo intuitiva. Por ese motivo, y de forma experimental y piloto y con la idea de hacer sobre ello investigación que ayudará a plantear su aplicación en esta población y a mejorar la práctica clínica, se iniciaron 2 grupos terapéuticos en Carrilet: uno dirigido a preadolescentes (Arias y Mestres, 2012) de 10 a 13 años, y el otro a niños de entre 6 y 9 años. En estos grupos, aunque no han sido fáciles, se han podido observar e incluso cuantificar de forma objetiva muchos cambios. Son grupos que parten de las vivencias en el aquí y en el ahora y que difieren de otros grupos terapéuticos por la necesidad de más coterapeutas y de buscar un equilibrio no siempre fácil entre el acompañamiento más pedagógico, estructurando las sesiones pero también animándolas, y el dejar espacios libres que no lleguen a descontenerse totalmente, soportando el caos, el vacío y la fragmentación. Aunque hace poco más de un año del inicio de su aplicación en nuestro centro, se ha valorado que son una herramienta útil en el trabajo con estos chicos.

TUTORÍAS TERAPÉUTICAS

En el ámbito escolar, es frecuente oír hablar del espacio de tutoría como un espacio donde poder verbalizar y elaborar vivencias, conflictos y emociones surgidas dentro del grupo-aula. El maestro usa este espacio para ayudar a hablar sobre conflictos, compartir sensaciones y emociones y educar a los niños sobre la resolución de estos conflictos.

¿Cómo nos puede favorecer esta herramienta en la intervención con los niños con TEA?

En el momento en que la evolución de los niños les permite utilizar el lenguaje para hablar sobre las cosas que viven y sobre los conflictos que genera la relación con los otros, la tutoría terapéutica dentro de las aulas se convierte en un espacio importante de ayuda a la concienciación y comprensión del mundo social, y lo que emocionalmente supone en cada uno de ellos.

Quizás sería interesante poder definir bien aquellos aspectos de lo que llamaremos tutoría terapéutica que la hace diferente de las tutorías clásicas educativas que se desarrollan en las aulas. Estaríamos hablando de una tutoría que se desarrolla en las aulas con el grupo-clase y su tutor, a la vez que se incluye la figura del psicólogo, aportando un matiz terapéutico que le acercaría al tratamiento de grupos psicoterapéuticos. De hecho, lo que estamos proponiendo aquí, es llevar el concepto de psicoterapia de grupos al ámbito escolar.

Pensamos que es importante la idea que el psicólogo, o el maestro de educación especial que no está en contacto directo todas las horas con los niños del aula, haga equipo con el tutor que trabaja en primera línea, y que por lo tanto, es quien lucha día a día con los conflictos, las dificultades, las dudas y el desconcierto que genera la relación diaria con estos niños. Crear un espacio de tutoría terapéutica, donde puede entrar en el aula un profesional externo a esta dinámica tutor-alumnos, proporciona otra manera de poder ver los conflictos del día a día, y ayuda también al tutor a poder ver las dinámicas y los conflictos des de otro punto de vista, sin olvidar que trabajar en equipo ayuda a los tutores a sentirse acompañados y respaldados en su ardua tarea de comprender y hacer evolucionar a los niños con TEA.

Entendemos que el trabajo terapéutico que debe contemplarse en estas tutorías reside en el hecho de que aunque se realice dentro del espacio escolar, no debe tener connotaciones escolares, con juicios de valor, o usando la autoridad del maestro para decidir qué sentimientos o conflictos están bien o están mal. No es un

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

espacio para regañar, para pensar castigos o reprimendas por lo que ha pasado durante la semana, ni decir quién lo ha hecho bien o quién lo ha hecho mal. Las tutorías que pueden ayudar a estos niños deben ser un espacio donde poder pensar y comprender lo que ha sucedido en el grupo, poner nombre a todos aquellos conflictos que hayan podido darse, a lo que se ha podido sentir, también a lo que ha podido sentir el otro. En primera instancia, no se tratará de exigir al niño que pueda explicar qué ha pasado o porqué ha reaccionado de tal modo, porque probablemente, no pueda pensarlo todavía. La tutoría terapéutica pondrá nombre a lo sucedido, para que entonces pueda ser pensado y elaborado.

Otra vez, pues, estamos hablando de la importancia, ahora en grupo, de poder ayudar a mentalizar, a concienciar, a reconocer el propio mundo interno y por supuesto, a poder comprender y tolerar el mundo interno del otro (lleno de pensamientos, deseos e intenciones diferentes a las de uno mismo). Dentro del marco de la tutoría terapéutica, tenemos que poder legitimar y aceptar todo aquello que ha pasado, todas aquellas manifestaciones de rabia, de agresividad, de descontrol. La tutoría acoge todas estas manifestaciones, todas estas externalizaciones o actuaciones no pensadas de los niños y le pone palabras, aportando un hilo de significado. El objetivo nunca debe ser reprimir, censurar o castigar. Y lo que aporta este trabajo en grupo, a diferencia del resto de intervenciones individuales, es que se confronta y se hace consciente al niño de la existencia del mundo interno del otro, de lo que puede sentir y desear, y por lo tanto se trabajan las consecuencias de las propias acciones sobre los demás.

Con todo, estamos apuntando que dentro del ámbito escolar, donde el niño pasa muchas horas enfrentándose minuto a minuto con sus dificultades de relación y de comprensión del mundo social, es importante crear ciertos espacios concretos, un tiempo tangible donde se verbalice, se ponga de manifiesto todo aquello que no se puede pensar ni vivir dentro de uno mismo. Estos niños, por las dificultades ya descritas de simbolización, abstracción y representación mental, no tienen desarrollada una identidad propia, una conciencia de mundo interno donde suceden las emociones, los deseos, las angustias, las frustraciones. Si no hay un espacio interno donde poder elaborar todo lo que implica vivir en un mundo social, y la escuela no brinda espacios externos donde poder elaborar todos estos procesos, porque solamente se tengan en cuenta los objetivos curriculares y de aprendizaje formal, puede llegar a suceder que todo lo que ocurre en el plano emocional no encuentre lugar donde desarrollarse y pensarse, y ésta puede ser una de las causas de los episodios de crisis. La tutoría terapéutica, por tanto, representa un espacio concreto, tangible, donde se puede ver, escuchar y hablar sobre lo que ocurre dentro de uno mismo en relación con el mundo social donde están inmersos.

Una sesión de tutoria con un grupo de niños, entre 8 y 9 años. Todos ellos dentro del TEA. Hace dos cursos que realizan de forma semanal las tutorías terapéuticas.

En su caja de juego siempre ha habido un cangrejo de plástico, muy grande. Des de siempre todos se han peleado por él, y a lo largo de las sesiones este cangrejo ha representado de algún modo para todos ellos el poder, la omnipotencia. Y normalmente lo acapara M., niño con buenas capacidades pero con una importante dificultad para vivirse desde la fragilidad de las emociones; siempre necesita revestirse de algo duro e inaccesible, a pesar de que eso conlleve el quedarse casi siempre solo.

En esta ocasión, M se hace con el cangrejo des del inicio de la sesión.

Por otro lado, V, con un funcionamiento de tipo más psicótico, construye su "castillo de Springfield", donde viven sus monstruos y sus personajes "locos" de los que siempre habla. A lo largo de las tutorías V ha podido ir verbalizando la sensación de volverse loco de los personajes del Castillo. En esta sesión, mientras lo construye, ve cómo J ha hecho un pueblo muy grande y ve que A ha decidido unir la casa que había hecho con el pueblo. La psicóloga así lo ha verbalizado: "*Mirad! Parece que A no quiere tener su casa sola; prefiere ponerla dentro del pueblo de J. Quizás es que A quiere jugar contigo, J!!!*"

De repente V coge su muñeco playmobil y le quita la parte del pelo, con lo que queda el agujero de la cabeza vacía de este tipo de muñecos. Grita: "*oooohhh! Me he muerto! Alguien me ha quitado el cerebro!!!*" La psicóloga dramatiza el susto, alertando a los demás sobre lo que ha sucedido: "*mirad! Aquí se ha muerto uno!!!*" El personaje de J se acerca al muñeco muerto; "*Alguien me ha quitado el cerebro!!!!*", vuelve a gritar V. La psicóloga responde: "*pero esto da mucho miedo, porque entonces no puedes pensar!!!!*" J empieza a gritar su nombre: "*V! V!!!!*"

Este decide derrumbar su castillo de Springfield. Dice: "*y ya se destruyó, porque quería vivir en el pueblo de J.*". La psicóloga dramatiza otra vez: "s*iii! Ya está bien de vivir en un castillo de miedo donde no se puede pensar y*

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

todo es un lío!!! Queremos vivir en un pueblo normal!" V coge su muñeco y lo mete en el pueblo; "*yo también juego!*" A está copiando una casa que ha hecho J, y la tutora lo señala: "*mira J, parece que le estás dando una idea a A. Parece que le ha gustado tu casa y hace una igual que la tuya*". Los 3 están jugando dentro del pueblo. La psicóloga lo hace notar: "*qué bien este pueblo que ha hecho J para todos nosotros!!!*"

Sin haberse dado cuenta antes, la psicóloga ve cómo M, des de su esquina de la mesa, lo está mirando todo, sin poder acercarse pero diciendo, muy bajito: "*yo tengo cerebro! Yo tengo cerebro!!!!*". Ha hecho una bola de plastilina y la ha colocado encima del cangrejo, a modo de cerebro. La psicóloga señala y dramatiza, diigiéndose al resto del grupo: "*uiiii….creo que aquí hay un cangrejo que se siente muy solo…mirad lo que dice: yo tengo cerebro! Yo también quiero pensar! Yo también quiero jugar! Que susto quedarse siempre solo!!*" Ante esta dramatización, J y V se levantan de la mesa con sus personajes y van corriendo hacia M. J dice: "*al rescate!!!*" V le dice que un cangrejo no puede entrar al pueblo, que tiene que convertirse en un niño normal, y le propone que se ponga un cerebro de niño en vez del cerebro de cangrejo. La psicóloga recoge lo que está sucediendo: "*mira, parece que V quiere que el cangrejo vaya al pueblo pero lo que dice es que este cangrejo tiene que cambiar, porque así no se puede entrar a jugar en el pueblo normal de J. Que pasará con el cangrejo, M? tu crees que seguirá siendo así o que prefiere convertirse en un niño e ir al pueblo?*" M coge el niño.

Cuando el material de juego se ha recogido, empieza el espacio de conversación sobre lo que ha sucedido. V dice que M quería tener el cangrejo y que entonces se hace un lío en la cabeza. La psicóloga recuerda que quizás él también se hace líos en la cabeza como han hablado en muchas ocasiones anteriores, pero que hoy ha decidió destruir aquel castillo porque ha preferido irse a jugar con sus compañeros. V dice que prefiere estar en el pueblo normal de J, que se siente más feliz.

Luego de hablar, se pasa a hacer un dibujo, y todos acaban por dibujar el pueblo de J. Hoy les ha unido el pueblo. J también lo dibuja; y dentro de él dibuja diferentes personas: son todos los personajes que hoy han querido estar con él. A J se le ve radiante.

En la medida que vamos hablando de una capacidad mayor de comprensión del mundo interno y de aceptación del otro como ser social con pensamientos, sentimientos y actuaciones distintas a las propias, la tutoría se va convirtiendo en un espacio donde ir concienciándose de aspectos cada vez más elaborados. Uno de los temas que muy frecuentemente han aparecido en las tutorías terapéuticas de nuestro centro, ha sido la conciencia y duelo de la propia patología. Son niños escolarizados en nuestro centro, pero la gran mayoría ha llegado a poder hacer una modalidad de escolaridad compartida con la escuela ordinaria, y han tenido que vivir la diferencia o incluso en ocasiones el rechazo. Con toda la evolución, los comentarios que escuchan sobre ellos, les afecta y les deprime porque tienen conciencia que algo hay en ellos que es diferente, y que ese es el motivo por el cual los demás se ríen de ellos, o les llaman tontos o locos. Esto implica un grado muy elevado de evolución, ya que no todos nuestros chicos llegan a este nivel de conciencia de la propia identidad, pero evidentemente, en este punto empieza otro sufrimiento para ellos, sufrimiento que tiene que ser el material de trabajo que no podemos pasar por alto ni eludir.

A veces nos cuesta acompañar en el dolor por nuestra propia incomodidad. Su patología, sus dificultades forman parte de su identidad, es un rasgo que los acompañará a lo largo de toda su vida. Llegados a este punto de evolución, tendremos que poder contener dentro de nosotros el duelo, legitimar este sentimiento y darle un espacio para hablarlo, y transmitir que aquello que parece tan terrorífico no lo es tanto. No hace falta negar todas estas dificultades y lo más importante será transmitirles que nosotros les queremos y aceptamos con estas posibilidades y dificultades. Así iremos consiguiendo crear identidades mucho mas integradas, entre los aspectos "buenos y malos". De lo que se trata, es de concienciarse de las dificultades para ser capaz y tener la voluntad de buscar nuevas estrategias más evolucionadas de relación con el entorno social, aprendiendo también a aceptar aquello que no podremos cambiar, sabiendo vivir con ello de la forma más adaptada posible.

De esta forma, el proceso de duelo y de concienciación será difícil pero aguantable y pensable. Pero para que esto sea así, cabe hacerse una última e importante pregunta: ¿Cuándo hay que trabajar en nuestros chicos esta conciencia de las propias dificultades y de la concienciación de lo que hay que hacer para estar en el mundo social?

Con todo lo explicado hasta el momento, entendemos que queda claro que esto forma parte de un proceso que hay que ir construyendo poco a poco en la relación con el niño. No podemos avanzarnos, saltarnos pasos. No puede ser el primer objetivo a trabajar el instruir al niño en cómo debe comportarse de forma adaptada al mundo,

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

cuando aún no hemos trabajado su propia identidad como ser diferenciado del mundo que le rodea, cuando el niño aún está anclado al mundo de sensaciones. A veces, pretendemos trabajar en primera instancia los comportamientos sociales adaptados sin que el niño comprenda nada y eso no es acompañarle en su proceso de comprensión del mundo, sino que el niño haga lo que nosotros queremos aunque él no entienda nada de lo que le estamos pidiendo. Estaríamos trabajando la forma del niño, pero sin ningún contenido significativo para él.

Por eso hay que saber que este es un objetivo a trabajar cuando ya hemos ayudado al niño a percibirse como alguien con una identidad propia, habiéndole ayudado a poner palabra a sus vivencias, a su mundo interno, a su mundo sensorial desmentalizado y fragmentado. Cuando les ayudamos a reconocer al otro, a tolerarlo. Cuando les hemos ayudado a entender y contener la frustración de un mundo que a veces no es anticipable y que a veces no pasa por los propios deseos sino por el deseo de los demás. Entonces es el momento de trabajar las normas sociales que hay que conocer y seguir.

Porque con todo lo anteriormente trabajado, han llegado a sentir ganas de pertenecer de algún modo al mundo social. Ya no sienten tanto placer en estar solos con sus temas o su mundo sensorial. Les hemos ayudado a tener cierto placer por la relación, y se dan cuenta que no saben cómo hacerlo o conseguirlo. Este es el momento real y significativo en que hay que decirles cómo funciona el mundo, qué es raro y qué conductas no son aceptadas por nuestra sociedad. Es el momento de ayudarles a pensar las consecuencias de no seguir las normas que todos seguimos para estar dentro de lo social. Es el momento de proponer estrategias nuevas de relación, búsqueda de actividades sociales, formas adecuadas de estar con los demás.

Este ha sido el objetivo de un grupo psicoterapéutico que se está realizando con exalumnos de Carrilet. Era un grupo clase con diagnóstico de Asperger y autismo de alto funcionamiento. Tenían ya 12 años y su escolaridad en Carrilet finalizaba. Durante los últimos cursos en la escuela, habían tenido el espacio de tutoría terapéutica. A lo largo de los años habían hecho una evolución muy importante, habiéndose hecho conscientes del mundo social y de sus propias dificultades por estar en él. Era un grupo de 5 niños, dos de los cuales, después de Carrilet, habían podido volver exclusivamente a la escuela ordinaria (uno con USEE y el otro sin este recurso).

Decidimos, en este grupo, hacer una continuación de la tutoría durante este primer año fuera de Carrilet, en horario extraescolar, una vez por semana. Nuestro objetivo era ofrecerles un espacio terapéutico donde seguir pensando y elaborando lo que iban viviendo en el mundo social, que ahora sería mucho más difícil y grande.

El grupo, compuesto por chicos de 12-13 años, se ha ido convirtiendo en un espacio muy especial para todos ellos. Vienen contentos, necesitan verse, rencontrarse, hablar de sus cosas, y sobretodo, sentir que tienen amigos. Uno de los temas que ha ido surgiendo de forma frecuente, es el hecho de darse cuenta que les cuesta mucho hacer amigos y tener espacios de ocio fuera de los colegios. No sabían cómo hacer para quedar con amigos, no sabían qué hacer si no había alguien que les organizara su tiempo. De casa al colegio y del colegio a casa. Toni, decía al grupo: "*¿habéis visto la película Atrapado en el tiempo? Va de un hombre que cada día se despierta y es el mismo día….no puede hacer nada para cambiar…todos los días pasa lo mismo*". Él nos contaba cómo había tenido un solo amigo de verdad en su vida, el cual se fue de la ciudad y ya se quedó solo. Dice: "*me siento solo y me aburro, me gustaría tener algún amigo para hacer cosas, pero no me acuerdo cómo hice para conseguir tener ese amigo, y ahora me cuesta mucho*". Otro compañero le dijo que eso les pasaba a todos ellos, porque tenían Síndrome de Asperger. El grupo quiso saber, preguntó qué era ese síndrome. También informamos, y pensamos qué dificultades tenían todos ellos en común, a la vez, que les ayudamos a pensar sobre todas aquellas dificultades que fueron capaces de afrontar y superar a lo largo de los años en Carrilet. Ahora era el momento de pensar dentro del grupo cómo hacer para encontrar situaciones de ocio fuera de la escuela. Se daban cuenta que habían muchos momentos en los que estaban solos, o con sus padres, y partía de ellos la necesidad de compartir vivencias con el grupo de iguales. Ellos pedían recursos, y ese, pues, era el momento de dárselos, a la vez que era importante recoger unas dificultades de las que eran conscientes, y que eran ciertas, y que no podíamos negar ni esconder que supondrían en muchas ocasiones un problema en su deseo de tener amigos y mantenerlos fuera del espacio escuela.

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

¿QUÉ SUCEDE EN LOS GRUPOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE? COMPRENDER LA MATRIZ GRUPAL AGUJEREADA*

WHAT HAPPENS IN THE GROUPS WITH SEVERE MENTAL DISORDERS? UNDERSTANDING THE "HOLEY" GROUP MATRIX

Marina Forcén Soler** y Àurea Moreno Mayós***

RESUMEN

El artículo busca comprender la frágil estructura grupal que se constituye en los grupos de terapia de niños y adolescentes con trastorno mental grave. Se describe el concepto de matriz grupal "agujereada" y los elementos que dan lugar a la misma, así como la necesidad de crear una matriz auxiliar para paliar las carencias de aquella y ayudar al desarrollo del grupo terapéutico.

Palabras clave: Trastorno mental grave, terapia grupal con niños, terapia grupal con adolescentes, matriz grupal.

ABSTRACT

The article seeks to understand the fragile group structure which constitutes the therapy groups of children and adolescents with severe mental disorder. The concept of "holey" group matrix and elements that origin it is described as well as the need to create an auxiliary group matrix to alleviate the lack of that and help the development of therapeutic group.

Keywords: Severe mental disorder, children group therapy, adolescent group therapy, group matrix.

Comenzamos a trabajar con ilusión y optimismo, y quizá con algo de candidez, en grupos con niños y adolescentes con trastorno mental grave (TMG). Debido a la formación que teníamos, optamos por un setting grupoanalítico y psicodinámico, basado en la asociación libre del grupo, y, específicamente, en los grupos con niños, con caja de juego y una estructura temporal establecida entre el encuentro, el juego y la despedida. La mayor parte de las sesiones resultaban unos grupos muy caóticos y desorganizados donde reinaba la fragmentación, el antipensamiento y la actuación masiva, como también describen Tyminsky (2005, 2008) y Urwand (2002); no existía una narración grupal, perdiéndose a veces las coordenadas espaciotemporales, desapareciendo la emoción; eran momentos en los que la experiencia grupal se fragmentaba, aflorando conductas defensivas

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

** Psicóloga Clínica, centro de salud mental infanto-juvenil Garraf, hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. E-mail: marinaforcen@gmail.com

*** Psicóloga Clínica, centro de salud mental infanto-juvenil Garraf, hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

Grupo de trabajo de psicólogos clínicos y residentes de la red pública, Colegio Oficial de Psicología de Cataluña.

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

masivas ante la angustia ingente (Privat y Quélin-Souligoux, 2000). Por ejemplo, en ciertos momentos de gran ansiedad, los juguetes podían acabar saltando por los aires, o bien todos los chicos querían hablar al mismo tiempo, siendo la conversación ininteligible.

Diversos autores han señalado que los grupos en infanto-juvenil son mucho más difíciles de manejar que los grupos con adultos (McGrath, 1993), y requieren además de técnicas y medios específicos (Sirlin y Glasserman, 1979). A esta complicación se añade la escasa literatura existente sobre el tema (Dwivedi, 1993). Por ello, los complejos y masivos fenómenos que vivíamos raramente se hallaban conceptualizados en las publicaciones sobre la cuestión, por lo que resultaba difícil entender qué era lo que sucedía durante las sesiones. A partir de ahí, empezamos a reflexionar acerca de cuáles eran las particularidades de este tipo de grupo, cómo analizar y conceptualizar lo que allí vivíamos para luego poder pensar cómo trabajarlo y ayudar a estos chicos a estar en grupo.

Uno de los aspectos cruciales que nos planteamos tiene que ver con la esencia y la base de un grupo, es decir, con la matriz grupal. Y para entender este concepto, vamos a seguir a Sunyer (2007), el cual describe la matriz grupal como "el entramado de relaciones conscientes e inconscientes, trama de aspectos reales y simbólicos, de significados y fuerzas de poder que viene determinada por las personas que integran un grupo" y ésta a su vez las determina. Es el recipiente en el que suceden las cosas y contiene a las personas que la constituyen, y a su vez es la horma a través de la cual las personas que la constituyen quedan constituidas. La matriz es exterior e interior a los individuos: es las dos cosas a la vez. Para ilustrar este concepto emplearemos el siguiente dibujo (Figura 1), en el que los círculos y las flechas representan los participantes y las interacciones, respectivamente. Las flechas constituyen una red de interdependencias en la que todos los participantes están conectados entre sí y se influyen los unos a los otros, al tiempo que están influidos y contenidos por la matriz y la determinan simultáneamente.

Si bien nuestros grupos no encajaban en el concepto descrito por Sunyer dado que la matriz resultante poco tenía que ver con la horma sólida, contenedora y constituyente; en su defecto, lo que sentíamos que se formaba era una matriz poco consistente, frágil, con falta de conexión entre sus miembros, en definitiva, una matriz agujereada (Forcén-Soler y Moreno-Mayós, 2014).

¿CÓMO SURGE UNA MATRIZ GRUPAL AGUJEREADA?

Si el grupo lo componen personas con TMG, que se caracterizan por presentar una patología del déficit, que no del conflicto, donde pueden concurrir una estructura interna precaria, dificultades en la diferenciación, fallas en el narcisismo y ansiedades y mecanismos de defensa muy primitivos, esto acabará repercutiendo en el entramado de relaciones conscientes e inconscientes que conforman la matriz. De entrada, la pauta relacional de los chicos con los que trabajamos viene condicionada por el predominio de la ansiedad paranoide o bien la indiferenciación, con dificultad para dejarse llevar en la relación y tolerar la incertidumbre y lo incontrolable, que les lleva a establecer relaciones de objeto basadas en el control del objeto y la instrumentalización. De ahí se deriva la tendencia a la unidireccionalidad, tienden a hablar al otro, más que hablar con el otro. En ocasiones, necesitan sentir que controlan el grupo intentando erigirse como el único sujeto activo en el grupo ("*aquí sólo hablo yo, de lo que yo quiero*"), no permitiendo ningún tipo de intervención por parte de los otros, en otras establecen una relación radial con el resto de miembros, dirigiendo las comunicaciones del grupo ("*a ver, y tú ¿cuántos años tienes? ¿Y tú? ¿Y tú?...*"). Puede ocurrir también que introduzcan un tema que les interesa, impidiendo cualquier tipo de variación respecto a su propuesta ("*en el grupo solo se puede hablar de dinosaurios*").

Otro elemento que amenaza la constitución de una matriz grupal sólida tiene que ver con la comunicación, ya que estos chicos a pesar de hablar el mismo idioma, no hablan el mismo lenguaje. A veces puede haber intención comunicativa por parte del emisor, pero la idea cae en saco roto porque el receptor no capta o desatiende el mensaje, quizá porque está metido en su propio mundo, o bien porque no lo ha entendido o es vivido como algo amenazante y por tanto, algo a rechazar. En otras ocasiones el temor a conectar con el otro les lleva a expresarse de un modo muy atenuado, de manera que al receptor no le llega el mensaje (no miran al otro, el tono de voz es débil) ni comprueban de qué manera ha entendido el otro el mensaje. También pueden producirse comunicaciones en paralelo, cuando dos o más participantes hablan simultáneamente. Estos cúmulos de interferencias acaban produciendo numerosos cortocircuitos en la comunicación, lo que repercute en las relaciones, y por tanto, en la matriz grupal.

Por último, en relación a la comunicación, Sunyer recoge la trama de aspectos reales y simbólicos y los

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

significados en tanto que partes constituyentes de la matriz grupal. Dichos elementos se verían también afectados cuando se trabaja en grupos con chicos con TMG, ya que presentan fallos en la simbolización y tienden a la adhesión y mimetismo, al uso de "pegatinas" y adhesiones cognitivas, lo que comporta llenar los intercambios con palabras vacías de significado y emoción. Guàrdia (2008) destaca que "a menudo se añade el error de presuponer que las palabras ya tiene un contenido simbólico por el sólo hecho de ser dichas y utilizadas correctamente en su contexto" (p. 63), si bien, éste puede ser sólo concreto o sensorial. Por ejemplo, en un grupo los participantes mantenían una conversación que no se guiaba por el contenido de las ideas, sino que las frases se encadenaban desde el sonido de las palabras. Alguien desde fuera, sin escucharlos, podría pensar que están teniendo una conversación pero en realidad lo resultante era una amalgama sinsentido. En un nivel más evolucionado, nos podemos encontrar pacientes que sí que emplean un lenguaje de manera precisa y adecuada, conociendo el significado correctamente pero es un lenguaje "como si", de imitación del adulto, muy alejado de las emociones (Fieschi, 2008), no existiendo una significación personal, más bien se da un uso del lenguaje puramente mimético, donde las palabras pueden resultar como "pegatinas" que tapan el vacío de significado (Grimalt, 2008). Entonces, siguiendo a esta última autora, se recurre a la adhesión cognitiva, el recurso de la capacidad intelectual para tapar el vacío emocional y de significado. El paciente, en momentos de dificultad y ansiedad, trata de hacer un salto a nivel cognitivo (que no le funciona) para tapar estos vacíos; "usa adhesivamente lo cognitivo y lo verbal como una pegatina para tapar agujeros en el self porque no puede contener ni aprender de su experiencia" (p. 42). Uno de los riesgos es que los participantes se pongan a tapar los agujeros de la matriz mediante "pegatinas", como sucedía en un grupo de adolescentes en el que tendían a hablar de videojuegos, pero a modo de recital de pantallas, personajes,…, no habiendo contenido emocional, resultando algo vacío y hueco, pudiendo pasar así toda la sesión. Esto sería una estrategia para desconectarse y defenderse de la ansiedad que genera el grupo, llenando el tiempo con este tipo de contenidos vacíos porque, en definitiva, la dificultad tiene que ver con el poder estar todos juntos, compartiendo y acompañándose.

Mediante la siguiente ilustración (Figura 2) se plasma el concepto de la matriz grupal agujereada, en el que se observa la atipicidad y ausencia de flechas que simbolizan los problemas de comunicación e interacción entre los participantes, lo que acaba influyendo en la matriz grupal, en algunas zonas difusa, en otras discontinua, lo cual no contiene a los participantes ni les ayuda a constituirse.

Por tanto, nos encontramos ante una matriz deficitaria donde la interacción, la comunicación y los elementos reales y simbólicos y los significados se ven gravemente afectados. Todos estos ingredientes descritos van a favorecer la constitución de una matriz grupal frágil, llena de vacíos, con agujeros por los que se caen y desaparecen los amagos de interacción, comunicación, reciprocidad y grupalidad, lo cual no sostiene ni acompaña como otro tipo de matrices grupales más sólidas. Además, en esta matriz agujereada las transferencias que emergen no son las características de un grupo de neuróticos; más bien nos encontraríamos con transferencias de tipo pre-estructural o por déficit. Ante éstas, siguiendo a Bleichmar (1997), el terapeuta debe completar las funciones que no han logrado estructurarse en el paciente y no puede realizar por sí mismo, funcionando como Yo auxiliar. En esta línea, Privat y Quélin-Souligoux (2000) abogan por estimular el desarrollo de un "envoltorio protector colectivo", que facilite la restauración de los envoltorios individuales precarios, al tiempo que fomente la introyección de un grupo interno más tranquilizador, que proteja y permita ir abandonando las defensas primitivas. En nuestra opinión, esto implica generar en el grupo una "matriz auxiliar", externa, un andamiaje que contenga y apuntale la matriz agujereada, lo cual pasa por dotar las sesiones de una mayor estructura y dirección por parte de los terapeutas, proponiendo actividades que funcionen a modo de facilitador y guía en la relación.

En el siguiente gráfico (Figura 3) se representa el papel que ejerce la matriz auxiliar sobre la matriz grupal agujerada, desde un rol más directivo y activo de los terapeutas. Esta función auxiliar actúa como continente de experiencias y significados del grupo, al tiempo que fomenta, orienta y media en la relación entre los participantes, traduce los fragmentos débiles y/o distorsionados de la comunicación, zurce los agujeros del discurso grupal aportando significados comprensibles a aquello que está pasando y tolera las oscilaciones entre la participación y el aislamiento.

Nuestra experiencia nos ha mostrado que dejar el grupo abierto, sin dirección, genera demasiadas ansiedades, pudiendo llegar a ser más iatrogénico que terapéutico. El reto ahora consiste en ver de qué manera estructurar las sesiones, para ayudarles a sostenerse, pero intentando mantener en la medida de lo posible, la expresión genuina

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

de cada uno. A pesar del gran esfuerzo y energías que requiere un grupo de estas características, consideramos que formar parte de un grupo de iguales con el que compartir vivencias supone una experiencia emocional correctiva que puede paliar enormemente el sufrimiento ligado a historias de vida de desencuentros, rechazos e incomprensión.

FIGURAS

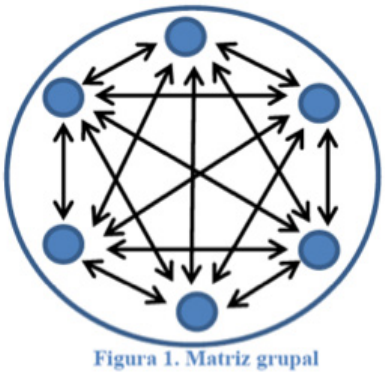


Figura 1. Matriz grupal

Figure 1. Group matrix

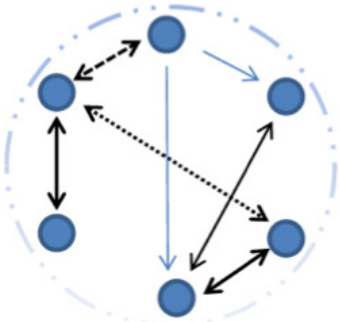


Figura 2. Matriz grupal agujereada

Figure 2. Holey group matrix

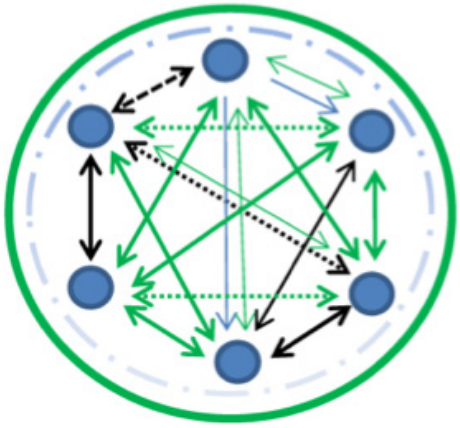


Figura 3. Matriz grupal agujereada con matriz auxiliar.

Figure 3. Holey group matrix with auxiliary matrix

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

BIBLIOGRÁFICAS

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

Dwivedi, K. N. (1993). Group work in child mental health services. En K.N. Dwivedi (Ed.), *Group work with children and adolescents. A handbook* (pp.290-306). Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Fieschi, E. (2008). I el jersei rosa? Evolució del pacient i l'analista en el tractament de una nena. En J. Coromines, E. Fieschi, A. Grimalt, M. Guàrdia, I. Oromí, M. Palau y L. Viloca (Eds.), *Processos mentals primaris. Implicacions psicopatològiques i consideracions tècniques* (pp. 99-119). Barcelona: Fundació Orienta.

Forcén-Soler, M. y Moreno-Mayós, A. (2014). Retos y dificultades en la terapia grupal de niños y adolescentes con TEA: cómo empezar a tejer una matriz grupal agujereada. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 4(1), 51-64.

Grimalt, A. (2008). Processos mentals primaris: transformació de l'experiència emocional. En J. Coromines, E. Fieschi, A. Grimalt, M. Guàrdia, I. Oromí, M. Palau y L. Viloca (Eds.), *Processos mentals primaris. Implicacions psicopatològiques i consideracions tècniques* (pp. 19-50). Barcelona: Fundació Orienta.

Guàrdia, M. (2008). L'experiència sensorial. En J. Coromines, E. Fieschi, A. Grimalt, M. Guàrdia, I. Oromí, M. Palau y L. Viloca (Eds.), *Processos mentals primaris. Implicacions psicopatològiques i consideracions tècniques* (pp. 51-72). Barcelona: Fundació Orienta.

McGrath, P. (1993). Historical development of group psychotherapy. En K. N. Dwivedi (Ed.), *Group work with children and adolscents. A handbook* (pp. 100-116). Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Privat, P. y Quélin-Souligoux, D. (2000). *El niño en psicoterapia de grupo*. Madrid: Síntesis.

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

Sunyer, J. M. (2007, marzo). *El proceso de individuación. Ponencia presentada en las XII Jornadas de la APAG*, Granada, España.

Tyminski, R. (2005). Long-term group psychotherapy for children with pervasive developmental disorders: evidence for group development. *International journal of group psychotherapy*, 55(2), 189-210.

Tyminski, R. y Moore, P. (2008). The impact of group psychotherapy on social development in children with pervasive developmental disorders. *International journal of group psychotherapy*, 58(3), 363-379.

Urwand, S. (2002). Le group-analyse pour des enfants autistes et psychotiques. *Enfances&psi*, 19, 54-62.

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

"¿POR QUÉ A MÍ?": DESVALIMIENTO Y DERRUMBE PSIQUICO EN UN NIÑO ABUSADO*

"WHY ME?": PSYCHIC HELPLESSNESS AND COLLAPSE IN AN ABUSED CHILD

Ana Carrazón Atienza**

RESUMEN

Con este trabajo se pretende hacer una reflexión sobre el abuso sexual infantil, a través de la presentación de un caso clínico que, siguiendo un recorrido teórico sobre distintos autores que han trabajado sobre este tema y, fundamentalmente, teniendo muy presente la obra de Sándor Ferenczi, nos ayude en la comprensión de la teoría del trauma y la importancia que tiene en la clínica de estos casos.

Palabras clave: Trauma, derrumbe psíquico, desvalimiento, pasión, ternura, vacío, construcción.

ABSTRACT

This paper aims to reflect on child sexual abuse, through the presentation of a clinical case. A theoretical review on different authors who have worked on this issue has been done, and it has been beard in mind the work of Sandor Ferenczi, in order to help in the understanding of the theory of trauma and its importance in these cases.

Keywords: Trauma, psychic collapse, helplessness, passion, tenderness, emptiness, construction.

<Tal vez nunca puedas diferenciar claramente qué cosas debieron pertenecer al sueño y cuáles a la luz, tal vez necesitabas sueños de luz para evitar la luz abrasadora que debió haber sido un sueño. Memorias que pertenecen a la frontera entre tu razón y tu locura ¿Realidad material o psíquica?...>

(Tomás Aguilar Alfaro, 2006)

INTRODUCCIÓN

Quiero comenzar esta exposición, desde los puntos suspensivos de un trabajo anterior. Entonces, el planteamiento era hacer un recorrido, a través de un caso clínico, desde el concepto de la vivencia de autodestrucción al deseo de vivir. Ahora, lo que pretendo es seguir en sentido inverso, ya que considero que los puntos suspensivos en un trabajo deben ponerse, tanto al principio como al final del mismo. Siempre, se nos queda en el aire una pregunta abierta y, con ella, una nueva interrogante y un nuevo cuestionamiento.

Porque, *una narración es un camino en el que lo esencial no es la verificación fáctica de la verdad sino la*

* Comunicación presentada en el XXV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "La Infancia Temprana: Repercusiones en el Desarrollo Posterior" tuvo lugar en Valencia los días 19 y 20 de abril de 2013. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

** Psicóloga Clínica-USM Alcázar. Miembro del Instituto de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM). .E-mail: ana.carrazon@terra.es

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

facultad de retroceder hasta una hipotética experiencia antigua y actualizarla para, al regresar, poder entonces hablar de ella. Nunca se puede hablar de algo al ir. Siempre se hace al volver[13].

Por ello, en este trabajo pretendo ir entrelazando los hilos que nos podrían llevar a tejer la tela para construir una posible respuesta, o, salida, haciendo, en este caso, el recorrido desde el *desvalimiento* y *derrumbe psíquico en un niño abusado*, a la pregunta con la que se abre el título de este trabajo, *¿Por qué a mí?...*

ALGUNAS REFLEXIONES TEÓRICAS

Antes de exponer el Caso Clínico que voy a presentar, me gustaría ahondar sobre la diferencia entre la pasión y la ternura, y hacer un breve recorrido por determinados conceptos como son: el trauma, la escisión y fragmentación, la identificación con el agresor, el desvalimiento y el derrumbe psíquico, conceptos, todos ellos, fundamentales para situarnos en este Caso.

¿Qué entendemos con el término pasión? ¿Hablamos de un estado afectivo bien definido o estamos describiendo solamente la intensidad de una emoción? ¿Existe, aunque sea sutil, una diferencia entre amor y pasión? En realidad cuando hablamos de pasión, ¿nos referimos a una diferencia cualitativa, o, sólo, cuantitativa? Piera Aulagnier (1979)[14] , considera el amor como una *amalgama entre el placer del cuerpo, el del pensamiento y el placer identificatorio*. Es decir, quien ama establece con la pareja una relación de simetría, entendida como una elección privilegiada del otro como objeto de placer, o, como poseedor de un poder de sufrimiento, privilegiado pero no exclusivo, lo que significa que, cada uno, es libre de elegir otro objeto, aunque esto cueste cierto sufrimiento. Esta libertad de elección establece la diferencia entre una relación de amor que reconoce la libertad y la diferenciación con el otro y la relación propia de la pasión que es una relación de alienación. En la relación de amor, según Aulagnier, *el "Yo" de cada uno de los dos, hace del otro el depositario privilegiado, aunque no exclusivo, de sus demandas de placer* (1979) y de esta forma acepta los riesgos asociados al reconocimiento implícito de la autonomía, tanto la propia como la del otro; por tanto, el sufrimiento está implícito en la relación.

En cambio, en la relación pasional, es la obligatoriedad la que domina la escena. El "yo" es *inexistente para el objeto que lo ha investido pasionalmente*, o, sólo se le reconoce un derecho de placer, pero ninguna autonomía.

Según mi opinión, esta forma de conceptualizar la pasión es muy clara ya que describe el estado pasional como el punto de convergencia de dos fuerzas, una vital y otra destructiva, siendo esta última la fuerza que quiere apropiarse del otro, el cual sólo le importa para apoderarse de él, convirtiéndolo, de esta forma, en algo que le pertenece. Observamos que esta conceptualización de la pasión es muy parecida a la noción misma de la violencia que podemos articular, por otra parte, con el concepto de trauma.

Sabemos que Ferenczi ha escrito muchos artículos sobre el trauma pero, ¿cómo entiende la pasión, Ferenczi? Si se realiza una lectura minuciosa de su texto *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño*[15], vemos que, para él, la pasión no es únicamente una cuestión de cantidad, sino que también la toma como elemento cualitativo del vínculo objetal. En su análisis de las relaciones entre el adulto y el niño, vemos que considera la pasión como un afecto que únicamente se encuentra en el adulto y es fruto de una necesidad insoslayable e inaplazable, en la que el objeto sólo es considerado en tanto que procura satisfacción al sujeto.

En cuanto a la ternura, y siguiendo a Ferenczi, éste dice que Los niños sólo quieren ser tratados gentilmente, con ternura y dulzura. *Sus gestos y sus movimientos de expresión son tiernos, y cuando es de otro modo es que algo ya no va […] una parte de la sexualidad de los niños no es espontánea, sino injertada de un modo artificial, por la ternura exageradamente apasionada y por la seducción del adulto (Diario Clínico*, 1932, 5 de abril). Cuando el adulto, la madre, puede identificarse con la ternura del bebé, puede libidinizarle, favoreciendo de esta manera los procesos de ligazón, tan necesarios para su supervivencia; por el contrario, cuando dicha libidinización no es posible, se estará alimentando la desligazón que es uno de los posibles efectos de la pasión,

[13] Carlos Padrón. Introducción al libro: Del desierto… al libro, E. Jabès. Trotta, Madrid, 2000.
[14] Aulagnier, P. (1979). La relation passionnelle. In : Les Destins du plaisir. Paris: Presses Universitaires de France
[15] Confusión de lenguas entre los adultos y el niño, Sándor Ferenczi, 1932. Obras Completas. Vol. IV. Espasa Calpe, Madrid, 1984

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

como expresión de la pulsión de muerte (la madre muerta de A. Green).

El niño recién nacido utiliza toda su libido para su propio crecimiento, y es necesario incluso darle libido para que pueda crecer normalmente. La vida normal comienza pues por un amor de objeto pasivo, exclusivo. Los lactantes no aman, es necesario que sean amados. (Diario Clínico, 1932, 7 de Agosto). Es por tanto, la libido del adulto la que, en ese primer momento, sostiene el vínculo y aquí, la satisfacción sólo cae del lado del niño, que es el amor de objeto pasivo y del lado de la madre, queda por vía de la identificación, como un resto de ese goce que se da en su bebé.

Retomando la articulación de estas nociones con el concepto de trauma que habíamos mencionado, en *Reflexiones sobre el traumatismo*[16], Ferenczi dice: <*El "trauma" es equivalente a la anulación del sentimiento de sí, de la capacidad de resistir, de actuar y de pensar en defensa del propio Yo. Lo repentino de la conmoción psíquica causa un gran dolor que no puede ser superado. La consecuencia inmediata de cada traumatismo es la angustia. Consiste en un sentimiento de incapacidad para adaptarse a la situación de sufrimiento; en primer lugar, sustrayendo su Yo al estímulo (huída), y, en segundo lugar, eliminando el estímulo (anulación de la fuerza exterior). La salvación no aparece e, incluso, debe excluirse la esperanza de salvación. El desagrado crece y exige una válvula de escape. Tal posibilidad es ofrecida por la autodestrucción que, en cuanto factor liberador de la angustia, se ha preferido al sufrimiento mudo*>. Por otro lado, apoyándose en la figura del bebé sabio, metáfora creada por él hacia el final de su vida[17], el trauma debe ser considerado como el resultante de ausencia de respuesta del objeto frente a una situación de desvalimiento. Esta ausencia de respuesta mutila, para siempre, al Yo, y con esta figura del bebé sabio ilustra la configuración psíquica de un niño traumatizado y narcisísticamente afectado dentro de la unidad de su personalidad, que se vuelve un adulto escindido a través de la huella de su trauma. Trauma cuyo origen se sitúa, para Ferenczi, en la confusión entre el lenguaje de la ternura, patrimonio del lenguaje del niño, y el lenguaje de la pasión que es el lenguaje de los adultos[18].

Esta conceptualización sobre el trauma nos lleva, por una parte, a la idea de como la incapacidad de adaptación es equivalente a la muerte del individuo ya que requiere la puesta en marcha de una energía que es inherente a lo vivo y, si ésta energía que se expresa a través de diversas funciones puestas al servicio de la supervivencia, no se da al excluirse la esperanza de salvación, la posibilidad que queda es la autodestrucción, y, por otro lado, nos lleva, como podemos ver, a los conceptos de *desvalimiento* y *derrumbe*, y a Jacques André[19] que, apoyándose en el artículo póstumo de Winnicott, El temor al derrumbe (1971), dice que Winnicott considera que en el núcleo de la experiencia de derrumbe, surgen lo que denomina primitivas agonías, que están muy próximas a lo que designa como <angustias impensables>, terrores indisociablemente psíquicos y corporales que no tienen palabras para decirse[20].

Me parece sumamente interesante la diferencia que J. André establece entre angustia y desvalimiento. Sabemos, tras Freud, que la angustia es estar "sin objeto". Pero este "sin objeto" no habla de la no-existencia, la no-constitución de éste. Es, más bien, la marca de un objeto en puntos suspensivos; la angustia contiene la expectativa de un objeto, la apertura sobre éste. Por muy afecto que sea, la angustia es ya la anticipación de las representaciones de la angustia. Lo que marca la originalidad del desvalimiento con relación a la angustia, es que indica que la vida psíquica queda, que continúa viviéndose "fuera de sí", dentro de la apertura desesperada sobre el otro, hacia el otro.

Volviendo a Ferenczi, en el Diario Clínico, el 24 de Febrero de 1932, dice: <*Un sufrimiento muy fuerte o de larga duración, pero sobre todo algo inesperado que tenga un efecto traumático, agota la pulsión de "hacerse valer" y deja que las fuerzas, los deseos, incluso las*

[16] Reflexiones sobre el traumatismo. Ferenczi, 1932. Obras Completas, Vol. IV

[17] El sueño del bebé sabio, S. Ferenczi, 1928. Obras Completas. Vol. IV

[18] Confusión de lenguas entre los adultos y el niño, S. Ferenczi, 1932. Obras Completas. Vol. IV

[19] Entre angustia y desvalimiento, J. André, 2000

[20] <La idea de las "primitivas agonías" condensa la noción de desesperación, de la extrema desesperación. Ya hablemos de agonía o de desesperación, es preciso señalar que es un espacio psíquico "más allá de la angustia" lo que estas palabras buscan circunscribir. La idea principal de Winnicott, es que algo se ha producido en el pasado que no ha sido sentido. Algo ha tenido lugar, realmente, pero el afecto correspondiente no ha sido sentido, como si se hubiese quedado en blanco>.

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

particularidades del agresor, penetren en nosotros. El dolor y el espanto paralizan las fuerzas de supervivencia de la persona, y es en este “tejido que se ha hecho blando y sin resistencia” que penetra la voluntad extraña, dirigida por el odio y el placer de agredir, con todas sus tendencias, mientras que una parte de su espontaneidad propia es expulsada fuera de la persona. (...) En otros términos: un niño embriagado o anestesiado (eventualmente también un niño en el que la autoprotección está paralizada por el terror o el dolor) se vuelve de tal modo sensible a los movimientos afectivos de la persona que teme, que experimenta la pasión del agresor como la suya propia>.

De esta cita me gustaría resaltar que Ferenczi considera estos hechos como algo que conlleva un sufrimiento muy fuerte o de larga duración que, además, es algo inesperado y sucede de forma traumática, lo que incluye en su enunciado la noción de violencia, en tanto que es algo que viene a violar de forma dramática las expectativas del niño, en un momento en que se abandonó toda esperanza de ayuda por parte de un tercero y donde las propias fuerzas de autodefensa se sienten totalmente agotadas, por lo que no queda más que esperar la clemencia del *agresor*, sometiéndose como única forma de actuar el mecanismo de *supervivencia*; además, nos llevaría a los modos que Ferenczi le reconoce a la víctima de una situación traumática para enfrentar dicho trauma, como es la *identificación con el agresor puesto que, el niño abusado se siente indefenso, física, moral, incluso mentalmente, sometiéndose, por ello, automáticamente a la voluntad del agresor, olvidándose totalmente de sí e identificándose con el agresor*, por lo que éste desaparece como realidad exterior y se hace intrapsíquico, introyectando, además, los sentimientos de culpa que el adulto, en mayor o menor medida, ha sentido por sus actos. Se trata, pues, de la “introyección del sentimiento de culpa”. Otros conceptos relevantes y relacionados con este concepto, son los de la escisión y la fragmentación, que el niño utiliza, con la esperanza de recuperar intacta una arte de los fragmentos en los que se ha disociado ante una situación de extremo desamparo.

En definitiva, lo que Ferenczi nos indica, por una parte, es que el trauma se sitúa en algo del orden de la muerte; por otra, como algo irrepresentable en un tiempo congelado por lo que se encuentra fuera de la temporalidad histórica, donde no es posible que se de el après-coup, en tanto que no se puede olvidar ni recordar, ya que el trauma se presenta pero no se representa, por ello, ¿cómo se puede, entonces, hablar de algo que no se puede representar?

Considero que, es en este punto, donde se hace necesaria la Construcción que hace posible tejer el vacío dejado por la huella del trauma. S. y C. Botella han desarrollado una idea muy próxima, mostrando los efectos benéficos de la reestructuración de elementos perceptivos, no organizados en representaciones, bajo el impacto de vivencias traumáticas, entendiendo la vida psíquica como una continua transformación entre la no representación y la figurabilidad y entre la huella de la memoria sin recuerdo y el sueño que intenta simbolizarla.

Para finalizar, querría hacer un breve apunte sobre el término <perversión> como un estado de la mente que se manifiesta en un tipo especial de vínculo en el que el odio prima dentro de los afectos y cuyo carácter de destructividad está referido al intento de desinvestimento del objeto.

CASO CLÍNICO

Sergio es un niño de 10 años que es remitido a la Unidad de Valoración del Abuso Sexual Infanto-Juvenil (UVASI), a través de REVELAS-m, donde había ido con una demanda de tratamiento ya que Sergio, según relata el mismo menor, había sido objeto de abuso sexual en Bolivia, antes de su llegada a España.

Datos de la historia

La familia de Sergio es de origen boliviano. La madre del menor viene a España en el año 2006, mientras su hijo queda al cuidado de una hermana de la madre, en Bolivia.

Sergio viene a España en Diciembre de 2011, para quedarse con la madre, definitivamente. En Enero de 2012, la tía materna del menor, informa a la madre del mismo que su hijo ha sido objeto de abusos por parte del hermano de un tío de Sergio, esposo de la hermana con quien había quedado el niño durante la ausencia de la madre.

El motivo de la consulta es, a parte de obtener la confirmación de los abusos, la demanda de ayuda psicológica para el menor e interponer una denuncia contra el agresor ya que, el menor ha relatado y confirmado los hechos lo que, después y presionado por los familiares que se encuentran en Bolivia, el agresor ha terminado por reconocer.

Entrevista con la madre

En la entrevista, la madre de 39 años de edad, me cuenta cómo lo sucedido lo han descubierto (el niño no le había dicho nada, anteriormente) porque una tía había descubierto a Sergio con una primita suya, en una actitud

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

alarmante, y al ser preguntado, había sido cuando el menor había declarado que a él le habían hecho lo mismo y que sentía mucha rabia por ello. Después, buscaron al agresor y éste terminó confesando, diciendo que no sabía por qué lo había hecho. La sintomatología más relevante que Sergio presenta es la encopresis.

En la actualidad, vive en España con su hijo, Sergio, una hermana y el hijo de ésta, desde hace 6 años y trabaja en el servicio doméstico. Es la mayor de 8 hermanos, de los cuales, dos son hermanos de padre, y los otros 6 son hermanos de madre ya que, tras la muerte del padre, cuando ella era muy pequeña, la madre tuvo otra pareja. La relación con su madre, dice, es buena y con el padrastro nunca ha tenido problemas. "*Cuando era pequeña, yo, había temporadas que vivía con mi madre y mi padrastro y otras con mi abuela materna". Se fue de casa, dice, con 15 años a trabajar a una ciudad de Bolivia. Allí convivió con el padre biológico de Sergio, hasta que iba a nacer éste. Lo dejó porque él estudiaba y venía siempre borracho. Al niño no lo conoció. "No quería que lo tuviera porque no quería comprometerse y, también, andaba con otras mujeres. Me dijo de abortar y pensaba que yo quería sacarle dinero, pero yo quería tener a mi hijo y por eso, lo dejé. Además, él siempre venía borracho y no me trataba bien, nunca me llegó a golpear pero sí había malos tratos verbales*".

Habla de la relación con su propia madre y dice que, a veces, ésta había sido muy dura con ella porque tenía que cuidar de los hermanos pequeños, no la dejaba hablar con nadie y la controlaba mucho y, en muchas ocasiones, la golpeaba si los hermanos pequeños se caían o habían hecho algo; por eso, dice, se fue a vivir con su abuela materna, con quien siempre, la relación ha sido muy buena.

Habla de su hijo, diciendo que, su desarrollo ha sido siempre muy bueno. Es un niño sano, muy sociable e, incluso, ahora, al venir a España, en un principio, dice haber tenido miedo por si no se adaptaba, pero no ha tenido ningún problema. Tiene muchos amigos y, a nivel escolar, va muy bien. "*Antes de decirme mi hermana lo sucedido, yo había observado en mi hijo que tenía pesadillas y decía, a veces, tener miedo. Se despierta en la noche y dice que ese señor está al lado suyo. Otras veces, dice que él quiere ser bueno pero que hay algo que no le deja, que el cielo se pone rojo y que alguien le dice que por qué se porta bien. Le veía caminar raro, como que no caminaba normal, es como que las caderas las tuviera mal, y me pregunto si no habrá sido un problema motivado por lo que le han hecho, al forzarle*"

Entrevista con el menor

Sergio, de 10 años de edad, en la primera entrevista, se muestra cohibido y un tanto temeroso. Se observa que es un niño inteligente en el que se detecta cierto aire triste, reflejándose en su rostro los rastros de marcas traumáticas de componente depresivo.

Después de los momentos iniciales, va a mostrarse participativo y colaborador, llegando, incluso, a ser él mismo quien relate su experiencia traumática, su angustia y cómo, a pesar del tiempo transcurrido y encontrándose, ahora a salvo, aún se siente sobresaltado, con miedo a que el agresor vuelva y, dice que, hay veces, por la noche que, piensa que va a subir por la ventana y le va a seguir haciendo daño.

En esta primera entrevista, relata los hechos y dice cómo no había dicho nada por miedo, ante las amenazas del agresor; además, en un primer momento, había callado porque, dice, "conseguía regalos, pero me hacía mucho daño y yo no quería; él me decía que no pasaba nada y me tapaba la boca para que no me oyeran". *Yo, ahora, tengo pesadillas y pienso que se sube por la ventana; tengo miedo en la noche porque, hay veces, que lo veo a mi lado y me despierto con mucho susto". Cuenta cómo fue abusado sexualmente, con penetración anal, en repetidas ocasiones, aprovechando que su tía no estaba en casa, cuando ésta se iba a trabajar, o, cuando se quedaba el agresor a dormir en la casa que, solían ser bastantes veces. "Entonces, se metía en mi cama y abusaba de mí. Yo, al principio, me dejé porque quería jugar con el ordenador y quería que me regalara juegos pero, luego, ya no quería porque me hacía mucho daño pero él me obligaba y yo tenía miedo que viniera a la casa y me hiciera esas cosas". A lo largo de todas las entrevistas mantenidas con él, se va a mostrar con un gesto triste y actitud cohibida y temerosa, hasta el punto de asustarle cualquier movimiento, por leve que fuera, que se produjera cerca de él, mostrándose sobresaltado y asustado. "Pienso que lo que me ha pasado es porque he sido muy malo porque, si no, por qué me han pasado esas cosas?*"

CONCLUSIÓN

En principio, hay que decir que, según las pruebas realizadas para su valoración, estas confirman el relato que el menor cuenta y demuestran que ha sido objeto de abusos sexuales, en repetidas ocasiones.

Como podemos observar, finalizamos la exposición del caso con la pregunta que deja en el aire Sergio, *¿Por qué me pasan esas cosas?*, que nos sitúa en la misma

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

pregunta del principio mismo de este trabajo, “*¿Por qué a mí?*” Lo que nos confirma hasta qué punto una narración se comienza y se acaba con puntos suspensivos; y nos demuestra, también, que “la “A” no es el principio sino lo anterior y la “Z” no es el fin sino la introducción”.

Tengo que decir que, de todos los casos que nos han llegado a nuestra Unidad de Valoración del Abuso Sexual Infanto-Juvenil, he elegido éste porque me parece muy representativo para poder entender la conflictiva traumática, derivada de una situación de abuso sexual.

En el análisis de este material, podemos observar a un niño con relevantes rasgos depresivos que, junto a los terrores nocturnos que padece, nos indican una conflictiva donde se pueden ver reflejados, los rastros que ha dejado la huella traumática, derivada de la situación de abuso que ha padecido y en cuya descripción constataríamos el enunciado mismo del trauma: “Se trata de un niño abusado que padece un fuerte sufrimiento por algo que le ha sucedido de forma violenta, en tanto que se ha producido de forma dramática, y ha violado las expectativas del niño, en un momento en el que éste había perdido toda esperanza de ayuda por parte de un “tercero” y donde las propias fuerzas de autodefensa estaban totalmente agotadas”.

En este punto, me viene a la cabeza la preciosa cita de Ferenczi[21] en la que dice: <*...Si hasta aquí ha estado privado de amor, incluso ha sido martirizado, […] puede aparecer un fragmento de sí mismo que en forma de persona cuidadora, de aspecto maternal, […] Imagina cosas para salvar al niño que nadie puede ayudar […] Pero esa parte salvadora percibe su impotencia y, entonces, no queda más que el abandono, el derrumbe total…*>

En este caso, a Sergio no le quedaba más que someterse a su agresor como su única forma de supervivencia, puesto que ante esta situación donde ha sido objeto de abusos sexuales, para lo que, mentalmente, no está preparado, no puede entender el lenguaje de la pasión, él tiene otro lenguaje, el de la ternura. Se siente indefenso, solo y abandonado, y es por lo que se somete automáticamente a la voluntad del agresor, olvidándose totalmente de sí e identificándose con el agresor y, de esta forma, mediante los mecanismos de escisión y fragmentación, quizás, éste podrá desaparecer como realidad exterior, “*Por la noche tengo miedo y, a veces, pienso que está a mi lado o que sube por la ventana*”. Es decir, el agresor no ha desaparecido, se ha convertido en algo que queda en lo intrapsíquico. Por otra parte, introyecta los sentimientos de culpa que el adulto, en mayor o menor medida, ha sentido por sus actos, sintiéndose él mismo responsable por lo que le ha sucedido, “He tenido que ser muy malo para que me pasen estas cosas”.

Podemos ver, también, como, por el momento, en Sergio no se está cumpliendo esa función tan importante que tienen los sueños, la función traumatolítica y que, como sabemos, es un intento de llevar los sucesos traumáticos a una resolución y a un dominio mejores[22], ya que, aún pertenecen al área de la repetición, propia de las neurosis traumáticas.

Para terminar, me gustaría hacer un breve resumen sobre lo que es el proceso madurativo normal: Durante la latencia, etapa evolutiva en la que se encuentra Sergio, el niño vive bajo el paraguas identificatorio de sus figuras parentales. En nuestro caso, vemos a un niño que se encuentra solo y sintiéndose abandonado; al padre no le ha conocido y la madre vive en un país extranjero, con lo que no cuenta con unas buenas figuras identificatorias útiles.

Por otra parte, sabemos que, dentro del proceso del desarrollo normal, existe una conflictiva subyacente al

[21] <El hombre abandonado por los dioses escapa totalmente de la realidad y se crea otro mundo en el que, liberado de la pesadumbre terrestre, puede alcanzar todo lo que quiere. Si hasta aquí ha estado privado de amor, incluso ha sido martirizado, destaca entonces un fragmento de sí mismo que, en forma de una persona dispensadora de cuidados, cariñosa o amante, muy a menudo maternal, se apiada de la parte restante, atormentada, de la persona, y la cuida, decidiendo por ella, todo con una extrema sabiduría y una inteligencia penetrante. Es la inteligencia y la bondad mismas, un ángel de la guarda por decirlo así. Este ángel ve desde el exterior al niño que sufre, o que ha sido asesinado (de alguna manera ha salido de la persona con el proceso de <estallido>), recorre el universo entero para buscar ayuda, imagina cosas para el niño a quien nadie puede salvar… Pero en el momento de un nuevo traumatismo, mucho más fuerte, el ángel de la guarda debe confesar su propia impotencia ante el niño martirizado y no queda otra solución que el suicidio, el abandono de sí, el derrumbe total, a menos que en el último momento no se produzca algo favorable en la realidad. Esta cosa favorable a la que nos referimos es en realidad que en este nuevo combate traumático el paciente ya no se halla solo>. (Ferenczi, 1932)

[22] Aquí veríamos el Après-coup, <Pues los significados primeros no se disuelven, sino que persisten al lado de los nuevos. Los recuerdos de los hechos persisten con sus significados primeros en el inconsciente, y el desvelamiento de estos es para nosotros objetivo constante para su resignificación> (Construcciones, José Rallo, 1989)

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

proceso adolescente y la intensa excitación sexual que conlleva la pubertad, actúa como un factor traumático de una extraordinaria importancia.

También, sabemos que la noción de trauma en Freud siempre fue la desadecuación entre la tensión y la capacidad del aparato mental para contenerla y procesarla, lo que se da de forma especial en la adolescencia en razón de la intensidad de la misma y de la incapacidad del aparato mental que se ve cogido por sorpresa. Todo ello conduce a una desorganización de las representaciones adquiridas durante la latencia.

Todo esto sucede, como decimos, dentro de unos parámetros evolutivos normales dentro del desarrollo de un niño, pero, ¿qué ocurre si este proceso evolutivo se trastoca? Creo que la respuesta la podríamos hallar en la exposición del caso que acabamos de mostrar, donde vemos a un niño, sólo tiene 10 años, que sigue atrapado en la pregunta *¿por qué a mí?* y en el tiempo congelado del trauma.

Es por todo lo expuesto por lo que, Sergio, "nuestro niño abusado" debería comenzar una Psicoterapia para que pudiera llenar el hueco, el vacío, que le ha dejado en su mente, la huella del trauma que ha vivido, a través de la construcción que, como decía Freud, es como tejer una malla con los flecos sueltos que han quedado, retazos de vivencias antiguas de placer, para ir llenando los huecos de las experiencias traumáticas que han sido vividas, vivencias presentadas, pero no representadas. Y, este trabajo de Construcción es posible si se puede construir un encuadre lo suficientemente bueno donde se establezca una nueva relación – paciente-terapeuta – que permita hacer el recorrido a través de una nueva experiencia, ya que como decía en la introducción de este trabajo, "lo esencial no es la verificación fáctica de la verdad sino el poder retroceder hasta una hipotética experiencia antigua y actualizarla para, al regresar, poder entonces hablar de ella; ya que nunca se puede hablar de algo al ir. Siempre se hace al volver". La construcción de este nuevo espacio le permitirá rescatar del *olvido* aquello que nunca podría ser recordado, por doloroso, dejando mutilado al "Yo" para siempre.

BIBLIOGRAFÍA

Andrè, J. (2000). *Entre angustia y desvalimiento: Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. En A. Liberman y A. Abello Blanco (Comps.). Madrid: Psimática.

Aulagnier, P. (1979). *La relation passionnelle*. Paris: Presses Universitaires de France.

Botella, S. y Botella, C. (1982). *La figurabilidad psíquica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Botella, S. y Botella, C. (1997). *Más allá de la representación*. Valencia: Promolibro.

Ferenczi, S. (1984). *Obras Completas*. Madrid: Espasa-Calpe.

- (1928): *El sueño del bebé sabio*, Vol. IV
- (1932): *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño*, Vol. IV
- (1932): *Reflexiones sobre el traumatismo,* Vol. IV
- (1932): *Diario Clínico.* Conjetural, Buenos Aires, 1988

Carrazon Atienza, A. (2009). *Del vacío… a la construcción (De la vivencia de vacío mental a la representación). Intersubjetivo*, *10*(2).

Carrazon Atienza, A. (2012). *Trauma y Psicosomática: De la vivencia de autodestrucción al deseo de vivir. Intersubjetivo, 12*(1).

Ferenczi, S. y Freud, S. (2000). *Correspondance*. París: Calmann-Levy.

Freud, S. (1996). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- (1900): *La interpretación de los sueños*. A.E., 4 y 5
- (1920): *Más allá del principio de placer*. A.E., 18
- (1923): *El yo y el Ello*. A.E., 19
- (1925): *La negación*. A.E., 19
- (1926 [1925]): *Inhibición, síntoma y angustia*. A.E., 20
- (1927): *El fetichismo*. A.E., 21
- (1937): *Análisis terminable e interminable*. A.E., 23
- (1937): *Construcciones en el análisis*. A.E., 23
- (1940 [1938]): *La escisión del yo en el proceso defensivo*. A.E., 23

Green, A. (1991). *Lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Green, A. (2003). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Green, A. (2007). Jugar con Winnicott. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Jabès, E. (2000). *Del desierto al libro*. Madrid: Trotta.

Rallo Romero, J. (1989). Construcciones. *Revista de Psicoanálisis de la APM.*

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

LA PERINATALIDAD: EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

PERINATAL PERIOD: STATUS OF THE ISSUE

Marta Báez López*

RESUMEN

La cuestión de la perinatalidad en España no tiene el reconocimiento que debiera en las preocupaciones del desarrollo profesional del conocimiento, ni tampoco en la aplicación de recursos y prioridades en los sistemas sanitarios. Sin embargo, constituye una demanda social explícita, gestada en un contexto de cambios que están provocando aparición de nuevas patologías y de incertidumbres de muy variada condición. En este artículo se hace un intento de identificación del campo que corresponde a la perinatalidad y se apuntan algunos propósitos que podrían ser asumidos por los profesionales de la salud mental.

Palabras Clave: Perinatalidad, cambios sociales, intervención, pluridisciplinariedad.

ABSTRACT

In Spain, the issue of perinatal period does not have the relevance it should deserve among the priorities of knowledge development professionals; either in the application of resources and priorities in health systems. However, it is an explicit social demand, developed in a context of changes that are causing the emergence of varied new pathologies and doubts. This article tries to identify the field of perinatal period and some proposals that could be assumed by mental health professionals.

Keywords: Perinatal period, social changes, intervention, multidisciplinary

FINALIDAD

Con este artículo, pretendo hacer algunas reflexiones generales sobre la perinatalidad y llamar la atención sobre una temática que está poco atendida y que, sin embargo, está reclamando cada vez más conceptualización, desarrollo metodológico y capacidad de intervención. Se trata pues, de continuar abordando una cuestión que otros ya han comenzado a trabajar con anterioridad, con el modesto propósito de hacer un intento de poner en pie el estado de la cuestión, y aportar algo, dar mayor solidez, luz, foco, impulso… a la intervención en el ámbito perinatal. Se trata también, de contribuir a un refuerzo de la trascendencia sobre estas cuestiones por parte de los profesionales que nos dedicamos, que intervenimos, o que simplemente le damos valor e importancia a esta área de conocimiento, vinculada a una etapa de la vida en la que se incluye el deseo de una mujer y una pareja de tener un hijo, concebirlo y posteriormente criarlo.

A MODO DE INTRODUCCIÓN

Nuestro mundo está experimentando cambios muy profundos en muy diversos órdenes. Pero no hay duda de que los cambios experimentados en el ámbito de la reproducción, en la composición y distribución de roles en la familia, en la significación y dedicación a las tareas de los primeros años de vida, etc. se posicionan entre los de mayor trascendencia para nuestra sociedad. El resultado final de todas estas transformaciones relacionadas con la

* Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta. Consulta privada. Programas de prevención en Hospital Fátima y con madres adolescentes en Servicios Sociales, Ayuntamiento de Sevilla. E-mail: martabalo@msn.com

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

natalidad, configura un escenario de situaciones vitales muy diferentes en relación a generaciones anteriores. Por ello, es preciso realizar un esfuerzo especial en comprender la realidad actual y su dinámica, para posteriormente, elaborar formas de interpretación e intervención adecuadas a las condiciones presentes. Este empeño es de una gran envergadura y este artículo no pretende ser más que una pincelada en el mural de este campo de conocimiento.

La consabida incorporación de la mujer al trabajo ha transformado la organización familiar que existía hasta ese momento, lo que ha supuesto una revisión profunda en la concepción, estructura y funcionamiento familiar: organización diferente en las tareas domésticas al tener la madre más responsabilidades fuera, ausencia de tiempo para la dedicación de los hijos, teniendo que delegar en ocasiones dicha función a otros familiares o instituciones. Algunos ejemplos serían los abuelos que se quedan a cargo de sus nietos asumiendo una función educadora intensa, los niños solos a edades que no corresponde por necesitar todavía mucho contacto, o el de la escolarización temprana como otras de las situaciones más frecuentes.

La función de socialización queda repartida entre la familia y otros agentes externos que desempeñan tempranamente un papel complementario necesario. Sin embargo, teniendo en cuenta los efectos nocivos de las separaciones tempranas, la escolarización precoz, conlleva una ruptura en la continuidad de los cuidados que puede dar lugar a separaciones forzadas que entorpecen y no respetan el ritmo necesario en la formación de la peculiaridad individual de cada niño, propiciándose con ello maduraciones que no son tales.

Es necesario comentar también al mismo tiempo que en la actualidad, la maternidad en determinados sectores de la población se encuentra condicionada por los ritmos de formación exigente y búsqueda de asentamiento profesional, laboral y económico en la mujer. Este hecho dificulta y retrasa la serenidad necesaria, el espacio mental y emocional para que pueda caber el deseo de tener un hijo o la posibilidad de llevarlo a cabo.

Por otra parte, las parejas dentro de sus responsabilidades, se encuentran sometidas a presiones sociales, confusión de valores, cambios en las expectativas y en las funciones, que como padres y madres deben y quieren asumir. Aparecen movimientos pendulares en cuanto a los criterios educativos, actualmente muy sensibles a las modas, a publicaciones de orientación muy diversa, a la receptividad de "lo que impera"… pudiendo interferir, todas estas influencias, con los enfoques formativos y deseos de transmisión educativa por parte de los padres.

Esta inconsistencia puede llegar a impedir una crianza más genuina, basada en los aprendizajes y aproximaciones a través de la propia experiencia, y también a través de la experiencia transmitida de familiares de generaciones anteriores, que es una experiencia vivida y compartida. Es decir, que forma parte de la narrativa o de la historia de la familia en la que uno ha crecido y no en un prototipo, o modelo de familia abstracto. En las familias actuales conviven modelos modernos y tradicionales y los padres se ven influenciados socialmente por estas tendencias, imitando en ocasiones, y dando preferencia, a las que asocian con valores de mayor prestigio. Podríamos decir que la sociedad interviene prontamente y de forma muy variable e inestable, interfiriendo en los padres en cuanto a la educación de sus hijos.

Son momentos en los que están apareciendo otros modelos de convivencia familiar y nuevos modelos de crianza como consecuencia de la metamorfosis de la familia. En este sentido, se hace necesaria la revisión constante de las formas de convivencia que conforman los diferentes núcleos familiares. Con la posición ideológica de igualdad de géneros, existe la tendencia a perseguir el ideal de la homogeneidad, todo a partes iguales, lo que lleva a la búsqueda de un funcionamiento del sistema familiar indiferenciado con lo que se producen confusiones, alteraciones, desajustes, tendencia a la evitación de conflictos e intolerancia a la frustración en la educación de los hijos. En esta revisión, es pertinente reforzar la utilidad de la importancia de diferenciar, personas, funciones, modelos para hacer prevalecer el equilibrio necesario para una crianza saludable en los niños.

Los medios de comunicación, los avances tecnológicos, la utilización de internet, pudiendo ser una ayuda, también pueden interferir en ocasiones, puesto que ofrecen un exceso de información y protocolización de las funciones parentales, posiblemente por la mayor dificultad para contar con otras redes de apoyo transgeneracionales con las que antes se contaba. La pérdida de apoyo de los mayores, tanto en criterios como en colaboración de tareas, convive con la proliferación de manuales, cursos, conferencias, libros de expertos…

Posiblemente como consecuencia de estos cambios y transformaciones diversas, mujeres y hombres buscan salidas y surgen alternativas peculiares, sociales, sanitarias, pedagogías alternativas... Aparecen movimientos con una tendencia a idealizar, mitificar y mistificar la maternidad. Los bebés pueden ser vividos

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

por sus padres como una gratificación personal necesaria donde se ponen expectativas y satisfacciones masivas. Por ello, algunos padres tienen como prioridad el que sus bebés estén muy satisfechos, sobreestimados e hiperprotegidos, imponiendo el principio del placer en detrimento del principio de realidad. "Teniendo en cuenta que vivimos en una sociedad de consumo, el niño puede ser considerado como otro bien a adquirir por los padres, como un bien humano que se necesita dentro de una sociedad de abundancia que ofrece posibilidades antes inexistentes."(Lebovici, 1995).

Ciertos colectivos de padres hombres, cada vez más indagan por su cuenta e intentan encontrar un sitio en un medio que ha sido siempre, o la mayoría de las veces, exclusivo de la mujer. El padre varón busca su espacio y su identidad en las relaciones familiares, posiblemente con mayor empeño que nunca. Tradicionalmente ha asumido un papel de apoyo y ayuda para su pareja en los primeros años de maternidad, así como ser el representante, transmisor y responsable de la norma social fuera del núcleo familiar, pero en la actualidad algunos padres, muestran necesidad o tendencia a tener más solidez en su papel de paternaje con el hijo. Desde otra posición, con otra visión, otra identidad, otro modelo, con otras cualidades, otra forma de acercamiento afectivo, con otras funciones junto a la madre y diferenciándose de ésta en la relación con el hijo. El padre actual, parece que busca una mayor participación en la crianza de su bebé.

Las redes sociales y otras fórmulas internaúticas, ese mundo cada vez más amplio, se han convertido en el vehículo de comunicación más rápido, diverso y de mayor actualidad. Blogs, grupos de padres varones, webs y chats de grupos homosexuales, padres adoptantes, grupos sobre lactancia, sobre la crianza, movimientos relacionados con el deseo de vivir el parto de una manera más natural en un entorno menos instrumentalizado, la educación… Una forma independiente de búsqueda de posiciones y lugares comunes, en temas de gran importancia y actualidad como la inmigración y la emergencia de la multiculturalidad, madres criando a sus hijos solas, familias de madres ó padres homosexuales, adopciones, familias desarraigadas, separaciones, familias recompuestas, hijos únicos y tardíos, madres adolescentes, paternidades diversas, alquileres de vientres, fecundaciones in vitro, concepciones a través de nuevas modalidades de reproducción humanas… Todo este caleidoscopio de situaciones no solo expresa una gran diversidad, sino que construye un marco referencial que relativiza el valor absoluto de modelos tradicionales o predominantes.

Pero el espectro no solo tiene que ver con la diversidad de situaciones de maternaje, también la mayor frecuencia en la frustración de este deseo, constituye un ámbito de la problemática perinatal. La ciencia médica ha experimentado innegables avances en la resolución de causas fisiológicas que impiden tener un hijo de forma natural. Las parejas que inician el recorrido de la fertilidad asistida, se enfrentan a un proceso lento, con frecuencia infructuoso y no siempre satisfactorio. En ocasiones no se detectan con claridad las causas orgánicas y se produce lo que llamamos infertilidad psicógena que podría significar a veces, un miedo inconsciente a la maternidad o rechazo de la misma. Sea por las razones varias que se produzca esta hipofecundidad (duelos previos, intentos fallidos, bloqueo del deseo, demandas exigentes, acumulación de frustraciones…), las parejas con este problema se encuentran con importante dolor y fragilidad emocional.

Podríamos decir que más que nunca existe una gran cantidad de información, diversidad de opciones, una libertad de enfoque sobre la maternidad de la que antes no se disponía. Pero también y al mismo tiempo, existe desorientación, confusión, disparidad, dispersión y soledad en muchos casos. Quizá por ello, se hace más perentoria la búsqueda de alternativas ante la soledad de la familia nuclear más reducida y como salida a la escasez de coberturas sociales y sanitarias.

En el sistema sanitario predomina un enfoque establecido y generalizado hacia lo somático, a lo fisiológico, en un sentido restrictivo -ya que cabría la discusión sobre qué constituye lo biológico y cómo se estructura y manifiesta, aunque quedaría fuera del objetivo de este artículo- a la importancia del cuerpo de la madre y del bebé en detrimento de otros contenidos sobre el proceso de la maternidad-paternidad y las complejidades que generan angustias asociadas al mismo. La medicalización e instrumentalización del acto médico del nacimiento ha disminuido sensiblemente la morbilidad y mortalidad de la madre y el niño, suponiendo esto una mejora importante, incuestionable. Sin embargo, en estos avances tan necesarios, se ha producido una simplificación de la compleja realidad bio-psico-relacional-social y de sus procesos, ha permanecido ausente la identificación de necesidades en lo emocional y psicológico, tanto de las patologías propias de este período, como de la atención a los aspectos más preventivos de detección precoz y atención a la infancia en el período comprendido entre los 0 y 3 años.

El proceso salud/enfermedad en esta etapa, es abordado

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

por el sistema médico imperante con un enfoque que lleva con frecuencia a la fragmentación en la atención a la salud de la madre y su bebé. "En contraposición a esta práctica, la salud debe ser considerada como el resultado de un proceso en el que interactúan factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales o históricos" (Lebovici, 1995).

En nuestro país existen muy pocos recursos destinados a este momento evolutivo de las personas y por otra parte, en un tiempo de crisis económica como el que estamos viviendo, los recursos existentes, ya escasos, se recortan y permanece ausente la intervención a nivel preventivo que tan necesaria es en este campo. Existen iniciativas dispersas, altruistas, algunas de ellas muy valiosas pero que quedan perdidas y sueltas en el magma de los abordajes. Por otra parte, la existencia de asociaciones sin ánimo de lucro, asociaciones de profesionales con programas que pretenden ser apoyados o integrados por las administraciones: ayuntamientos, servicios sociales… En España no existe homogeneidad de criterios, ni de funcionamiento, en lo que a perinatalidad se refiere. Hay que reconocer el valor de algunas comunidades autónomas que destinan mayores recursos a estas cuestiones y gozan de un desarrollo mayor en cuanto a la detección precoz en patologías graves, pero con todo, tanto en intervención como en prevención primaria hay todavía mucho por hacer.

LO TEÓRICO QUE NOS AVALA

El psicoanálisis nos ha proporcionado un legado de enseñanzas valiosas de gran vigencia en la actualidad sobre el desarrollo del psiquismo humano. Freud fue el primero que afirmara que el equilibrio psicológico de la persona está vinculado a lo vivido en los primeros años. Nos dice que el bebé nace totalmente dependiente de los cuidados maternos con los cuales forma una unidad indisoluble. Posteriormente R. Spizt describió los organizadores del desarrollo del bebé y mostró la angustia del bebé con la separación de la madre proyectada ante la cara de un extraño alrededor del octavo mes, lo que favoreció un interés mayor por la prolongación de los cuidados maternos.

Winnicott en el ejercicio de la pediatría, amplía ideas sobre el papel de la madre en los esquemas del establecimiento en la relación con su hijo. El niño a través de la función contenedora de la madre, constituye el sentimiento de sentirse vivo y así organiza su yo (self). En 1960, Bowlby introduce su teoría según la cual, la naturaleza de los vínculos entre el bebé y su madre es la expresión del apego generalizado.

Sabemos de la importancia de las teorías sobre las interacciones precoces en los intercambios imaginarios y fantasmáticos que realizan madre e hijo, y que se expresan a través de los cuidados y de los afectos. Actualmente la relación entre los padres y su bebé se considera como un proceso de entramados en ambas direcciones en el que unos y otros se encuentran sometidos a influencias, modificaciones y cambios en la medida de la vivencia de dicha experiencia de relación. Sabemos también más que nunca, que el recién nacido es un receptor activo que interacciona enviando señales y va conformándose por dentro como persona con lo que recibe. Es además muy receptivo y sensible desde antes de nacer recogiendo todo lo que se le procura. Es por tanto, agente activo y diferenciado de la interacción y esto nos hace comprender la importancia de la reciprocidad y conexión del vínculo que establece con el exterior en un recorrido, desde adentro hacia afuera y viceversa.

Estudios neurobiológicos sobre fetos humanos, nos hablan de la importancia en relación a los sistemas sensoriales que funcionan dentro del útero, pudiendo generar modificaciones nerviosas en función de lo que llega desde fuera. "La experiencia sensorial fetal tiene efectos estructurantes que contribuyen a la puesta en marcha y ajuste de los sistemas sensoriales". (M. Guardia. En Corominas 2008). Éstos funcionan desde el útero interviniendo antes y también fuera del nacimiento e influyen en el desarrollo de capacidades, lo que supone ya un comienzo de unidad entre la madre y su hijo a lo largo del embarazo.

El cerebro es un órgano dinámico en conexión continúa con el ambiente y con el propio organismo funcionando como un lugar de relación e integración con la actividad psíquica. Se adapta a nuevas experiencias creando, eliminando y alterando nuevas conexiones neuronales. Las neurociencias informan de que el cerebro se regenera y que la neuroplasticidad, es la capacidad del cerebro que modula la percepción de los estímulos del medio que entran y salen a lo largo de toda la vida, en una remodelación permanente a partir y en función, de nuestras experiencias vividas respondiendo siempre de forma diferente a la presión ambiental para adaptarse a los cambios. La epigenética, por su parte, nos habla de que los factores externos dejan huellas en lo genético y lo neuronal. Las experiencias pueden marcar nuestro material genético, es decir, la dotación y actividad de los genes responde a la influencia del ambiente.

La neurología también nos ayuda a ver y nos confirma,

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

que las experiencias y los episodios en la primera infancia van a tener una incidencia en el desarrollo neuro mental de la persona alterando su funcionamiento. Podemos decir pues, que la capacidad de adaptación de las estructuras cerebrales responde de manera única y exclusiva para cada uno, generando así un entorno de respuesta propio y por tanto, la experiencia adquiere un papel preponderante en la vida de las personas.

La transversalidad del conocimiento entre las distintas ramas de la ciencia nos induce a interesarnos por las mutuas influencias, resonancias y complementariedades de forma compleja e interconectada entre muy diversos campos de conocimiento, y todos ellos convergen en la extraordinaria importancia de los primeros momentos de la vida de un ser humano en relación con su desarrollo y su bienestar futuro.

"El niño es un organismo, una estructura viviente que tiene que desarrollarse entrando en relación y a través de la relación con otro". (Winnicott, 1975). Nace con un determinado ensamblaje constitucional, pero su personalidad se irá estructurando progresivamente según la calidad e intensidad de la influencia ambiental, mediatizada inicialmente por sus familiares: en primer término la madre, y también el padre y los hermanos.

"El desarrollo emocional establece las bases de la salud mental y fisiológica del ser humano y, dentro de este contexto, la vida familiar es la primera escuela de ese aprendizaje emocional que se inicia en los primeros momentos de la vida, siendo los padres las principales figuras estructurantes del psiquismo del niño, y cada padre, modelo de referencia de dicho aprendizaje". (Winnicott, 1975)

Conocemos la importancia de las experiencias del bebé en los primeros años de la vida y cómo desde el comienzo, éstas se producen y se viven a través de las experiencias corporales madre hijo desde la concepción y los cuidados posteriores al nacimiento. Las sensaciones y percepciones del bebé, unidas a los nutrientes afectivos que recibe de forma regular y continuada en el contacto emocional con sus padres, van a conformar un entramado de representaciones emocionales, a través de sensaciones, ritmos, cadencias, ciclos repetitivos… que son claves para el desarrollo de su personalidad, para desarrollar y organizar su cerebro; para configurar un mundo interno y adquirir posteriormente una identidad propia. La repetición continuada, regular y sistemática en estos cuidados, cobra una importancia nuclear por cuanto que supone la vehiculización de conexiones, afectos, emociones y sentimientos en un viaje continuo y estable de ida y vuelta.

El bebé recibe vivencias sensitivas y emocionales de sus padres y esto le sirve, ayuda, contiene, le da seguridad, continuidad y a su vez, le previene de la separación y de las ansiedades a las que se encuentra sometido. La forma de actuar y transmitir esas vivencias de los padres a su hijo, se va a relacionar con lo que ellos son, lo que han vivido, lo que sienten hacia su hijo y lo que le procuran física y emocionalmente. Por su parte el bebé, con todo esto que recibe, les devuelve a los padres emociones y sentimientos que se transforman de nuevo en un vaivén de la particular forma de interaccionar entre ellos.

Cuando las experiencias vitales que se producen en la interacción no son digeridas de forma saludable, pueden dar lugar a dolencias, alteraciones funcionales y dificultades somáticas en el niño. Desde el inicio de la vida existe una conexión permanente y continua, un diálogo interno entre el cerebro, el cuerpo y nuestras emociones. Es por ello, que no podemos soslayar la importancia del cuidado de la madre por la repercusión en el niño, en el niño por el futuro de su salud mental y física y en el padre, porque es parte integrante de la diada, para evitar que pueda sentirse fuera y porque además, es un apoyo esencial para la mujer en estos momentos delicados de cambio e incertidumbre. El cuidado de todos, por el equilibrio de la familia en su conjunto.

El comienzo de la maternidad y la paternidad, conjunta y separadamente, es el inicio de una etapa decisiva, es un suceso vital que provoca un giro en la vida de las personas. Este hecho supone importantes alteraciones y por tanto, es un período que se caracteriza por cambios a nivel emocional, familiar, de pareja, social, etc. Convertirnos en madre o padre es un acontecimiento transcendental que necesariamente rompe el equilibrio anterior y requiere de un reajuste posterior diferente. Es un proceso de cambio complejo en el que intervienen muchas variables relacionadas con factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos. Tiene que ver con lo que cada miembro de la pareja ha vivido con anterioridad, con el equilibrio de ambos como pareja y con la capacidad de ambos también, para adaptarse a la nueva situación.

"Existen tres elementos de la teoría psicoanalítica para ayudarnos a comprender los mecanismos psicológicos contemporáneos de la transición hacia la parentalidad: la compulsión de repetición, puesto que ésta contiene un aspecto transgeneracional; la relación de objeto y el narcisismo". (Lebovici, 1995). La tendencia por parte de los padres sería repetir, dentro de ciertos límites, en la relación con su hijo lo vivido con anterioridad en las

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

relaciones afectivas en su infancia con sus propios padres. Sin olvidar que distintos aspectos de la realidad del niño influyen en las percepciones de los padres. En cuanto al segundo elemento, la relación de objeto, los padres reviven a través del contacto con su hijo y de los cuidados que le proporcionan, aspectos de su propia evolución libidinal y la angustia que suscita dicha evolución. En cuanto al narcisismo, Freud nos indica que la parentalidad representa un aporte narcisista para el individuo. En este sentido, pasar a ser padres, es una fuente de gratificación narcisista pero también, supone renuncias y frustraciones a satisfacciones narcisistas.

La maternidad-paternidad, es un acontecimiento diferente y específico para la mujer y para el hombre, tanto en sus vivencias, en su imaginación como en sus funciones, que de forma conjunta y separada ofrecen visiones y conductas diferentes, aunque necesarias ambas y complementarias. Los padres, se encuentran sometidos a tensiones relacionadas con lo que les pasa a cada uno, con sus dificultades y con los reajustes necesarios e inevitables que acontecen en este entramado de relaciones entre lo individual del adulto, la pareja entre sí y las relaciones que como padres cada uno establece con su hijo. El bebé se asienta en una familia necesariamente en función de las circunstancias y sucesos más o menos felices y tristes que vive con sus padres, sin olvidar al mismo tiempo, que éstos hacen lo que pueden aunque no siempre lo que pueden, necesariamente sea lo mejor.

Desde estas concepciones, debemos también hablar de la prevención como un abordaje esencial cuyo objetivo como sabemos, es preservar y mejorar la salud tanto física como emocional de los padres y de su bebé y cuyo recorrido de actuación. Una primera relación de cuestiones incluidas en la perinatalidad abarcaría:

- El embarazo: la anticoncepción para regular que el deseo de tener un hijo pueda ser elegido y evitar las interrupciones voluntarias del embarazo, así como el tratamiento de la infertilidad y el seguimiento del embarazo.
- El niño y la existencia de malformaciones congénitas y el diagnóstico intrauterino, la prematuridad, el retraso del crecimiento intrauterino y el sufrimiento fetal al final del embarazo.
- Las interacciones de los padres con su hijo.

La medicina actual se encuentra muy avanzada en cuanto a los métodos modernos de anticoncepción, el tratamiento de la infertilidad, el diagnóstico intrauterino y la reanimación neonatal. Sin embargo, quizá nos queda mucho por hacer en los cuidados de las condiciones emocionales que rodean a los protagonistas de la acción en este recorrido.

Existe evidencia científica sobre la importancia y eficacia de las intervenciones preventivas. La prevención médico-psico-social en diferentes planos y niveles: de forma general, sanitario, educativo, legislación, equipo social, a nivel individual, futuros padres, familiar, grupal, dirigido a poblaciones de riesgo y de no riesgo. Por otra parte, es necesario contemplar la dimensión psicológica de las intervenciones de los profesionales en las instituciones que reciben a los niños pequeños, otorgando prioridad a la provisión de información y formación a todos los equipos que realizan acciones preventivas y de detección precoz de patologías.

Seguramente existen ya varios ejemplos de intervenciones que aplican estos principios y criterios en sus dispositivos o que están innovando y desarrollando buenas prácticas que quedan reflejadas en este artículo, o incluso otras que no he tenido en cuenta. Por ello, es conveniente contar con una información actualizada de experiencias y buenas prácticas que estimulen y sirvan de orientación a otras iniciativas.

INTERVENCIONES EN PERINATALIDAD

Gracias a los conocimientos que actualmente tenemos sobre el desarrollo del niño, los efectos de la interacción entre la psique y el soma desde la vida fetal y la importancia de las interacciones del niño con sus padres, la intervención en esta etapa supone una de las mejores oportunidades que tenemos para prevenir las patologías infantiles y posteriormente adultas, tanto en lo psíquico como en lo psicosomático.

La perinatalidad abarca la detección, diagnóstico e intervención en patologías, así como la prevención en este período evolutivo de la vida de las personas. Es un recorrido que incluye a padres e hijos en la concepción, embarazo, parto, post parto y la crianza desde los 0 a los 3 años. Seguramente una de las cuestiones a desarrollar en este campo sería valorar, desarrollar y ponerse de acuerdo de forma consensuada a nivel estatal en los criterios de delimitación del campo psicológico de la intervención en perinatalidad, que podrían ser entre otros:

- Dificultades en la concepción no sujeta a causas orgánicas, problemas de fertilidad y trastornos de la salud reproductiva:
- Miedo intenso durante el embarazo, frente al parto y puerperio.

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

- Proceso emocional patológico en el embarazo y puerperio: trastornos afectivos, depresión mayor o menor, ansiedad y/o angustia… Otros trastornos: disociativos, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria, embarazo fantasma, trastorno de estrés postraumático…
- Madres con antecedentes psiquiátricos previos
- Duelo gestacional y perinatal: acompañamiento en el duelo y apoyo emocional en casos de muerte, comunicación de malas noticias.
- Síndrome post aborto (SPA): ansiedad, depresión, trastornos del sueño, sentimientos de culpa e ira intensos, miedo a la muerte, uso de drogas, dificultad para un nuevo embarazo…
- Prematuridad y dificultades de adaptación de los padres hacia el bebé que requieran una intervención psicológica.
- Neonatos ingresados: atender al sufrimiento psicológico de los padres y ejercer una función de sostén, orientada a la atención y acompañamiento de los padres como al recién nacido.
- Embarazo en adolescentes.
- Parto traumático.
- Puerperio con dificultades en la vinculación con el bebé.
- Dificultades en la adaptación y crecimiento personal desde la maternidad y paternidad.
- Dificultades en la crianza: rechazo, hiper ó hipoestimulación hacia el bebé, alimentación, sueño, llanto,…
- Trastornos psicosomáticos en la primera infancia desde el nacimiento.

Como vemos es un amplio campo de intervención. Los profesionales debemos atender, intervenir y dar respuestas a las patologías que subyacen en este momento evolutivo y es una de nuestras responsabilidades como profesionales de la salud mental. Pero al mismo tiempo, debemos atender, proteger y sostener a la madre, el bebé y la familia en su conjunto en todos los aspectos emocionales que lo requieran.

El psicólogo, no solo tiene que trabajar en los servicios de salud mental, sino que debe también atajar la prevención y promoción de la salud, acercándose a los hospitales y dispositivos materno-infantiles públicos y privados, tanto en atención primaria, pediatría y ginecología dentro de la sanidad, como así mismo a otros dispositivos sociales que atienden a la infancia, guarderías... Acercarse también a los ayuntamientos y servicios sociales y trabajar con otros profesionales (ginecólogos y obstetras, pediatras y pediatría neonatología, médicos de familia, matrones, enfermeras neonatología, trabajadores sociales, personal de justicia…) y administradores implicados en la política de la infancia, que atienden a las madres, los bebés y sus familias construyendo cosmovisiones, ideologías comunes de comprensión e intervención en un campo que ha sido propio de los médicos para el cuidado del cuerpo.

El lenguaje como sabemos, es una herramienta muy potente de comunicación. Pensamos porque hay lenguaje. Trabajamos con la palabra y con la vivencia, con la experiencia compartida, que puede ser vivida y pensada. De ahí la importancia de las terapias padres-bebés. Estar con ellos y con el bebé, compartiendo la experiencia de relación, e intentando experimentar y comprender. Esta vivencia reflexiva nos ayuda a entender la complejidad de los procesos mentales que conocemos hasta el momento. La palabra es una herramienta imprescindible para conseguir este objetivo que nos ayuda a acercarnos a otros para interaccionar, comunicar y comunicarnos.

Nuestro deber como profesionales es hacer llegar la comprensión de los procesos de forma fácil. Como nos enseñó Winnicott que hace la madre con su hijo, de traductora de sus necesidades y de la comunicación entre lo externo y lo interno, nosotros podemos y debemos hacer de traductores de las necesidades de las personas a las que nos dirigimos, ya sean madres, padres, médicos u otros profesionales. Poder descifrar conceptos, dudas, ideas, a los profesionales que se encuentran cerca de los padres durante este período de la vida y del bebé que nace. Ayudarles a que comprendan los procesos y lo que acontece, las dificultades y patologías que pueden suceder para que sean detectadas y tratadas posteriormente, así como la atención preventiva mediante programas de actuación para poblaciones sin riesgo.

En dichos programas, se deberían atender y explicar cuestiones de interés y trascendencia como: qué es el deseo de la maternidad o paternidad y con qué tiene que ver, cómo es un bebé por fuera y por dentro, cómo se desarrolla su cerebro y cómo intervenimos para ello, cómo se establecen los vínculos explicando su complejidad y significado, la importancia de lo que somos, sentimos y hacemos con el bebé, las dificultades y ambivalencias por las que atraviesan los padres en sus vivencias y sentimientos, las funciones diferenciadas de los padres en el desarrollo emocional de sus hijos, las necesidades

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

emocionales de los niños, la separación y el camino de la dependencia a la autonomía, la importancia de la identidad en el niño, el llanto, el sueño, la alimentación…

Es necesario que los profesionales sigamos haciendo camino juntos e integradamente. Reunirnos para consensuar criterios, estudiar los temas, aportar ideas, revisar conceptos, realizar planteamientos de buenas prácticas. Valorar cómo estamos y trabajamos en nuestro país, estudiar recursos y necesidades, aunar esfuerzos entre las asociaciones y los profesionales que trabajamos en la infancia, apoyar iniciativas, desarrollar programas de prevención, trabajar en la detección temprana, ser un canal de comunicación, interpretación y sensibilización a la sociedad y convertir la perinatalidad en una actividad prioritaria en nuestro medio.

Para terminar, me gustaría nombrar algunas cuestiones éticas vinculadas a la calidad de la vida en el ser humano y que nos toca a los adultos de lleno en cuanto a la responsabilidad de concebir un hijo y criarlo. El bebé tiene que satisfacer las expectativas de los padres en un momento en el que éstos tienen la necesidad de sentirse gratificados y tales exigencias sobre el bebé pueden llegar a ser una traba para el desarrollo del niño, su identidad y el respeto a un ritmo propio de crecimiento. Hablamos de la calidad de la vida de las personas, de los derechos de los seres humanos. Esto incluye a los adultos padres y también a los niños. El niño necesita ser protegido especialmente por su especificidad, en su condición de vulnerabilidad y dependencia de los padres hasta que se convierte en adulto.

Los padres, sometidos a tensiones, ambivalencias, contradicciones y con diversidad de necesidades, viven situaciones en las que se producen choques de intereses donde se conjugan diversas cuestiones que en el momento presente no se encuentran suficientemente resueltos.

Debemos empeñarnos, por tanto, en buscar lo más conveniente para cubrir las necesidades de los padres, para que éstos a su vez puedan cubrir las necesidades básicas de su hijo y procurarle, sobre todo en condiciones de malestar, riesgo, carencias o deficiencias, aquello que pueda ser óptimo para su bienestar físico y psicológico, teniendo en cuenta que vivimos en sociedades modernas, como se ha nombrado, de abundancia, consumo (conviviendo con graves situaciones carenciales) y en continuo cambio, con incertidumbres que interfieren en los padres. La familia necesita ser pensada. El niño necesita que pensemos en él y sobre él, independientemente de cuál sea la forma y circunstancias de la familia en la que nazca.

CONCLUSIONES

- La perinatalidad ha venido para quedarse. El incremento de las demandas sociales en este campo, tanto en relación con la necesidad de información y pautas de comportamiento, como desde el surgimiento de patologías asociadas a este campo de la salud mental, no tiene un carácter coyuntural, ni de moda pasajera. Es un hecho que está relacionado con cambios profundos, de tipo estructural, que exigen unas respuestas sólidas y eficaces en una cuestión que tanta incidencia tiene en el bienestar actual de las familias y en el futuro de la vida de las personas.
- El abordaje disciplinario de la perinatalidad en salud mental se encuentra en una fase de maduración primaria. A pesar de los valiosos avances registrados por las aportaciones teóricas y prácticas de diversos autores y grupos de trabajo, no se cuenta todavía con un cuerpo doctrinal de referencia que facilite la comprensión sólida de los profesionales y que consolide un marco estable de criterios de intervención. Por ello, se reclama desde diversas instancias la necesidad de elaborar y consolidar, desde la pluridisciplinariedad, una visión compartida entre profesionales sobre el objeto de la perinatalidad, su campo de actuación y su alcance.
- Excepto alguna excepción notable en algún territorio del estado y alguna institución, el país carece de capacidades del sistema sanitario público-privado para dar respuesta adecuada a estas demandas. Por otra parte estas capacidades están muy mermadas debido a la dispersión de iniciativas y de dispositivos que se planteen esta problemática, acentuada por la debilidad organizativa y operativa de los sistemas sanitarios públicos y de la mayor parte de las instituciones que tiene relación con esta cuestión. Sería útil hacer un recuento de recursos, experiencias y buenas prácticas en los distintos territorios del estado, tanto en el ámbito público, como en el privado.
- Para finalizar, hay que destacar el papel desencadenante de los profesionales que están defendiendo en distintos ámbitos la necesidad de reforzar la perinatalidad en el amplio espectro del bienestar social. Es un momento crítico en el que es preciso aunar fuerzas para desarrollar conocimientos y movilizar recursos que impulsen nuevas iniciativas en este campo.

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

BIBLIOGRAFÍA

Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva. Paidós*. (Orig. 1985)

Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial.* Paidós Iberia. (Orig. 1983).

Corominas, J.; Fieschi, E; Grimalt, A.; Guàrdia, M.; Oromí, I.; Palau, M.; Viloca, LL. (2008). *Processos mentals primaris: Implicacions psicopatològiques i consideracions tècniques*. Col.lecció Orienta. (Orig. 2008).

Erikson, E.H. (1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires. Hormé. (Orig. 1973).

Freud. S. (1976). *Tres ensayos sobre teoría sexual. Obras completas Vol. VII*. Amorrortu. (Orig. 1905).

Kandell, E. (2007). En busca de la memoria. Katz (Orig. 2007).

Lebovici, S. y Weil-Halpern (1995). *La psicopatología del bebé*. Siglo XXI Editores. (Orig. 1989).

Palau, P. (2010). Psicosomática y autismo en el niño pequeño: interacción, afectos y audición. *Psicosomática y Psicoterapia Médica. Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica nº 74.*

Spitz, R. (1987). *El primer año de vida del niño*. Aguilar. (Orig. 1965).

Stern, N. (1997). *La constelación maternal*. Paidós. (Orig. 1995).

Tizón, J.L. (1988). *Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria*. Barcelona: Doyma (Orig. 1988).

Viloca, LL. (1998). *Ansietat catastrófica: de la sensorialitat a la comunicació*. Rev. Catalana de Psicoanàlisi. Vol. XV, 1.

Winnicott D.W. (1975). *El proceso de maduración en el niño*. Laia. (Orig. 1965).

Winnicot D.W. (1981). *Escritos sobre pediatría y psicoanálisis*. Laia. (Orig. 1958).

Winnicot D.W. (1990). *Los bebés y sus madres*. Paidós. (Orig. 1987).

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

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista ***Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*** de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los originales se enviarán por correo electrónicoen tamaño DIN A-4 y deberán estar escritos con un inter lineado de 1,5; con letra Times New Roman, tamaño 12 y sin numerar. Su extensión máxima será de 25 folios incluyendo el texto, bibliografía, tablas, dibujos, figuras y gráficos.

2. La primera página constará de:

a) *Nombre principal de autor/es y dos apellidos* (aparecerán 3 en el título principal, pudiéndose añadir más a pie de página); profesión y entidad (centro de trabajo),dirección de correspondencia (postal y e-mail); número de teléfono o fax.

b) *Título y resumen* del artículo en castellano e inglés obligatorio, pudiéndose añadir otros idiomas. El resumen no podrá superar las 150 palabras. PALABRAS CLAVE: entre 3 y 5 palabras que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo en ambos idiomas.

3. *Notas a pie de página*: se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.

4. *Tablas, dibujos, figuras y gráficos*: Se presentarán también en formato Word a continuación del trabajo, numeradas en orden de aparición en el texto. Cada una de ellas debe tener un título o pie en castellano e inglés.

5. *Bibliografía*: Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association 6th edition) entre las que recordamos:

- Las referencias bibliográficas deberán ser ordenadas alfabéticamente en una lista. Cuando exista más de una referencia sobre el mismo autor, se deberán ordenar comenzando por la más antigua.

- Las referencias bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación. Ej. (Bion, 1962) y para referenciar trabajos de un mismo autor/es de la misma fecha se añadirán letras a, b, c, etc al año, que siempre será el mismo. Ej. (Freud, 1900a, 1900b).

- Referencias bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una "y"); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos, y editorial. Para señalar los libros traducidos se añade al final la referencia "Orig." Y el año entre paréntesis.Ejemplo:
  Lebovici, S. y Soulé, M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig.1970).

- Referencias bibliográficas de capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con "En" las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed.ocomp., añadiendo una "s" en caso de plural (eds.); el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial. Ejemplo:
  Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.), *Manual de psicología patológica* (pp. 43-81). Barcelo-

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

na: Toray-Masson (Org. 1975).

- Referencias bibliográficas para revistas: autor; año (entre paréntesis); título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n.º entre paréntesis sin estar separados del vol. cuando la paginación sea por número, y página inicial y final. Ejemplo:
  Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19/20, 5-24.

Para más información consultar el Manual de la APA anteriormente citado.
http://www.apa.org

INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los trabajos deberán ser enviados a publicaciones@sepypna.com enviándose de vuelta un e-mail de confirmación de la recepción. No podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales.

El Comité Editorial enviará los trabajos recibidos al Comité Asesor, quien realizará una "revisión por pares"

El Comité Editorial decidirá sobre la conveniencia de la publicación, reservándose el derecho de realizar modificaciones en el estilo de los textos y de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación. En casos puntuales el Comité Editorial podrá valorar la reedición de artículos de interés

La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerá exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.

Los autores cuyos artículos hayan sido aceptados para su publicación recibirán un ejemplar de la revista en el que han sido incluidos.

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

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

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

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA SOCIEDAD

D/Dña .....

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

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

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

Teléfono ..... / ..... E-mail .....

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

☐ ..... Firma

☐ ..... Firma

(*)

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

Orden bancaria

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

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

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

TITULAR DE LA CUENTA
D/Dña .....

Firma

Según lo dispuesto en la Ley 15/1999, de Protección de datos, los datos solicitados formarán parte de un fichero de clientes debidamente inscritos en la Agencia de Protección de Datos y propiedad de la Empresa **SEPYPNA** con **CIF G-78528288** con domicilio en **C/Paseo de la Castellana 144 4ª Pta 3 28046 Madrid**. Recabar estos datos tiene por objeto **GESTIÓN DE SOCIOS** y no serán cedidos a terceros bajo ningún concepto sin su expresa autorización. Usted tiene derecho a recibir respuesta de cualquier pregunta, consulta o aclaración que le surja derivada de este cuestionario. Igualmente tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación, de sus datos mediante escritos a la dirección antes indicada o por correo electrónico a **sepypna@sepypna.com**

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

SUSCRIPCIÓN ANUAL (2 números al año)

IMPORTE
ESPAÑA ..... 60 €

EXTRANJERO ..... .130 $

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:
SELENE Editorial
C/ Jeréz, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: 91 6395965
email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO
Nombre y apellidos .....
Dirección ..... **Nº** ..... **Piso** .....
Cód. Postal ..... **Población** .....
Provincia ..... **Especialidad** .....
NIF .....

FORMA DE PAGO:

☐ **CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO**

☐ **DOMICILIACIÓN BANCARIA**

ORDEN DE PAGO, DOMICIALIACIÓN BANCARIA
Nombre del titular de la cuenta .....
Banco ..... **C/C Nº** .....
Caja de ahorros ..... **C/C Nº** .....
Sucursal ..... **Calle** ..... Nº .....
Cód. Postal ..... **Población** .....
Provincia ..... **Teléfono** .....
IBAN .....

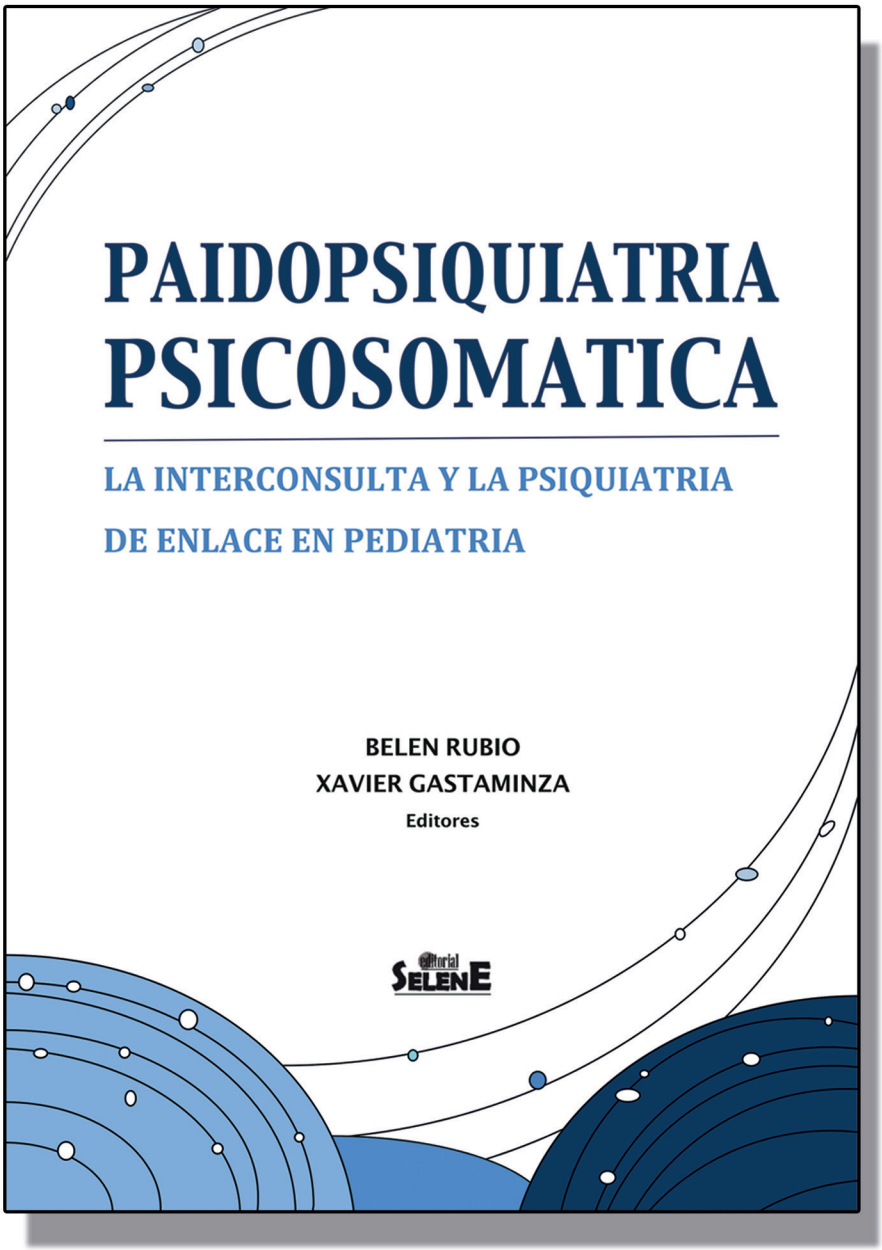
Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente)

..... **de** ..... **de** .....

FIRMA DEL TITULAR

PAIDOPSIQUIATRIA PSICOSOMATICA

LA INTERCONSULTA Y LA PSIQUIATRIA DE ENLACE EN PEDIATRIA



editorial SELENE

Teléfono: 916395965

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 59 - Marzo 2015

¿Qué cuidados para los niños «privados de historia»? La experiencia del instituto PIKLER-LOCZY
Bernard Golse 9

Implicaciones del enfoque terapéutico grupal en una consulta públicatemprana
Elena Pérez Crim 15

Vínculos, identidad y desarrollo psíquico
Mónica Avellón Calvo 25

Adolescencia y transgresión
Luis Mauri 31

Cuestionamiento de los vínculos y crisis
José Manuel Martínez Rodríguez 45

Abordaje psicoterapéutico-psicopedagógico. intervención grupal en CARRILET, centro específico para niños con autismo
Llúcia Viloca, Elisabet Sánchez, Núria Farrés 59

¿Qué sucede en los grupos con trastorno mental grave? Comprender la matriz grupal agujereada
Marina Forcén Soler y Àurea Moreno Mayós 69

"¿Por qué a mí?": Desvalimiento y derrumbe psiquico en un niño abusado
Ana Carrazón Atienza 75

La perinatalidad: El estado de la cuestión
Marta Báez López 83

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.)