Almeida Díaz, Elena
Barrera Piñero, José
Claret, Jaume
Del Arco Heras, Salvador
Fernández Cagigas, Ana María
Fuertes Beneítez, Pilar
Garrán Sabando, Encarnación
Gómez García Mª Dolores
González Santana, Sabrina
González Serrano, Fernando
Jiménez Pascual, Ana María
Laita de Roda, Paula
León Allué, Luis
Panera Uribe, Consuelo
Picaza Ereño, Uxue
Rodríguez Pérez, Esther
San Pedro Verdejo, María
Sánchez-Carpintero Abad, Alfonso
Santamaria Sanz, Itxaso
Solana Azurmendi, Begoña
Soriano Sala, Asunción
Soriano Tormos, Sonia
Usobiaga Sayes, Elena
Villero Luque, Sonia

N.º 61
1º semestre
2016

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

COMITÉ ASESOR

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

INDICE:

V Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes. La atención a los trastornos graves de la personalidad. Bilbao octubre 23 y 24 de octubre de 2015
Fernando González Serrano 9

De la patología vincular al trastorno de inestabilidad emocional. De cómo el niño se convirtió en erizo
Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz 11

Evaluación del Hospital de Día infanto juvenil
Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Beneítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual 17

Técnicas terapéuticas basadas en la teoría de la mentalización en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de Hospital de Día
Paula Laita de Roda 35

Hospital de día comunitario como dispositivo de crisis: experiencia clínica sobre el abordaje institucional de la patología límite en la adolescencia
Jaume Claret 43

La demanda a enfermería en un centro terapéutico educativo con adolescentes
Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes 49

El grupo como recurso terapéutico en un centro terapéutico educativo
Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas 59

Intervenciones psicoterapéuticas con familias
José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García 65

Convivir con los límites: El Hospital de Día como experiencia terapéutica para adolescentes con trastorno límite de la personalidad
Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos 73

Atención a las familias de niños con trastorno mental grave en un programa específico de atención ambulatoria
Begoña Solana Azurmendi 81

Acompañando los procesos simbólicos. Intervención temprana en grupo
Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando 87

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

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

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

Sistema de selección de los originales:

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

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

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

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

V JORNADAS NACIONALES DE HOSPITALES DE DÍA Y TERAPIAS INTENSIVAS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD. BILBAO OCTUBRE 23 Y 24 DE OCTUBRE DE 2015
Fernando González Serrano 9

FROM BONDING PATHOLOGY TO THE EMOTIONAL INSTABILITY DISORDER. HOW THE CHILD BECAME AN HEDGEHOG
Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz 11

EVALUATION OF THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL
Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Beneítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual 17

THERAPEUTIC TECHNIQUES BASED ON THE MENTALIZATION THEORY IN GROUPS OF TEENS AND THEIR FAMILIES IN THE CONTEXT OF DAY HOSPITAL
Paula Laita de Roda 35

HOSPITAL DE DÍA COMUNITARIO COMO DISPOSITIVO DE CRISIS: EXPERIENCIA CLÍNICA SOBRE EL ABORDAJE INSTITUCIONAL DE LA PATOLOGÍA LÍMITE EN LA ADOLESCENCIA
Jaume Claret 43

THE NURSING DEMAND IN AN EDUCATIONAL THERAPEUTIC CENTER WITH TEENAGERS
Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes 49

THE GROUP AS A THERAPEUTICAL RESOURCE IN AN EDUCATIONAL THERAPY CENTRE
Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas 59

PSYCHOTHERAPEUTICAL INTERVENTIONS WITH FAMILIES
José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García 65

LIVING WITH THE LIMITS: THE DAY CARE HOSPITAL AS THERAPEUTIC EXPERIENCE FOR TEENS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER
Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos 73

ATTENTION TO FAMILIES OF CHILDREN WITH SEVERE MENTAL DISORDERS IN A SPECIFIC OUTPATIENT TREATMENT PROGRAM
Begoña Solana Azurmendi 81

GOING ALONG WITH SYMBOLIC PROCESSES. EARLY GROUP INTERVENTION
Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando 87

IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes La atención a los trastornos graves de la personalidad Bilbao octubre 23 y 24 de octubre de 2015

PRESENTACIÓN DE LAS JORNADAS

Fernando González Serrano*

Estas IV jornadas tienen como objetivo continuar el camino emprendido en Alcázar de San Juan en 2009 y seguir enriqueciendo aquella iniciativa de intercambio formativo y científico, al mismo tiempo que humano. Nos hemos juntado profesionales de todo el estado español que trabajamos en dispositivos de tratamiento intensivo con niños y adolescentes que presentan condiciones psicopatológicas y evolutivas que afectan gravemente su desarrollo y su salud mental.

Vamos a compartir estos días las dificultades y satisfacciones de un trabajo clínico y asistencial exigente, no solo por las situaciones cotidianas de gravedad que hay que afrontar, sino también por la escasez de recursos disponibles en la mayoría de comunidades de nuestro país. Debemos seguir reivindicando, con firmeza y claridad, cada uno desde su posición asistencial e institucional –y yo lo hago hoy, tanto desde mi responsabilidad en los servicios públicos de salud, como desde mi lugar como Presidente de SEPYPNA- la importancia de priorizar la atención intensiva, lo más precoz posible, y a lo largo de años (también existe la cronicidad en los niños y adolescentes) para estos niños y sus familias con el fin de mejorar, en la medida que sea posible, su vida presente y futura. El argumento fundamental es hacer respetar un derecho fundamental de pacientes y familias.

Asimismo, creo que la mayoría de profesionales compartimos la opinión de que esta atención es una responsabilidad de los Servicios Públicos a diversos niveles (con frecuencia complementada con recursos privados o concertados) y que, a menudo, debe basarse -necesariamente- en dispositivos intensivos, tanto comunitarios como Hospitales o Centros de Día. En este sentido seguiremos solicitando y exigiendo una mejora en la dotación de recursos profesionales y materiales –tan desigualmente desarrollados en nuestro país- para lograr unas condiciones suficientemente dignas para realizar esta tarea. Tras dedicar las últimas Jornadas, hace dos años en Sevilla, al Abordaje de los Trastornos Generalizados del Desarrollo o Trastornos del Espectro Autista TEA, proponemos para estas la Atención a los Trastornos Graves de la Personalidad. Concepto diagnóstico controvertido en niños y adolescentes, pero cada vez más consensuado y útil cuando se aplica a la comprensión clínica en estas edades, plantea retos y

* Psiquiatra y Psicoterapeuta. Jefe del Servicio de Niños y Adolescentes. Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud). Presidente de SEPYPNA.

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

adaptaciones terapéuticas específicas que están en el centro del debate científico de nuestra disciplina.

Nos hemos juntado profesionales de la salud -psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y de enfermería, que trabajamos en estos recursos específicos- con profesionales del ámbito educativo, de servicios sociales y protección a la infancia, procedentes de contextos diversos, públicos y privados, pero todos implicados en la atención al desarrollo y la salud mental de niños y adolescentes.

Esperando que los espacios de encuentro y debate, conferencias, mesas redondas y talleres, sean fuente de interés formativo, de curiosidad científica y origen de nuevas iniciativas asistenciales, os damos la bienvenida.

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

DE LA PATOLOGÍA VINCULAR AL TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL. DE CÓMO EL NIÑO SE CONVIRTIÓ EN ERIZO*

FROM BONDING PATHOLOGY TO THE EMOTIONAL INSTABILITY DISORDER. HOW THE CHILD BECAME AN HEDGEHOG *

Sabrina González Santana** y Elena Almeida Díaz***

RESUMEN

A través de la presentación de un caso de Trastorno de Inestabilidad Emocional en un varón adolescente, atendido en el hospital de Día Infanto juvenil de Gran Canaria, se analizará la importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo de la personalidad. Se tratará de explicar cómo a partir de alteraciones diversas en el apego se van a generar distintos síntomas, que sin intervención alguna, cristalizarán en los paradigmáticos síntomas del Trastorno de Inestabilidad Emocional que todos conocemos.

Expondremos brevemente las intervenciones empleadas y las dificultades encontradas en el trabajo psicoterapéutico del paciente presentado.

Palabras clave: Trastorno de Inestabilidad Emocional, Relaciones Vinculares tempranas, Apego, HDD.

ABSTRACT

Across the presentation of a case of Emotional Instability Disorder in a teen male attended in the day hospital for child and adolescent of Gran Canaria, there will be analyzed the importance of the early relations in the development of the personality. It will be a question of explaining to him how from diverse alterations in the attachment there are going to be generated different symptoms, which without any intervention, will crystallize in the paradigmatic symptoms of the Bordeline Personality Disorder that we all know. We will expose brief the used interventions and the difficulties found in the psichotherapy work of the presented patient.

Key words: Emotional Instability Disorder, early bonding relations, Bonding, Day Care Hospital.

La presentación de un caso de Trastorno de Inestabilidad Emocional en un varón adolescente, atendido en el Hospital de Día Infanto Juvenil de Gran Canaria, nos permitirá analizar la importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo de la personalidad y, por ende, en los trastornos de ésta. Iremos viendo cómo a partir de alteraciones diversas en el apego se van

* Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Psiquiatra del HDD Infanto Juvenil de Gran Canaria

*** DUE del HDD Infanto Juvenil de Gran Canaria

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

a generar distintos síntomas, que sin intervención alguna, cristalizarán en los paradigmáticos síntomas del Trastorno de Inestabilidad Emocional que todos conocemos y que generan tanta disfuncionalidad.

L. es un varón de 14 años que es derivado al Hospital de Día por alteraciones del comportamiento, en forma de agresividad verbal y física, tras dos ingresos muy prolongados en el Hospital Materno Infantil, tras agredir con arma blanca a su hermana. El diagnóstico con el que llega a nuestro dispositivo es el de Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo en la infancia. Presenta antecedentes familiares en la esfera afectiva, ambos padres sufrieron vivencias traumáticas relacionadas con el maltrato físico y psíquico -por parte de sus progenitores-. Tiene una hermana melliza hacia la que manifiesta una franca rivalidad, la cual han propiciado y mantenido sus padres al compararlos en todo momento, siendo nuestro paciente el que siempre salía peor parado de la comparativa.

L. era un niño tímido y con complejo de "patito feo", presentó dificultades en la articulación del lenguaje que requirió la intervención de un logopeda. Fue objeto de burlas por parte de los compañeros en los primeros años de la escolarización, teniendo que ser defendido, a menudo, por su hermana.

A su llegada al Hospital de Día el reto más importante fue la constitución de la relación terapéutica, incluyendo en ella la aceptación de la necesidad de acudir a tratamiento. Su actitud sumamente desconfiada, su discurso centrado en la imposibilidad de cambio, un sentimiento de autodepreciación tal, que sólo creía ser merecedor de castigo, así como su rabia dificultaron enormemente, y sobre todo en los primeros momentos, cualquier intervención.

Cuando realizamos la psicobiografía es cuando comenzamos a entender el porqué de su sentir. L. era fruto de un embarazo no deseado. La noticia del embarazo múltiple supuso una tragedia entre los progenitores, los cuales presentaban ya un deficitario equilibrio psicoafectivo fruto de sus vivencias pasadas sin elaborar. Posiblemente, y sin darse cuenta, decidieron aceptar sólo a uno de los dos hijos que venían y a partir del nacimiento de los mellizos se va gestando la rivalidad fraterna, a partir de la comparativa que se instaura entre ambos hermanos. L. comienza a encarnar todo "lo malo", es el que tiene problemas de lenguaje, el que es más tímido y torpe, el que no sabe defenderse, en definitiva, usando las palabras del paciente y su familia, "el que no sirve para nada". Estas vivencias y verbalizaciones, unidas al clima de ambivalencia afectiva dominante entre los padres, presentes hasta el día de hoy, van generando una serie de representaciones del self muy negativas que llegan a su clímax en el momento en el que, en contexto de una tonta discusión por el desayuno, en un acto impulsivo L. agrede con un cuchillo a su hermana, lesionándole en la mano; afortunadamente, sin graves consecuencias para ella. Pese a esto L. graba en su mente que "esto que ha hecho, apuñalar, es para lo único que sirve" y supone un punto y aparte en la presentación de sus síntomas, empeorando enormemente los actos impulsivos y agresivos a partir de entonces, disparándose las vivencias referenciales y haciendo casi imposible la contención ambulatoria.

Sabemos que el sistema de apego funciona como el primer regulador de la experiencia emocional. Los modelos operativos internos comienzan a formarse desde los primeros meses, mientras tienen lugar acontecimientos relevantes con respecto al apego, y reflejan el resultado que han tenido las comunicaciones de demanda de cuidados por parte del individuo. Estos modelos tienen tendencia a la estabilidad y autoperpetuación, determinando la forma en la que el niño experimentará el mundo después. En el caso de L., al tener que compartir la atención, y evidenciándose la predilección manifiesta de sus padres por su hermana, las demandas posiblemente no fueron debidamente satisfechas. Añadiéndose la ambivalencia franca en la relación afectiva parental, pasando de colmarle de mimos a manifestar desprecio y regalar insultos, está servida la incertidumbre de cómo tener que actuar para "ser querido y atendido". L., sin apenas estrategias ni recursos personales tiene que hacer frente diariamente a una situación familiar que le desborda y desconcierta, con unos padres que tienen un discurso que no está consonancia con la actitud que mantienen, con verbalizaciones tan contradictorias como la siguiente: "es un buen chico, cariñoso y ha mejorado, pero no lo queremos en casa", que hasta al adolescente más maduro y estable le harían tambalear.

El bebé carece de representación subjetiva y coherente de sí, ni es capaz de distinguir sus estados mentales de la realidad. Para que se desarrolle esta representación requiere que los otros le perciban como una persona que piense, sienta y haga (self agente) y que él, a su vez, sea consciente de que los otros le perciban como tal. El desarrollo del self permitirá al niño regular sus afectos. Sabemos que si existen problemas en estas primeras relaciones, las dificultades quedan enraizadas en el individuo, pudiendo ser matizadas por la biografía posterior y determinando una actitud ante el otro, ante el

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

mundo, con unas expectativas de la relación que configura la problemática emocional, cognitiva e interpersonal.

L. cree ser "merecedor de odio" por lo que le hizo a su hermana, se presenta como alguien que "sólo es capaz de apuñalar" y pone a prueba a los demás con insultos y amenazas, esperando, evidentemente, que se queden y le quieran. Se comporta como un erizo, se acerca a los demás buscando que no le abandonen, que le quieran, pero sólo puede pinchar (insultos y amenazas) ya que es lo único que cree poder hacer, parapetado tras una frágil coraza que se ha construido al entender que sólo con esto es capaz de captar la atención del otro, dudando de sus capacidades y habilidades. Las relaciones que ha ido manteniendo a lo largo de su, aún corta vida, tienen que ver con las burlas, los insultos y la agresividad (sobre todo con iguales) y basadas en la pena, la devaluación y el reproche (sobre todo en relaciones con adultos), siendo esto lo que él ha interiorizado. Las respuestas que obtiene a tales comportamientos "insoportables" van desde el rechazo a la respuesta agresiva, reforzándose así su idea de "que nadie le quiere porque no se lo merece".

Para que el niño desarrolle con éxito la capacidad de comprender y regular emociones son necesarias 2 condiciones, condiciones que no han podido darse en el caso que nos ocupa:

- Congruencia razonable entre el estado mental del cuidador y del niño
- Que el reflejo emocional ofrecido por el cuidador se vea diferenciado del bebé; si éste no queda bien definido puede generar dificultades ulteriores en la regulación emocional

En los criterios diagnósticos de los Trastornos de Inestabilidad Emocional vemos reflejados múltiples síntomas que están condicionados por las alteraciones en el vínculo temprano de los pacientes, fruto de un apego inseguro. Síntomas, representaciones mentales y afectivas que se han enraizado en el individuo hasta componer un puzzle personal disfuncional que debe ser reordenado en un marco psicoterapéutico en aras de conseguir una vida lo más normalizada posible. Así tenemos:

- Temor al abandono. La existencia, en estos pacientes, de una necesidad de afecto del otro que no va a ser nunca completamente satisfecha, con pruebas de afecto y con reacción catastrofista ante la mínima discrepancia, mostrando alternancia entre la debilidad y la amenaza. Se puede ver la conducta ambivalente o caótica de un cuidador, donde en ocasiones la proximidad, el afecto y el cuidado le son negados y el niño busca desesperadamente al cuidador mientras recibe mensajes contradictorios.
- Relaciones inestables e intensas. La sensación de seguridad básica crece en el niño a través de la experiencia de haber sido mirado como alguien importante y especial por sus cuidadores, con amor incondicional. El niño se acepta plenamente porque se siente aceptado al cien por cien. Es habitual que sientan que si los demás le conociesen mejor, se alejarían de ellos. En muchas ocasiones las figuras de apego les han transmitido este tipo de mensajes de forma recurrente.
- Alteración de la identidad. La identidad es el conjunto de características que nos permiten tener un sentido de quienes somos, qué queremos y hacia dónde vamos. Suelen mostrar confusión y variabilidad en torno a sus valores y que estos varíen en función de la opinión o preferencias de los otros. Un reflejo inadecuado lleva al niño a interiorizar representaciones del estado de sus progenitores y evita que se forme su propia experiencia, tienden a repetir lo que otros les han dicho, incapaces de limitar el contagio emocional.
- Impulsividad. El patrón de autorregulación que hubiera derivado de un apego seguro no ha podido establecerse. Por tanto, la regulación ha de venir del exterior (demandas de ayuda, dependencia).
- Conductas intensas y autolesivas, como la manera efectiva que ha encontrado el paciente de hacer frente a emociones difíciles de tolerar y poder calmarse. En un apego inseguro las necesidades del niño no son fácilmente percibidas. El niño ha de gritar más alto y más tiempo para hacerse notar, aprende que sus demandas tienen que ser más llamativas e insistentes.
- Inestabilidad afectiva y emocional. La regulación emocional no es un proceso automático, adquiriéndose a través de la relación con el cuidador. Esta relación ayuda al niño a modular sus reacciones emocionales, siempre que la figura de apego le ayude a encontrar el equilibrio. Si no es posible, encontraremos reacciones desproporcionadas ante gestos o actitudes en el otro que recuerden al progenitor, defendiéndose ante la amenaza.
- Sentimientos crónicos de vacío. Se corresponden con la ausencia de sintonía con el progenitor, sensación de sentirse invisible, sin que nadie se

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

diera cuenta de cómo se sentían… un progenitor desbordado por sus propios conflictos puede no ser capaz de ver las necesidades del niño.

- Ira inapropiada e intensa, actuando por impulsos y sin advertir las consecuencias de sus actos, reproduciendo en esas reacciones modelos de expresión de la rabia disfuncionales con los que crecieron. Los sentimientos de culpa suelen acompañar a estas expresiones de ira. Todo ello incrementa la percepción de sí mismos como "malos"
- Ideación paranoide por estrés o síntomas disociativos graves, condicionadas por la dificultad para regular emociones y su hipersensibilidad a estímulos. Además presentan distorsiones cognitivas, interpretando lo que hacen los demás en función de lo que ellos piensan o sienten. No aprenden de la experiencia por no haber tenido una figura de apego que se lo haya enseñado (ha aprendido la relación con el otro en términos de incertidumbre, imprevisibilidad y peligro)

No es el objeto de esta presentación explicar el tratamiento de este tipo de pacientes, pero sí destacar que se trataría de estimular una relación de apego lo suficientemente significativa como para que el paciente se implique en la terapia, favoreciendo procesos reflexivos, para que pueda integrar las experiencias y les dé un sentido. El terapeuta debe ayudar a que el paciente descubra estados adaptativos a través de experiencias emocionales correctivas que faciliten el desarrollo de nuevos comportamientos interpersonales que faciliten la regulación cognitivo emocional.

Con L. se inició un trabajo desde el enfoque narrativo, para tratar de ordenar y clarificar las demandas traídas a las sesiones. Su queja fundamental era: "nadie me quiere", "el mundo es una mierda", aunque tras decirlo, corregía inmediatamente diciendo "no necesito nada, estoy perfectamente" en tono irónico (moviéndose en la ambivalencia de querer atención, pero sin la conciencia de presentar un problema de salud mental).

A partir de aquí, y para poder realizar un trabajo terapéutico concreto, redefinimos los problemas principales, ayudándole así a construir una narrativa más útil:

- Convivencia familiar
- Dificultad en la relación con iguales (rivalidad)
- Aislamiento (apenas sale, no tiene amigos ni intereses que pueda compartir con iguales)
- Reacciones agresivas "in crescendo" en contexto de disregulación emocional
- Culpa no resuelta
- Disminución del rendimiento académico
- Dificultad para la autorregulación emocional
- Sintomatología depresiva e ideación autolesiva

Asímismo delimitamos los precipitantes de tales conductas: en su caso, cualquier situación en la que intervenga un tercero (con el que cree tener que competir) y cualquier situación con la familia, cualquier interacción, en la que rememore situaciones de incomprensión, rivalidad o lo que él cree abandono.

Y construimos una secuencia de emociones-ideas-comportamiento que se repite:

- Interpretación por parte de L. de la preferencia de cualquier otro, distinto de él, pasando a representar "todo lo malo"
- Esto le "confirma" que es "merecedor de odio" por su pasado, por lo que le hizo a su hermana, presentándose como alguien que "sólo es capaz de apuñalar"
- Pone a prueba a los demás con insultos y amenazas, esperando que se queden y le quieran. Se comporta como un erizo, se acerca a los demás buscando que no le abandonen, que le quieran, pero sólo puede pinchar (insultos y amenazas), parapetado tras una frágil coraza que se ha construido por entender que sólo con esto es capaz de captar la atención del otro, dudando de sus capacidades y habilidades

Toda esta situación se perpetúa por el mal manejo emocional de la familia con gritos, insultos, respuestas devaluadoras, verbalizaciones de no quererle e, incluso, agresividad manifiesta. Acompañándose de confusión entre límites-normas y cariño, roles confusos dentro del sistema familiar y ausencia de comunicación funcional.

Los objetivos planteados para el trabajo psicoterapéutico fueron:

- A través de experiencias positivas mejorar su autoconcepto, demostrarle las capacidades que tiene, valorarlas adecuadamente
- Mejorar la interacción social, trabajando las habilidades sociales
- Autorregulación emocional
- Expresión de emociones de forma verbal y limitar las conductas inadecuadas derivadas del desbordamiento emocional
- Fomentar las actividades lúdicas

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

- Intervención familiar para la modificación de patrones conductuales generadores de malestar
- Ayudar al paciente a incrementar su capacidad de mentalización, explorando las distintas emociones en diferentes situaciones, generando una identidad más fuerte, siendo capaz de averiguar más sobre cómo piensa y siente y cómo lo hacen los demás
- Se trataría de estimular una relación de apego lo suficientemente significativa como para que el paciente se implique en la terapia
- Favorecer procesos reflexivos, para que pueda integrar las experiencias y les dé un sentido
- Trabajar estados mentales actuales, a través de la reaseguración, empatía, apoyo, clarificación y la confrontación

Las estrategias nucleares a emplear serían: Validación. Legitimación. Resolución de conflictos. Analizar precedentes y consecuencias. Construir caminos alternativos. Procedimientos de resolución de problemas. Modificación de las distorsiones cognitivas. Intervención con el entorno. Intervención en grupo, el marco del HDD favorece la relación entre iguales. Atención a no repetir patrones que provoquen respuestas preexistentes en el repertorio del paciente y establecimiento de límites claros en la terapia.

Los trastornos de la personalidad son uno de los trastornos más complejos de tratar, por la gravedad de conductas y por la motivación para el tratamiento. Las dificultades con las vivencias y las expresiones emocionales, dirigidas hacia el terapeuta tienen que ser identificadas y trabajadas. El tratamiento no puede realizarse de otra manera que no sea a través de la intervención en el proceso de la relación interpersonal con el terapeuta y con los demás (Bender, 2005). Debemos entender que el paciente ha crecido en un "entorno invalidante", que le niega sus experiencias privadas, que no validan sus experiencias emocionales y que, incluso, las desprecian.

La narrativa del paciente es "una mentira que le hace sufrir" y que no le resulta eficaz a la hora de enfrentarse al mundo. La psicoterapia consiste en ayudar a que el paciente construya una historia que le sea útil (Guidano, 1987). Es preciso trabajar las conductas que interfieren con la terapia, directa e inmediatamente, así como de forma constante. Dar la importancia que tiene la relación terapéutica. Es imprescindible trabajar las conductas que interfieren con la calidad de vida y enseñar a resolver problemas de la vida e incrementar el auto-respeto. Una vez conseguido esto, también hay que trabajar para lograr el mantenimiento de lo conseguido.

Durante los primeros meses de trabajo con L. hubo muchas dificultades. Su desconfianza en el otro y la necesidad de ponerlos a prueba hacían difícil la relación terapéutica. Necesitaba tiempo; tiempo que no siempre se tiene en los servicios públicos masificados. Al considerarse "lo peor" teme el abandono; ante esto prefiere ser él quien abandona, dinamitando toda posibilidad de relación. La alianza terapéutica se convierte en fundamental, constituyendo una relación diferente que le permita el marco contenedor para poder intentar y arriesgarse al cambio, para quitarse su coraza y recibir "cosas buenas" de los demás. En definitiva, permitirse sentirse querido y merecedor de algo más que un futuro sombrío.

La intervención ha sido como un pulso continuo, un examen, incluso. Ante el plan terapéutico y los límites, la respuesta era el boicot y la oposición. Provocó muchas situaciones buscando que se le "echase del HDD". El haber mantenido el marco terapéutico firme, a diferencia del suelo quebradizo en el que solía moverse, supuso una contención suficiente, una base segura sobre la que poder modificar comportamientos.

En definitiva, el terapeuta, con capacidad para promover cambios terapéuticos, debe ayudar a que el paciente descubra estados adaptativos a través de experiencias emocionales correctivas que faciliten el desarrollo de nuevos comportamientos interpersonales que faciliten la regulación cognitivo emocional, y le permitan así vivir integrados e incluidos en el mundo.

La historia de L. sólo acaba de empezar. Su seguimiento en el Hospital de Día ha terminado. Ahora comienza la segunda parte. Le queda mucho camino por recorrer, y sin duda, mucho que aprender…Pero ya nada será igual, porque la posibilidad de verse reflejado en otro, como alguien capaz de realizar buenas obras, como individuo con múltiples posibilidades de futuro y como persona merecedora de afecto le ha permitido deshacerse de su invalidante coraza y permitirse "ser y sentir" para continuar con esa vida suya de la que, al inicio de la terapia, no quería saber nada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Díaz Atienza, J., y Blánquez Rodríguez, M. P. (2004). El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 4 (1), 82-90.

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

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Aperturas Psicoanalíticas, 3.

Fonagy, P. y Bateman, A. (2010). Attachment and personality pathology. En J. F. Clarkin, P. Fonagy & Gabbard, G. O. (Eds.), Psycodynamic psychotherapy for personality disorders (A clinical Handbook) (pp. 37-88). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Linehan, M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for borderline personality Disorder. En D. H. Harlow (Ed.), Clinical Handbook of Psychological Disorders (pp. 365-419). New York: The Guilford Pres.

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

Mosquera, D. y González, A. (2011). Del apego temprano al TLP. Mente y cerebro, 46, 17-27.

Renn, P. (2006). Apego, trauma y violencia: comprendiendo las tendencias destructivas desde la perspectiva de la teoría del apego. Aperturas Psicoanalíticas, 24.

Sánchez Quinteiro, S. y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de personalidad. Acción Psicológica, 10(1), 21-32.

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

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL*

EVALUATION OF THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL

Sonia Villero Luque**, Pilar Fuertes Beneítez;*** Luis León Allué**, Esther Rodríguez Pérez****; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad***; Ana María Jiménez Pascual**□

RESUMEN

El Hospital de Día Infanto Juvenil (HDDIJ) basa su modelo de intervención en la terapia institucional. Este recurso ha sido ampliamente validado en el tratamiento de diferentes trastornos mentales de la infancia y adolescencia, y se propone para la intervención de la patología mental grave en esta población. Sin embargo, la estructura óptima de este dispositivo no ha sido bien establecida. En este trabajo presentamos a modo de ejemplo un posible esquema para estructurar la guía de actuación interna de un hospital de día infanto juvenil y del plan de intervención individualizado de trabajo con cada niño, basado en la experiencia del Hospital Mancha Centro. Así mismo, presentamos el proyecto de investigación actualmente en marcha en nuestra unidad de elaboración de un algoritmo de evaluación neuropsicológica para Trastornos del Espectro Autista en el HDDIJ. Abrimos igualmente el debate para la propuesta de posibles indicadores clínicos de evolución en HDDIJ.

ABSTRACT

Child and Adolescent psychiatric Day Hospital (CAPDH)bases its intervention model in institutional therapy. This intervention has been extensively validated in the treatment of various mental disorders in childhood and adolescence, and it has been proposed for the intervention of severe mental illness in this population. However , the optimal structure of this device has not been well established. We present a possible structural scheme for a clinical actuation guide in child and adolescent day hospital and individual action plan work, based on the experience of the Hospital Mancha Centro. Also , we present the research project currently underway in our unit developing a neuropsychological evaluation algorithm for Autism Spectrum Disorders in (CAPDH) . Also we opened the discussion for the proposed clinical indicators of possible developments in HDDIJ.

Palabras clave: Hospital de día, infanto juvenil, terapia institucional, indicadores, evaluación.

*Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Psiquiatra. E-mail: soniavillero@hotmail.com

*** Psicólogo/a

**** MIR Psiquiatría

□ Jefe de servicio. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil Hospital General la Mancha Centro

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

INTRODUCCIÓN

Para contextualizar el trabajo a continuación presentado partimos de las definiciones de Hospital de Día Infanto Juvenil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y del Plan de Atención a la Salud Mental Infantil y Adolescente (PASMIA) del Servicio Andaluz de Salud (SAS). La primera define el hospital de día para niños y adolescentes como "un dispositivo asistencial para el tratamiento institucional intensivo, en un medio terapéutico específico, de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos períodos de la vida y que tienen en común el provocar una perdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando así mismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales". El PASMIA lo define como "un espacio de relación y de trabajo esencialmente terapéutico en sus intervenciones clínicas, actuaciones, contenidos, criterios y actividades. El objetivo principal sería el de potenciar los recursos personales y afectivos de cada paciente, la comprensión del conflicto que subyace y posteriormente, la modificación de actuaciones y de respuesta en su conducta interna y externa."

El Hospital de Día Infanto Juvenil, como recurso asistencial y eminentemente psicoterapéutico, ha sido ampliamente validado para el tratamiento de diversas patologías mentales del niño y el adolescente en estudios de eficacia tanto internacionales (Díaz-Sibaja, 2007) como nacionales. Destacando entre estos últimos los trabajos de Ana María Jiménez Pascual (Jiménez, 2011) y de Margarita Alcamí (Alcamí, 2002) . No obstante, y pese a ello, tal y como refiere Kotsopoulos (Kotsopoulos, 1996), existen muy pocas publicaciones que describan la estructura óptima de estos programas

En la actualidad en nuestro país existen diferentes dispositivos que podríamos considerar dentro del grupo de los hospitales de día infanto juveniles, centros de día, centros educativo terapéuticos, unidades de media estancia, entre otros. Muchos de ellos con una amplia trayectoria profesional y altamente consolidados.

Algunos de estos dispositivos tienen su esquema estructural publicado o bien sabemos de este indirectamente a través de la publicación de estudios de eficacia o artículos de casos clínicos. Algunos de estos dispositivos han propuesto a través de publicaciones incluso posibles métodos evaluativos del tratamiento en Hospital de Día Infanto Juvenil, como los de Jiménez Pascual, Margarita Alcamí o Díaz Atienza (Tabla 1)

Pese a esta amplia trayectoria y experiencia clínica, el profesional de la Salud Mental Infanto Juvenil se

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL: INDICADORES		
ESTRUCTURA	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Accesibilidad Recursos materiales y humanos Calidad de sistemas de registro Protocolos Historias clínicas Coordinación Tiempo de espera medio	Cobertura (pacientes nuevos o reinicio) Cumplimiento Satisfacción	Indicadores estadísticos Estándares asistenciales cuantificables epidemiológicos y administrativos: eficacia, eficiencia, efectividad
INDICADORES GENERALES PROPUESTOS EN LOS PLANES DE SALUD		
CUANTITATIVOS		CUALITATIVOS
INDICADORES DE ACTIVIDAD Número total de pacientes por unidad de tiempo; No total de contactos; No de pacientes por diagnóstico; No de altas por causas de alta; No personas ingresadas por trastorno mental; No intervenciones en la comunidad y actividades de educación para la salud.		INDICADORES BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS Grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan de intervención terapéutico
INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO Tiempo de espera antes del primer contacto; No abandonos por diagnóstico; No retornos por diagnóstico; No pacientes con contactos ininterrumpidos por períodos, No Altas por motivos; procedencia, tipos de derivación (evaluación, seguimiento); profesional responsable		INDICADORES DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA Accesibilidad y disponibilidad; expectativas de los usuarios INDICADORES BASADOS EN LA CALIDAD DE VIDA

Tabla1. Evaluación institucional de dispositivos asistenciales en Salud Mental

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

enfrenta en la actualidad a diferentes retos que exigen una reflexión y un grado de compromiso especial. Por un lado, el usuario en la actualidad espera del profesional un modelo médico colaborativo, donde se permita la participación en los programas de los colectivos poblacionales, convirtióndose así la familia en agente de salud, Por otro lado, la propia administración exige la definición de las carteras de servicios que se ofrecen en la asistencia clínica, así como la elaboración de guías de salud y la propuesta de indicadores de calidad, muchas de las veces exclusivamente cuantitativos o mercantilizados (tabla 2). Se designan comités de "expertos" que promueven una práctica basada en la evidencia que incluya no solo la experiencia sino también estudios de investigación sobre eficacia y la integración de nuevos hallazgos de las neurociencias básicas. Surgen igualmente desde diferentes ámbitos posibles "nuevos" métodos de tratamiento altamente estandarizados y por tanto más fácilmente cuantificables en sus resultados que se proponen como válidos de forma generalizada, aunque los niveles de eficacia no superen la categorización D o C.

En este panorama de exigencia, el propio recurso de hospital de día se enfrenta a varias limitaciones. Algunas de ellas surgen de la propia naturaleza y definición del dispositivo en tanto eminentemente psicoterapéutico y espacio de relación. Otras limitaciones surgen del propio modo de funcionamiento del hospital de día en tanto funcionamiento integral, multidisciplinar y por lo tanto integrador, dinámico (en cuanto a las especificidades de los distintos programas según la idiosincrasia poblacional) y de diseño individualizado del plan de trabajo.

En este escenario, el compromiso del profesional consistiría en la búsqueda de lugares comunes. Esto es, la búsqueda de lenguaje común que permita enriquecimiento y comparativa sin perder la esencia del dispositivo en que reside su fortaleza (dinamismo, individualidad, integral)

Siguiendo las palabras de Tantan, Las psicoterapias no deberían juzgarse por criterios convencionales de evidencia sino por algunos otros más especiales. Así, deberíamos poder entender las limitaciones como fortalezas del propio dispositivo. La tarea, por tanto, sería la definición de una posible estructura óptima del Hospital de dIa Infanto Juvenil a través de:

- Propuesta de esquema de estructura que permita comparativa y búsqueda de elementos comunes y discusión de elementos diferenciales.
- Propuesta de métodos evaluativos que permitan monitorización
- Definición de posibles indicadores o estándares de evolución clínicos. Donde podamos incluir la Integración de los nuevos hallazgos de las neuro-

REFERENCIAS DE ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL HDDIJ QUE INCLUYEN MÉTODOS EVALUATIVOS		
JIMÉNEZ PASCUAL (2011)	ALCAMÍ (2002)	DÍAZ ATIENZA
Evaluación clínica y psicopatológica Test proyectivos Escala de valoración del Autismo Infantil (CARS)	Evaluación clínica y psicopatológica Test proyectivos Entrevista psiquiátrica semiestructurada: agrupación de variables sintomáticas Integración familiar (Mc GEE)	Evaluación clínica y psicopatológica Escalas clínicas: E.R.C.-A III o Bretonneau III, 1985. Escala de valoración del autismo infantil (CARS), entrevista semiestructurada ADIR, ABC de Krug, escala de espectro autista Rivière (IDEA); escala integrada de valoración del autismo infantil de Trias (EIVA).
Cuestionario epidemiológico	Variables epidemiológicas	Variables epidemiológicas
Habilidades adaptativas Escala de Conducta Adaptativa de Vineland	Cuadro para la evaluación del progreso en el desarrollo social y personal (PAC)	
Evaluación neuropsicológica Funcionamiento intelectual: Inventario de Desarrollo Battelle/ Brunnet-Lezine Escalas Weschler Batería K- ABC de Kauffman Habilidades lingüísticas: Test Peabody	valuación neuropsicológica Nivel intelectual: Brunet Lezine, WPPSI, WISC.	Evaluación neuropsicológica Escalas de desarrollo (Escala Battelle, Brunnet-Lezine, Guía Portage) Test de inteligencia para la población general (McCarthy, WPPSI).

Tabla 2. Estudios nacionales sobre el funcionamiento en Hospital de Día Infanto Juvenil

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

ciencias básicas (médicas, neuropsicológicas) con diagnósticos estructurales.

Habríamos así de definir posibles objetivos terapéuticos comunes en la intervención respetando a la vez la idiosincrasia de los diferentes dispositivos.

Todo este esfuerzo nos puede permitir el trabajo en red de los profesionales, la propuesta de proyectos de investigación genuinamente clínicos, así como la participación en la institución a través de propuestas. No hemos de olvidar así que la medicina basada en pruebas que está en auge en la actualidad, ha de ser en cambio reemplazada por una práctica basada en la evidencia, que requiere la integración de la experiencia clínica individual con los mejores datos objetivos cuando se toma una decisión terapéutica.

En esta búsqueda de un lenguaje común, del análisis de las diferentes publicaciones en nuestro medio, encontramos elementos cercanos tanto en la presentación del esquema estructural del dispositivo como en los objetivos comunes (Tabla 3 y 4).

PROPUESTA DE ESQUEMA DE ESTRUCTURA DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL

A continuación, tanto desde la revisión de la literatura al alcance, como de la experiencia clínica del hospital de día infanto juvenil del Hospital la Mancha Centro, se propone un posible esquema de estructura del hospital de día (epígrafes en tabla 5) que podría servir como guía o programa de intervención dentro de una cartera de servicios. A partir de este esquema proponemos también la elaboración de un plan individualizado de trabajo para cada usuario del dispositivo y la posible definición de criterios de calidad e indicadores de evolución en el hospital de día infanto juvenil.

1. DEFINICIÓN: MODELO TEÓRICO DE PARTIDA Y PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS.

En primer lugar proponemos definir dentro de la guí de estructura del hospital de día infanto juvenil los modelos terapéuticos de partida y los principios generales por los que se va a regir este.

Terapia institucional: Es el modelo de intervención del que se parte en el dispositivo: la institución como instrumento psicoterapéutico; esto es, la escucha y comprensión de la dinámica emocional del niño, la comprensión de la dinámica grupal y del funcionamiento del equipo; y las reuniones de síntesis semanal por parte del equipo terapéutico.

El modelo psicoterapéutico de partida sería el Modelo Relacional. En este Modelo Relacional la intervención que se realiza son tratamientos integrados con la utilización de diferentes técnicas psicoterapéuticas (que pueden ser distintas en los diferentes HDIJ) encaminadas al establecimiento del vínculo y a la comprensión de la dinámica emocional de cada niño y adolescente, centradas en potenciar sus capacidades y mejorar su organización psíquica. Parte de conceptos ya clásicos desarrollados por autores como Winnicott, Bion y Fonagy y de otros como la teoría del apego de Bowlby o la teoría de la mente de Bateson e incorpora así mismo elementos de los últimos hallazgos procedentes de la psicología evolutiva y las neurociencias (las teorías de las neuronas espejo de Rizolatti; los estudios sobre plasticidad neuronal de Eric Kandel, o los estudios de epigenética y psiquiatría de la última década) .

La descripción de las técnicas psicoterapéuticas utilizadas en la terapia institucional en cada dispositivo, como lugar de relación y de encuentro de diferentes profesionales excede el presente trabajo, aunque el esfuerzo y avance en este sentido sería no solo interesante sino necesario dado el objetivo marcado de validar el hospital de día infanto juvenil en el tratamiento de diferentes trastornos. En este sentido, por ejemplo, la descripción no solo de elementos psicoterapéuticos ya validados institucionalmente en el tratamiento del trastorno mental grave como la psicoeducación con familias o intervenciones conductuales que ampliamente se utilizan transversalmente en el dispositivo, habría de completarse con la descripción de otras técnicas dirigidas al trabajo con lo vincular. En esta línea citamos los trabajos de Greenspan (Greenspan, 2008).

Los principios que guiarían la intervención serían: El abordaje integral del niño y su ambiente; la formación psicoterapéutica integradora; la participación de un equipo multidisciplinar; el diseño de un plan de trabajo individualizado (extensible a horarios y estancias medias con excepciones); el trabajo con grupos heterogéneos en cuanto a diagnóstico: habría que definir las posibles excepciones a este principio, por ejemplo en la constitución de grupos de trastornos de conducta alimentaria.

2. PERSONAL, UBICACIÓN E INFRAESTRUCTURA: Recursos humanos y espaciales.

Habría que definir no solo los recursos existentes sino los estándares que nos gustaría alcanzar .

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

Elementos comunes hallados en publicaciones sobre los objetivos y herramientas terapéuticas utilizados en diferentes HDDIJ
Documentos institucionales
Objetivo terapéutico del HDDIJ (PASMIA) "El objetivo principal será potenciar los recursos personales y afectivos para mejorar la propia imagen de cada paciente, la comprensión del conflicto que subyace y posteriormente, la modificación de actuaciones y de respuesta en su conducta interna y externa." "La redefinición de situaciones y de propuesta de alternativas de relación, vínculo y apego en los diferentes temas que se trabajan y aparecen en el contexto terapéutico de las actividades."
Documentos de estructura y funcionamiento interno de HDDIJ
Objetivos terapéuticos: Estructura y contención Construcción de un vínculo Trabajo con la familia Modelo específico: Terapia institucional en contexto de comunidad terapéutica: acompañamiento, escucha, experiencia de convivencia Intervenciones y actividades terapéuticas Terapia de juego Técnicas cognitivo conductuales Terapias psicomotoras Terapia de orientación dinámica: teoría basada en la teoría del apego, desarrollo psicoevolutivo,... Terapias estructuradas: Terapia ocupacional, relajación, habilidades sociales, género, terapia escrita, grupos de debate. Grupo comunitario y otras actividades grupales
Tabla 3. Elementos comunes sobre objetivos y herramientas terapéuticas de diferentes hospitales de día infanto juveniles nacionales

Elementos comunes hallados en publicaciones sobre el esquema de la estructura de diferentes HDDIJ
Elementos comunes en la descripción de la estructura de diferentes HDDIJ
Personal, ubicación e infraestructura Recursos humanos Derivación de otros dispositivos Funcionamiento interno Acogida Criterios de inclusión y exclusión Grupos de edad Niveles de intervención: Evaluación Programa de tratamiento individual o plan de tratamiento individual (factores Gordon, Albee) Horarios de actividades Intervenciones terapéuticas o programas asistenciales: grupos y talleres: estructurados y no estructurados Escuela padres Apoyo psicopedagógico Psicomotricidad Terapia ocupacional: ABEIVD Educación para la salud Programas de habilidades sociales y autoestima: taller teatro, escritura, resolución de problemas... Trabajo del alta Trabajo previo al ingreso Coordinaciones intra e inter dispositivos Supervisión Descripción de posibles programas específicos de tratamiento: TCA (Atienza, Lázaro), TEA, otros
Tabla 4. Elementos comunes en el esquema de la estructura de diferentes HDDIJ

Personal estable: Se trata de un equipo multidisciplinar, formado por un psiquiatra- psicoterapeuta, un psicólogo-psicoterapeuta-psicomotricista, (designando un facultativo de referencia para cada caso), un enfermero, y dos auxiliares como monitores a tiempo completo. Personal de apoyo: un auxiliar y un enfermero a tiempo parcial. Contamos con un trabajador social, logopeda clínico y en ocasiones podemos disponer de un programa de musicoterapia. Aunque no disponemos de ello en nuestro hospital de día consideramos importante la presencia de un maestro terapéutico y un terapeuta ocupacional en el mismo.

La ubicación está dentro del Hospital General la Mancha Centro, que cuenta con los siguientes espacios: Una sala común amplia y polivalente, que tiene adjunta una habitación para contención emocional; un aula; un taller; una sala de logopedia; una cocina; servicios para los niños; un despacho y un patio. Se hace uso de otros despachos de facultativos para intervención con padres y de la sala de reuniones para coordinación. Capacidad: Habría que definir la ratio de niños por monitor. En función de edad- momento

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

Esquema Estructural del HDDIJ HGLMC

1. DEFINICIÓN: MODELOS Y HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS
2. PERSONAL, UBICACIÓN E INFRAESTRUCTURA
3. POBLACIÓN DIANA
4. FUNCIONAMIENTO INTERNO:
    a. HORARIOS
    b. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
    c. DERIVACIÓN
    d. ACTIVIDADES PREVIAS AL INGRESO
    e. EVALUACIÓN AL INGRESO Y ANUALMENTE
    f. ACTIVIDADES DE ALTA
5. ACTIVIDADES
    a. ASISTENCIALES: NIÑO Y FAMILIA
        • OBJETIVOS TERAPÉUTICOS: GENERALES, DE GRUPO E INDIVIDUALES
        • INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS ESTRUCTURADAS Y NO ESTRUCTURADAS
    b. COORDINACIÓN INTERNA Y ORGANIZACIÓN
    c. COORDINACIÓN EXTERNA
    d. FORMACIÓN CONTINUADA Y SUPERVISIÓN EXTERNA
    e. INVESTIGACIÓN
    f. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
6. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRABAJO
7. MONITORIZACIÓN
    a. CRITERIOS DE CALIDAD
    b. INDICADORES DE EVOLUCIÓN
8. DOCUMENTOS ANEXOS

Tabla 5. Esquema estructural para la elaboración de la guía de funcionamiento del HDDIJ en el Hospital General la Mancha Centro.

evolutivo y clínica, fijando un máximo recomendado de 4 niños por monitor.

3. POBLACIÓN ATENDIDA

Habría que definir tanto las áreas geográficas atendidas como las posibles vías de canalización desde otras áreas y la población atendida en sus características tanto etarias como clínicas, utilizando para ello las categorías diagnósticas que previamente sean fijadas no solo desde lo categorial sino muy especialmente desde lo estructural (Diagnósticos según CIE 10 (WHO, 1993) tal y como se nos exige como país miembro de la Unión Europea, como otros sistemas clasificatorios específicos como la CFTMNA (CFTMNA, 2004)).

• Áreas geográficas de referencia, en nuestro caso las correspondientes a los hospitales generales la Mancha Centro y Tomelloso. Habría que definir igualmente los criterios de aceptación de canalización de otras áreas

• Patología atendida:

• Trastorno mental grave* (utilizamos la definición de Clara Bardón, Bardón, 2005), que incluye tanto el diagnóstico clínico como la disfunción, lo que requiere necesariamente una evaluación y un diagnóstico, aunque sea este de sospecha.

• Otros: Por ejemplo casos psicosociales de difícil manejo ambulatorio con la necesaria coordinación interdispositivos (bienestar social, educación, justicia,...); o la también considerada en otros centros, posibilidad de observación de casos en hospital de día infanto juvenil para diagnóstico diferencial.

• Grupos de edad:

• Nuestro Hospital de Día está dividido por edad y momento evolutivo en tres unidades de terapia intensiva: UT I: 0-6 años; UTII:7a12años; y UT III: 13 a 17 años. Habría que definir así mismo posibles grupos intermedios con necesidades evolutivas específicas.

4. FUNCIONAMIENTO INTERNO

A. HORARIOS

Tiempo parcial: En nuestro caso, siguiendo los modelos franceses de intervención (Misès), se propone un hospital de día a tiempo parcial a modo de módulos de tratamiento grupales, que permiten la integración del niño en su ámbito escolar y optimizan la capacidad asistencial del hospital de día. Este modelo presenta ventajas e inconvenientes.

Se definen las actividades según horarios y se elabora un documento que se entrega a las familias y a los niños con la descripción de las mismas (ver a modo de ejemplo tabla 6). Se valora en cada caso posibles modalidades de horarios individuales, por ejemplo en el caso de niños bajo observación diagnóstica o en proceso de alta terapéutica.

B. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Indicaciones clínicas:

• Niños de 0 A 17 años que presenten trastorno mental grave (TMG), que provoque disfunción grave en funcionamiento social, familiar y educativo o formativo. Esta indicación requiere necesariamente de una definición de los diagnósticos incluídos en esta categoría de TMG según las diferentes clasificaciones (CIE 10, CFTMNA...). Este esfuerzo posteriormente posibilitaría la definición de objetivos terapéuticos, de realizar una orientación diagnóstica tanto fenomenológica como estructural.

Indicaciones condicionadas:

Patologías con trastornos de conducta grave según

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

Horario de actividades de la Unidad de Terapia Intensiva II: Documento para usuarios y familias

HORARIO ACTIVIDADES UT-II				
Hora	***Grupo***	***Espacio***	***Grupo***	***Espacio***
	Grupo A		*Grupo B*	
11:15	SALUDO INICIAL			
11:30	Expresión plástica/Arteterapia	Taller	Cognitivo/logopedia (Jueves)	Aula
11:45				
12:00	Cognitivo/logopedia (Jueves)	Aula	DESAYUNO	Cocina
12:15			Psicomotricidad	Sala psicomotricidad
12:30	DESAYUNO	Cocina		
12:45	Psicomotricidad	Sala psicomotricidad	Simbolización	Sala psicomotricidad
13:00				
13:15	Simbolización	Sala psicomotricidad	Expresión plástica/Arteterapia	Taller
13:30				
13:45	DESPEDIDA			
14:00	Salida			

Documento para familias: Descripción de actividades en HDDIJ

Actividades grupales con el niño en horario de hospital de día

- Saludo inicial/ Desayuno/ Despedida: Espacios de relación con el grupo
- • Objetivos: Relación interpersonal, tolerancia al grupo, tolerancia frustración, rivalidad con el otro,...
- Expresión plástica/ Arteterapia:
  - o Actividades: Trabajo con mediadores plásticos: arcilla, pinturas, marquetería,...
  - o Objetivos: Fomento psicomotricidad Aina, coordinación viso motora, trabajo en equipo, fomento habilidades, proyección conAlictos.
- Logopedia: La comunicación, como medio imprescindible en la interrelación, debe fomentarse desde el trabajo de las habilidades comunicativas básicas previas.
  - o Objetivos generales: desarrollo de la comunicación como mecanismo necesario en la interrelación, bien de manera verbal o con SAC; Provocar la desmutización del lenguaje en pacientes sin intención comunicativa, fomentando habilidades de comunicación previas; estimulación del lenguaje, tonicidad muscular...
  - o Metodología: Material manipulativo que desarrolle la adquisición de vocabulario: puzles, construcciones, tarjetas, imágenes reales, etc.; material audiovisual: canciones vídeos lúdicos, cuentos, programas informáticos (juegos de atención, denominación, memoria visual, etc.); juegos de role playing; invención de historias, evocación de situaciones pasadas,...
- Psicomotricidad relacional:
  - o Actividades: Psicomotricidad relacional, juegos de roles, relajación motriz,
  - o Objetivos: Fomento psicomotricidad gruesa, coordinación general, trabajo en equipo, límites corporales, simbolización. Organización de sensaciones. Vivencias sensorio-motoras. Organización del esquema corporal.
- Musicoterapia
  - o Música como mediador de relación.
- Cognitivo (racional emotivo):
  - o Actividades: Juegos mesa/ taller videojuegos/ Tarjetas
  - o Objetivos: Secuenciación temporal, tolerancia al grupo y trabajo en equipo, tolerancia frustración, fomento habilidades, incorporación reglas, tolerancia turnos,...
- Taller ocupacional: Entrenamiento en actividades basales de la vida diaria (manejo del dinero, aseo, ...): fomento de autonomía
- Taller habilidades sociales: Trabajo mentalización
- Simbolización:
  - • Actividades: Psicoterapia juego, psicodrama, psicoterapia de grupo
  - • Objetivos: Trabajo conAlictos

Actividades individuales con el niño:

- Espacio de terapia individual al menos una vez al mes con el terapeuta de referencia.
- Tratamiento psicofarmacológico si precisa. Actividades con la familia:
- Seguimiento individual al menos trimestral
- Grupo psicoeducativo semanal de una hora de duración

Actividades con el centro educativo

- Coordinación continuada incluyendo al menos una reunión personal anual con el equipo docente del niño.

Tabla 6. Ejemplo de documento de horario de actividades que se facilita a usuario y familia.

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

ANEXO IV: CONTRATO TERAPÉUTICO PARA CADA FAMILIA

Nombre .....

Fecha de inicio .....

COMPROMISO POR PARTE DE LA FAMILIA

Nos comprometemos a:

1. A poner las medidas necesarias que faciliten acudir al Hospital de Día y avisar en la medida de lo posible de las ausencias:
   a. Acompañar a los niños a terapia de forma puntual los días previstos de 11:15 a 14:00, de manera que puedan incorporarse desde el inicio a todas las actividades programas.
   b. Participar en las reuniones previstas para la familia en formato grupal con periodicidad semanal e individual:
      i. Mantener la confidencialidad sobre la información que pueda surgir durante la celebración de los grupos en torno a los pacientes y sus familias.
2. A tratar de seguir las orientaciones del equipo terapéutico en cuanto a los cuidados que precisa el niño en el ámbito familiar.

En Alcázar a ..... de ..... de .....

Tabla 6. Contrato terapéutico para el trabajo en hospital de día.

la capacidad de contención del grupo, definiendo los requerimientos mínimos en cuanto a recursos para poder asumir este tipo de casos (monitores con los que se cuenta por ejemplo, posibilidad de monitor como "yo auxiliar" del niño); niños con bajo nivel intelectual (CI límite o retraso mental leve) y trastorno mental si tiene suficiente nivel de capacidad de elaboración mental; trastorno mental grave injertado en cuadro psicoorgánico, según su capacidad de elaboración mental.

Criterios De Exclusión

Conducta psicopática estructurada; consumo de tóxicos como primer diagnóstico o con persistencia de consumo de riesgo; conductas suicidas que no pueden ser controladas cuando el niño está fuera del dispositivo; otros trastornos que impidan la capacidad de elaboración mental.

C. DERIVACIÓN

- Protocolo de derivación : Habría que elaborar un protocolo de derivación, que en nuestro caso exige la presentación del caso en reunión de equipo; y el registro tiempo medio de espera hasta evaluación
- Origen de la derivación: La derivación de los casos se hace desde los profesionales facultativos de la USMIJ. Habría que definir el contacto mantenido con facultativo de referencia en USMIJ: frecuencia de vistas y mantenimiento del vínculo terapéutico también con vistas al alta del dispositivo.

D. ACTIVIDADES PREVIAS AL INGRESO

- Evaluación previa al ingreso desde facultativo de referencia: Se trata de que conste una orientación diagnóstica que permita discriminar posibles criterios de exclusión y una definición por parte del facultativo de referencia de los objetivos que se pretenden alcanzar con el ingreso en este dispositivo. Incluiría por tanto, como es lógica, una anamnesis y exploración psicopatológica del caso, con una aproximación a la evaluación estructural y la emisión de un diagnóstico diferencial médico (en coordinación con pediatría y neuropediatría) y psiquiátrico, incluyendo la estimación del Cociente Intelectual que tuviera el paciente.
- Actividades terapéuticas previas al ingreso: Habría que considerar la puesta en marcha de posibles actividades previas al ingreso en hospital de día como la incorporación parcial al dispositivo que permita una mejor evaluación del caso, la necesidad de un trabajo vincular previo a la incorporación a grupo con monitor de referencia, especialmente en niños más pequeños.
- Acogida: Se trata de una entrevista o entrevistas de acogica con el niño y la familia en que se haga una presentación del funcionamiento del hospital de día y contrato terapéutico (ejemplo de contrato terapéutico en tabla 7): esta medida puede evitar altas por abandono precoces en relación con derivaciones inadecuadas y expectativas erróneas de las familias.

*E. EVALUACIÓN AL INGRESO**

A partir de la evaluación y orientación diagnóstica del facultativo de referencia se orienta la evaluación al

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

Objetivos terapéuticos de programa Trastornos del Espectro autista (TEA)

- Establecimiento de relación privilegiada con monitor que posibilita: • Experiencias de satisfacción
  - Experiencias de frustración asimilables
  - Experiencias emocionales compartidas
  - Sensaciones corporales placenteras e integradoras.
  - Contención de ansiedades.
  - Dar un sentido a los elementos psíquicos intolerables.
- Posibilitaría los objetivos del trabajo:
  - Aparición de interés por el mundo circundante (deseo).
  - Organización de representaciones internas, mentales.
  - Desarrollo de la empatía (teoría de la mente).
  - Diferenciación paulatina: interior-exterior, yo-no yo, yo-el otro.
- Mecanismos de actuación:
  - El tipo de relación privilegiada favorece:
    - Disminución de defensas rígidas: Defensas frente a vivencias depresivas (psicóticas) (repliegue autista, pobreza y simplificación del mundo interno y externo); Defensas frente a angustias persecutorias y sentimientos de agresión (bloqueo de la identificación, introyección; predominio de mecanismos proyectivos); Evitación de la representación y el pensamiento.
    - Función de continente en relación a sentimientos de fragmentación, despedazamiento y dando un sentido a elementos psíquicos intolerables.
  - Favorecimiento de proceso simbiótico y posterior individuación.
- Todo ello posibilitando el trabajo cognitivo y de adquisición de habilidades...

Tabla 7. Objetivos del programa de Trastorno de Espectro Autista

ingreso del niño y su entorno en hospital de día, lo que servirá de punto de partida para evaluar posteriormente el plan de trabajo del niño y la monitorización de la evolución en el dispositivo.

• CUESTIONARIO EPIDEMIOLÓGICO: Se rellena en todos los casos un

cuestionario epidemiológico que facilite la extracción de estos datos posteriormente para su explotación (variables psicosociales, con periodicidad anual).

• EVALUACIÓN CLÍNICA Y PSICOPATOLÓGICA[1]: Se completa y amplía respecto a la previamente realizada por el facultativo de referencia. Habría de incluir e los siguientes apartados:

- o Anamnesis y exploración psicopatológica, valorando la necesidad de otras o pruebas médicas complementarias en coordinación con pediatría y neuropediatría. Se puede hacer uso, en su caso, para el apoyo diagnóstico y también como posibles indicadores de funcionamiento, de instrumentos diagnósticos de evaluación de los síntomas de T.E.A. que pueden resultar de utilidad: ADOS-2 (Lord, 2015); ADI-R (Rutter, 2011); CARS (Schopler, 1988).
- o Evaluación estructural: Pueden resultar de utilidad el uso de Test Proyectivos: Gráficos, CAT/TAT, Desiderativo[2].
- o Evaluación del patrón de apego. (Existen propuestas de estructuración de la evaluación del patrón de apego en poblaciones determinadas, (Villero, 2015)).

• EVALUACIÓN DE LAS CAPACIDADES ADAPTATIVAS Y DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL

- o Evaluación de las capacidades adaptativas (Vineland, Sparrow, 2005) y
  Escala de Evaluación de funcionamiento global (EEFG-CGAS niños).
  Se trata de escalas de fácil acceso y aplicación y que se han utilizado ampliamente en estudios de investigación como indicadores de evolución clínica.
- o Evaluación del funcionamiento familiar: PAC, ESCALA DE ESTILOS PARENTALES,... (Sería interesante utilizar estas u otras escalas

[1] En la actualidad desde la unidad se está llevando a cabo un proyecto de investigación para elaborar algoritmos de evaluación racionales al ingreso y en la monitorización del niño. Se darán unas pinceladas acerca de este proyecto al final del trabajo.

[2] Este sería otro objetivo de investigación propuesto a partir del actual proyecto, la estandarización de la evaluación de posibles funciones estructurales a partir de test proyectivos.

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

similares también para planificar la intervención con las familias, sea esta terapéutica o meramente psicoeducativa).

• EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA[1]

La idea sería poder elaborar algoritmos de evaluación basados en los datos recogidos a partir de diferentes investigaciones que permitan la racionalización (guiada por la clínica, edad del niño, presencia o no de lenguaje,...) del uso de estas pruebas neuropsicológicas, de manera que sus resultados sean de utilidad y apoyados en las observaciones clínicas y no constituyan un mero trámite administrativo de difícil interpretación. Se trataría de poder evaluar funciones, no realizar diagnósticos a través de ellas, lo que nos puede permitir a posteriori definir objetivos de intervención y posibles indicadores de evolución. Evaluación de la capacidad intelectual:

• Inventario de desarrollo Battelle (Newborg, 2009)
• Escalas Weschler
• Escala Leiter R (Leiter, 1997)
  o Evaluación de comunicación y lenguaje: Escala de Vocabulario por imágenes (PEABODY) (Dunn, 2010)
  o Percepción: Bender (Bender, 1984)
  o Cognición social, mentalización: NEPSY II (Korkman, 2013) o Funciones ejecutivas: NEPSY II

Con toda esta información habremos de proponer un DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL del caso según CIE 10.

F. ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL ALTA

En un dispositivo marcado por un enfoque psicoterapéutico y que se considera un espacio de relación, la definición del alta, el análisis de las mismas y la preparación de la despedida anticipando el duelo y proveyendo de una continuidad de tratamiento externo garantizada se hacen imprescindibles.

• Análisis de altas
• Preparación para el alta

5. ACTIVIDADES

A. ACTIVIDADES ASISTENCIALES

A.1. Objetivos terapéuticos

Se trataría de definir objetivos terapéuticos en cada caso que posteriormente nos sirvan de apoyo para la monitorización del funcionamiento en hospital de día.

a. Objetivos terapéuticos generales:
  o TRABAJO CON EL NIÑO: Cambio emocional y cognitivo, adaptación a la realidad, competencias relacionales
  o TRABAJO CON LA FAMILIA: Contención ansiedades, psicoeducación y orientación en disfunciones observadas.
  o TRABAJO CON EL MEDIO ESCOLAR Y SOCIAL: Favorecer la integración del niño, trabajo con factores disfuncionales, contención de ansiedades.

b. Objetivos terapéuticos de grupo:
  o Fase 1: • Vinculación, experiencias relacionales placenteras, comprensión de angustias
  o Fase 2: • Diferenciación, deseos, interacción social y simbolización (mediadores, lenguaje)
  o Fase 3: • Socialización (tercero), resolución de conflictos (normas), organización psíquica (identificaciones, diferenciación generacional y sexual, identidad, proceso secundario, mecanismos de defensa evolucionados, autonomía).

c. Objetivos terapéuticos de programa: TEA, T Personalidad borderline, TCA,... (Ejemplo de definición deobjetivos de programa en tabla 8).

d. Objetivos terapéuticos individuales: Descripción fenomenológica (Fc Gordon,...) y estructural.

A.2. Intervenciones o Actividades terapéuticas

Definimos así mismo las posibles actividades o actuaciones terapéuticas para conseguir los objetivos previamente diseñados.

a. Con niños (Descripción en tabla 8):
• Actividades de grupo:
- Actividades que favorezcan la relación con el grupo y la estructuración de tiempos y espacios: Saludo y despedida con todo el grupo.
- Actividades de trabajo desde lo corporal a lo simbólico: psicomotricidad relacional (relajación, juegos...) y musicoterapia.
- Actividades cognitivas de favorecimiento de secuenciación temporoespacial, mentalización, capacitación habilidades vida cotidiana y terapia ocupacional, habilidades sociales. Dentro de este espacio se incluiría al maestro pedagogo.
- Actividades psicoterapéuticas de encuadre menos dirigido que favorezcan la producción de material

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

PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRABAJO DE CADA AÑO:
Fecha de elaboración del plan y profesional
Facultativo de referencia en USMU y HDDIJ

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DEL NIÑO
Nombre
Fecha de nacimiento
Curso y centro educativo
Población

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA
Estructura familiar propia (incluyendo ocupación de los padres y enfermedades principales): árbol y breve descripción de la dinámica.
Factores de riesgo biológicos
Perinatales
Patologías médico-quirúrgicas de interés
Tratamientos
Factores de riesgo para patología vincular:
Deprivación materna
Retrasos en desarrollo psicoevolutivo
Estresores vitales
Motivo de consulta y clínica actual

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, FECHA Y HALLAZGOS:
Médicas:
Analíticas
Pruebas de imagen
Psicológicas:
Escalas y entrevistas diagnósticas
Proyectivos
TAT/CAT
Gráficos
Desiderativo
Neuropsicológicas
Inteligencia
Lenguaje
Percepción
Cognición social
Escalas adaptativas (Vineland)

FORMULACIÓN DEL CASO
1. Listado de problemas (aproximación fenomenológica) según fases funcionales de Gordon
- Patrón 1: Percepción de la salud.
- Patrón 2: Nutricional-Matabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad-Ejercicio.
- Patrón 5: Sueño-Descanso.
- Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto.
- Patrón 8: Rol-Relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad-Reproducción.
- Patrón 10: Tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores-Creencias.

2. Evaluación del estado mental (Manzano y Palacio):
a. Impresión general
b. Relación de objeto y concepción del self
c. Funciones del yo
i. Autónomas: Inteligencia, lenguaje, motrocidad
ii. Test de realidad
iii. Mecanismos de defensa
d. Afectos
e. Pulsiones (vida fantasmática):
i. Libidinales, agresivas,...
f. Superyo (idea del yo y yo ideal).

3. Evaluación del patrón de apego.

4. Aproximación diagnóstica (CTFMEA, CIE 10)
a. Diagnóstico multiaxial
i. Nivel de funcionamiento (CGAS, Vineland)

5. Fortalezas y habilidades del niño.

ACTUACIÓNES EN HOSPITAL DE DÍA
Fecha de incorporación
Horario de actividades
Grupo
Monitor
Programa específico
Adherencia al seguimeinto
Alta

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y ACTUACIONES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS CON EL NIÑO
Objetivos trimestrales:
Sintomáticos: en función de factores de Gordon y nivel de funcionamiento.
Cambio psíquico: En función del diagnóstico estructural.

Objeticos anuales:
Sintomáticos: en función de factores de Gordon y nivel de funcionamiento.
Cambio psíquico: En función del diagnóstico estructural.

Objetivos para alta del dispositivo
Sintomáticos: en función de factores de Gordon y nivel de funcionamiento.
Cambio psíquico: En función del diagnóstico estructural.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS CON LA FAMILIA
Intervención:
Actividades-Objetivos generales

OBJETIVOS CON EL COLEGIO

OBJETIVOS EN LA COMUNIDAD

Tabla 8. Plan individualizado de trabajo en el Hospital de día Infanto Juvenil

del mundo fantasmático del niño, la aparición de posibles conflictos de rivalidad, la tolerancia a la no omnipotencia, ...

- Se pueden plantear a modo de talleres (de "arteterapia" mediante el uso de materiales básicos y moldeables que faciliten la proyección de conflictos; de juegos: videoconsola, juguetes sugeridos con favorecimiento de roles, construcciones...; escritura de cuentos,...)
- Actividades de psicoterapia donde se privilegia lo simbólico, lo verbal y se trabajan a nivel más profundo conflictos...: Psicoterapia juego, psicodrama, psicoterapia grupal...
- Actividades individuales:
- Espacio de terapia individual con el terapeuta de referencia. Habría que definir en cada caso el beneficio y la modalidad de posible intervención individual paralela a la grupal en hospital de día, valorando la idoneidad de la elección del terapeuta para esta intervención.
- Tratamiento psicofarmacológico si precisa.

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

b. Con familias:

- Grupo de orientación y atención de padres semanal.
- Objetivos: Contención de angustias, desesperanzas de los padres en relación a la situación del hijo; elaboración de duelo por la pérdida del hijo ideal; elaboración de ambivalencias con respecto al niño; contención de proyecciones sobre el niño; comprensión de la situación emocional del niño; facilitación de la individuación.
- • Intervenciones familiares individuales.

B. ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN INTERNA Y ORGANIZACIÓN

Es fundamental este epígrafe partiendo de un modelo de terapia institucional.

- Reunión de equipo semanal de coordinación durante dos horas, que permite: Valorar ingresos y altas; elaboración de plan individualizado de trabajo en base a evaluación conjunta de cada caso; elaboración de objetivos; programación de actividades; revisión mensual de objetivos; elaboración de informes anuales de cada niño; valoración de los cuestionario de satisfacción para niños y familiares.
- Supervisión casos: que permita la revisión de dificultades y el abordaje de posibles situaciones de crisis, siendo de interés la posibilidad de supervisión externa.
- Supervisión dinámicas grupales institucionales, bien definidas por autores como Y alom.

C. ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN EXTERNA

• Con otros servicios sanitarios

• Coordinación y articulación en cada caso con los profesionales de

educación. Objetivos de: Comprensión emocional del niño/adolescente, contención de la ansiedad generada, búsqueda de soluciones más idóneas para favorecer la integración, soporte y orientación.

• Coordinación con dispositivos de bienestar social A. 4. Coordinación con Justicia y Menores. Habría que definir los posibles canales de comunicación con estas instituciones, tarea que en algunas comunidades se ha impulsado a través de documentos consensuados desde las consejerías correspondientes.

D. ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA Y SUPERVISIÓN EXTERNA

Participación a través de la presentación y revisión de casos en las sesiones clínicas de USMIJ y generales así como en las actividades de formación continuada de formación grupal. Formación a MIR y estudiantes de psicología en prácticas. Es de especial interés la participación en actividades de supervisión externa.

E. ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

F. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Este tipo de actividades, cada vez más tenidas en cuenta desde los planes de salud, se hace eco de la nueva modalidad de relación entre el profesional y el usuario. Se trataría de actividades de promoción de la salud en la comunidad y de asesoramiento a las asociaciones de familiares.

6. PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRABAJO EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL. (Se presenta en epígrafe a continuación.)

7. MONITORIZACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL(En epígrafe aparte.)

8. DOCUMENTOS ANEXOS

Según este esquema, habrían de incluirse en la guía de funcionamiento del hospital de día infanto juvenil posibles documentos anexos de interés como: Cuestionario epidemiológico; Cuestionario de satisfacción; Consentimientos informados de grabación y de coordinación con otros dispositivos; Contrato terapéutico Cuadernillo de pruebas complementarias y Otros.

ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRABAJO EN HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL CON CADA NIÑO.

Tras la evaluación completa inicial y a partir del trabajo en equipo, con una finalidad tanto pragmática, de facilitar el acceso a información clínica y epidemiológica de interés de forma rápida, como a un nivel evaluativo del equipo, se elaboraría un plan individualizado de cada niño donde se recojan datos sociodemográficos: resumen de historia clínica y de pruebas complementarias con fecha y hallazgos fundamentales y se haga una formulación del caso, para lo que proponemos una aproximación fenomenológica, haciendo uso de escalas del tipo factores de Gordon u otras similares, y también una aproximación

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

estructural a través por ejemplo de la evaluación del estado mental propuesta por Manzano y Palacio. Consideramos de interés para la formulación la recogida del patrón de apego, la realización de una aproximacón diagnóstica multiaxial que incluya la valoración objetiva del funcionamiento clogal del niño así como la consideración de las fortalezas y habilidades de este. Con todo ello se elabora un plan de intervención proponiendo las posibles actuaciones en hospital de día, definiendo todos loas aspectos posibles así como el planteamiento de objetivos terapéuticos tanto trimestrales como anuales y la definición del posible alta del niño. (Ver tabla 9).

MONITORIZACIÓN: EVALUACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL

Una vez propuesto el esquema de una guía de funcionamiento de hospital de día y tras el posible diseño de los que sería un plan individualizado de trabajo en este dispositivo, estaríamos en disposición de discutir propuestas de posibles criterios de calidad para el recurso, como sería la definición del grado de cumplimiento de objetivos marcados en el plan individualizado de trabajo. Algunas comunidades, como el País Vasco, han avanzado en esta línea proponiendo indicadores clínicos que han sido incluídos en planes asistenciales institucionales.

Monotorización: Evaluación del HDDIJ		
EVALUACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS DISPOSITIVOS		
ESTRUCTURA	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Accesibilidad Recursos materiales y humanos Calidad de sistemas de registro Protocolos o guía de funcionamiento HDDIJ Plan individualizado de trabajo Definición de objetivos Diagnóstico multiaxial Facultativo de referencia Evaluación (pruebas complementarias) Coordinación Registro actividades coordinación Tiempo de espera medio	Cobertura (pacientes nuevos o reinicio) Cumplimiento Satisfacción (Encuesta)	Indicadores estadísticos Estándares asistenciales cuantificables epidemiológicos y administrativos: eficacia, eficiencia, efectividad Indicadores clínicos de evolución
INDICADORES GENERALES PROPUESTOS EN LOS PLANES DE SALUD		
CUANTITATIVOS		CUALITATIVOS
INDICADORES DE ACTIVIDAD Número total de pacientes por unidad de tiempo; No total de contactos; No de pacientes por diagnóstico; No de altas por causas de alta; No personas ingresadas por trastorno mental; No intervenciones en la comunidad y actividades de educación para la salud.		Número total de pacientes por unidad de tiempo; No total de contactos; No de pacientes por diagnóstico; No de altas por causas de alta; No personas ingresadas por trastorno mental; No intervenciones en la comunidad y actividades de educación para la salud. INDICADORES BASADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS Grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan de intervención terapéutico
INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO Tiempo de espera antes del primer contacto; No abandonos por diagnóstico; No retornos por diagnóstico; No pacientes con contactos ininterrumpidos por períodos, No Altas por motivos; procedencia, tipos de derivación (evaluación, seguimiento); profesional responsable		INDICADORES DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA Accesibilidad y disponibilidad; expectativas de los usuarios
		INDICADORES BASADOS EN LA CALIDAD DE VIDA
		OTROS INDICADORES CLÍNICOS: Estructurales Neuropsicológicos

Tabla 9. Monitorización del HDDIJ: Indicadores clínicos

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

Se trataría de hacer una propuesta a nivel estatal a partir del trabajo en red de este tipo de dispositivos de terapia institucional.

• Definición de criterios de calidad

Siguiendo las directrices institucionales consideramos de interés, además de los criterios de calidad cuantitativos ya recogidos al comienzo del trabajo, los siguientes criterios de calidad: a) La elaboración de una guía de funcionamiento interno del HDDIJ, siguiendo un esquema estructural más o menos estandarizado y definiendo losobjetivos terapéuticos del dispositivo (generales, de programa, individuales); b) La inclusión en los sistemas de registro de la siguiente información mínima: Facultativo de referencia del caso, el diagnóstico multiaxial, la elaboración de un plan individualizado de trabajo, las pruebas complementarias solicitadas según criterio clínico; c) Criterios de funcionamiento del dispositivo incluyendo como mínimo un cuestionario de satisfacción de usuarios y familiares; d) La participación en actividades de educación para la salud; e) Criterios de calidad de resultado: serían, los indicadores de evolución clínicos.

• Definición de indicadores de evolución

Como decíamos, se hace necesaria la propuesta de indicadores clínicos cualitativos que estadísticamente puedan ser operativizados para la monitorización de la intervención en el hospital de día infanto juvenil. La definición de los mismos requiere en un segundo tiempo la evaluación estandarizada al comienzo de la intervención y posteriormente al menos anualmente de la misma, guiados entre otros.

Así, de la evaluación clínica en los TEA podríamos extraer posibles indicadores a través del uso de escalas ampliamente validadas del tipo ADIR y ADOS, cuyo valor no solo diagnóstico sino también de seguimiento está siendo estudiado en la actualidad. Igualmente sería interesante la consideración de la posible utilidad de las puntuaciones obtenidas en el juego imaginativo o la simbolización para la posible categorización de subgrupos clínicos, idea aún no desarrollada. Consideramos igualmente de interés para el diseño de indicadores clínicos la información recogida en los test proyectivos y que específicamente vienen a reforzar un posible diagnóstico estructural y que podríamos tratar de sistematizar en ítems estandarizables como el grado de organización/desorganización mental; el uso de mecanismos de defensa incongruente con el estado evolutivo o el fracaso de las mismas; el grado de simbolización o las identificaciones, todo ello referido al momento evolutivo del niño (nos remitimos para ello a trabajos como la evaluación del estado mental de Manzano o trabajos previos de autores que se citarán en el último epígrafe).

De la evaluación neuropsicológica del niño podemos proponer índices de funcionamiento en áreas como: las funciones ejecutivas (planificación, flexibilidad cognitiva, secuenciación, recompensa); la atención; las habilidades lingüísticas; la percepción; la cognición social; o la inteligencia.

Otros posibles indicadores clínicos de fácil aplicación y de amplio uso en estudios de eficacia en psicoterapia serían la evaluación de las funciones adaptativas (mediante escalas como la Vineland, o el ABAS, por ejemplo) o de la calidad de vida (Escala de evaluación de funcionamiento global para niños) y la elaboración de escalas de evaluación del funcionamiento familiar (escalas de evaluación de los estilos parentales,...).

De esta manera podríamos incluir estas propuestas de verdadera evaluación clínica en los planes institucionales de salud (ver tabla 9).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL NIÑO CON TEA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL.

En la actualidad en el Hospital General la Mancha Centro, en coordinación con la Unidad de Investigación y Desarrollo y la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla a través de un trabajo de final de máster, se está llevando a cabo un proyecto de investigación para evaluar neuropsicológicamente a los niños y adolescentes con diagnósticos de Trastorno del Espectro Autista del Hospital de Día Infanto Juvenil. En este trabajo el objetivo principal es definir posibles algoritmos de evaluación de diferentes aspectos de funcionamiento en esta población y secundariamente poder definir posibles subgrupos clínicos entre los diagnósticos de TEA. Para ello se pasa una batería de test neuropsicológicos ampliamente validados en investigación y clínica y se comparan los resultados entre los índices de funciones concretas medidos por diferentes test de evaluación para racionalizar el uso de los mismos. Así, por ejemplo, se compararían los resultados de cociente de inteligencia y desarrollo obtenidos mediante Escalas Weschler (WISC-IV, WPPSI-III, WAIS-III, (Wechler, 1997, 2005, 2006)),

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

Leiter-Revisada, Inventario de Desarrollo de Battelle, o los resultados diagnósticos obtenidos mediante la aplicación de las entrevistas ADOS-2 , ADI-R , CARS. Incorporamos como novedad, la evaluación con la escala NEPSY II, recientemente validada en población española y que pensamos puede aportar aspectos evaluativos de interés, por ejemplo en funciones como la mentalización y mejorar la evaluación de funciones ejecutivas.

Se trata de un estudio observacional longitudinal, llevado a cabo entre septiembre de 2015 y junio 2016, evaluando a los pacientes desde el inicio del tratamiento en hospital de día y anualmente. Se incluyen todos los sujetos que en la actualidad están en el

Hospital de Día de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ) del área La Mancha Centro, con diagnósticos de TEA, o, en menores de tres años, con un diagnostico de sospecha de TEA. Tenemos en cuenta la correspondencia diagnóstica de este epígrafe diagnóstico con las entidades recogidas en la CFTMNA. De esta manera, se van a recoger variables clínicas como la evaluación diagnóstica TEA del niño- adolescente, el diagnóstico clínico en Salud Mental. También se recogen variables neuropsicológicas a través de la aplicación de los test escogidos: a) Funcionamiento intelectual (Cociente intelectual/ Cociente de desarrollo); 2) Habilidades adaptativas; 3) Habilidades lingüísticas; 4) Funciones ejecutivas; 5) Capacidad de mentalización y empatía.

Las escalas que se van a utilizar son las siguientes: 1) Evaluación de los síntomas de TEA: Utilizamos las entrevistas ADOS-2; ADI-R; y CARS; 2) Evaluación De La Comunicación Y El Lenguaje: ADOS-2; CARS; Escala de Vocabulario por imágenes (PEABODY); 3) Evaluación De Las Capacidades Adaptativas: Escala de Conducta Adaptativa de Vineland; 4) Calidad De Vida: Escala de evaluación del funcionamiento global C-GAS adaptada a niños (EEFG: Shaffer 1983); 5) Otras Pruebas De Evaluación Neuropsicológica: Evaluación de la función guestáltica integradora (Escala BENDER); 5) NEPSY-II: Se trata de una escala validada en población española sana y con diferentes cuadros clínicos desde los 3 a los 16 años. Permite una evaluación cognitiva específica y a medida del niño a partir de 6 dominios cognitivos: Diferentes patrones de ejecución neuropsicológica; Funcionamiento ejecutivo; Lenguaje; Memoria; Aprendizaje ; Funcionamiento sensorio motor; Percepción/ cognición social; Procesamiento viso espacial.

Tras el análisis de resultados mediante el paquete estadístico correspondiente, esperamos que el estudio nos permita, en un primer momento, la elaboración de posibles algoritmos de evaluación neuropsicológica racionales e individualizados según entidad clínica y características del niño. En un segundo momento, la definición de posibles indicadores de evolución cuantificables para la evolución del tratamiento en el recurso de hospital de día, y el diseño de estudios de eficacia del recurso. Desde el punto de vista clínico sería interesante, igualmente la posible definición de subgrupos clínicos dentro del espectro autista, no bien categorizados en los sistemas clasificatorios validados institucionalmente.

INTENTOS DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN A TRAVÉS DE LOS PROYECTIVOS

Como hemos mencionado en varias ocasiones a lo largo de este trabajo, dada la naturaleza del propio dispositivo de hospital de día, como eminentemente psicoterapéutico, más allá del trabajo con “marcadores” fenomenológicos, sería interesante poder incluir, a partir de la amplia experiencia clínica de estos dispositivos, la evaluación estructural y el diagnóstico por tanto también estructural del niño. De esta forma, en el diseño de los objetivos terapéuticos, vamos más allá del mero alivio sintomático y proponemos una transformación estructural. Así, no siempre la evolución de los síntomas según se recogen en escalas fenomenológicas va pareja con las observaciones que se extraen de los test proyectivos, que en cambio son mejor reflejo del funcionamiento psíquico del niño. De ahí que nos parezca de especial interés la propuesta de una sistematización en la evaluación estructural del niño a partir de las observaciones que nos ofrecen los test proyectivos y la hora de juego. Para ello partimos de la experiencia en psicodiagnóstico de autores como Siquier de Ocampo o Ávila Espada, pero también y muy especialmente, los intentos de varios autores por sistematizar la evaluación de test proyectivos. Es el caso de los trabajos de Bellack y Bellack, de Sara Barlingotz y en particular de Mary R Haworth con el CAT. Esta última autora propone la recogida sistemática de información en diferentes áreas: desorganización/organización; simbolización, mecanismos de defensa e identificación; que traduce a puntuaciones cuantitativas definiendo posibles puntos de corte para psicoticismo.

Esta propuesta podría servir de base para la recogida de información más o menos estandarizada de otros

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

Posible sistematización desde la evaluación global de test proyectivos gráficos

EVALUACIÓN DE TEST PROYECTIVOS: GRÁFICOS
(Siquier Ocampo; Belloch; Ávila Espada; Suárez)

Codificar:

0=Sin alteraciones observables

1= Alteraciones leves

2= Alteraciones moderadas

3= Alteraciones graves

4= No valorable

FASE DEL DESARROLLO EVOLUTIVO

a. Fase del desarrollo:
   i. Garabato: Desordenado, ordenado
      1. Adquisición de coordinación ojo-mano
   ii. Realismo infantil: (Simbolización)
      1. Malogrado
      2. Intelectual
      3. Visual
b. Desarrollo del dibujo armónico a su edad

EXPRESIÓN GRÁFICA

c. Plano de las estructuras formales
   i. Emplazamiento
      1. Emplazado
      2. Desplazado en ejes: Supero-izqdo; Supero-dcha;Infero-izqdo; Infero-dcha.
   ii. Tamaño
      1. Ajustado
      2. Desajustado: Pequeño, Grande
   iii. Tipo de trazo
      1. Amplitud: larga/corta
      2. Formas: rectas/curvas/dentadas/quebradas
      3. Tachones o borrones
      4. Sombreado
      5. Reforzamiento
      6. Ritmo del trazo
         a. Tendencia a la repetición
   iv. Color:monocromía/policromía
   v. Movimiento y tensión
      1. Flexible y armónico (sensorial)
      2. Inflexible y rígido (racional)

1

   vi. Exactitud/Detalles
      1. Adecuados a desarrollo evolutivo
      2. Pobres o excesivos
      3. Omisiones, distorsiones, adiciones y énfasis (completar con indicadores emocionales al final)
   vii. Proporciones
      1. Adecuadas
      2. Inadecuadas
   viii. Perspectiva
      1. Habitual: Frontal
      2. Extraña: aérea, distorsionada, varias perspectivas coexistentes"
d. Plano del contenido
   i. Narración: sucesiva, espinal, simbólica
      1. Coherente a la edad y desarrollo evolutivo
   ii. Secuencia
   iii. Síntesis
   iv. Impresión subjetiva
e. Forma /Gestalt
   i. Conservada
   ii. Distorsionada"
f. Grado de integración/Coherencia
   i. Integridad conservada
   ii. Desintegrado/splitting"

MECANISMOS DE DEFENSA PREDOMINANTES (Poner ejemplo)

g. Esquizoides:
   i. Disociación/escisión
   ii. Idealización
   iii. Negación
   iv. Control omnipotente
   v. Identificación proyectiva (inducitiva/psicopática)
h. Maníacas:
   i. Idealización maníaca
i. Obsesivas:
   i. Formación reactiva
   ii. Aislamiento
   iii. Anulación
j. Neuróticas
   i. Inhibición/restricción del yo
   ii. Desplazamiento
   iii. Represión
   iv. Regresión
   v. Sublimación

2

Tabla 10. Posible sistematización de la evaluación de los test proyectivos

test de gran interés como el desiderativo o los gráficos. En la evaluación de estos últimos contamos con manuales específicos: Test figura humana (Amover); Pareja (Bernstein); Copia carbónica (Rosenberg); Persona bajo la lluvia (Abramson); 8 hojas (Caligor; Familia (Corman); Árbol (Koch); HTP (Buck); Animal (Schwartz); concepto más desagradable (Harrower); Kinético de la Familia (Burns y Kaufman); Pareja en interacción (Juri). Pero pensamos que podría ser de interés la propuesta de una recogida de ítems mínimos generales en relación con los gráficos que permita una más fácil interpretación de los mismos que no excluya por supuesto la experiencia en la administración e interpretación de los test de los profesionales de la Salud Mental. Presentamos un primer borrador de lo que podría ser también un trabajo en red de reflexión y diseño de la evaluación estructural en gráficos (Tabla 10).

En cuanto a la hora de juego nos remitimos al excelente trabajo de Paulina Kernberg en la evaluación del niño borderline.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcamí Pertejo, M. (2002) Eficacia del hospital de día psiquiátrico infantil. [Tesis Doctoral].

Clasificación francesa de trastornos mentales del niño y del adolescente, (CFTMEA R - 2000). Classification Francaise des Troubles Mentaux De l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R2000). Versión castellana de la AFAPSAM. (2004). Buenos Aires: Editorial Polemos.

Díaz-Sibaja, M.A., Trujillo, A. y Peris-Mencheta, L. (2007). Hospital de día infanto - juvenil: programas de tratamiento. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente 7 (1): 80-99.

Greenspan, S.I y Wieder, S. (2008): Comprender el autismo. Barcelona : RBA Libros. Jiménez Pascual, AM. (2011).Descripción y análisis exploratorio de dos modelos de atención de los Trastornos de Espectro Autista en los niños y adolescentes en edad escolar del Área Mancha Centro. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 31, 4.

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

Korkman, U. Kirk y S. Kemp. (2013). NEPSY-II. Ed. PEARSON.

Dunn LlM, Dunn LM, Arribas D. (2010). Peabody: Test de vocabulario en imágenes. PPVT-III: . 2a edición. Madrid: TEA Ediciones.

Kotsopoulos, S., Walker, S. y Beggs, K. (1996). A clinical and academic outcome study of children attending a day treatment program. Canadian Journal of Psychiatry, 41(6):371-8.

Bardón C. (2005). Los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia. Revista L'Interrogant, no 6. Fundació Nou Barris.

Leiter-Revisada. (1997). Madrid: SYMTÉC.

Lord, M Rutter et al. (2015). ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2. Ediciones TEA.

Newborg J. et al. (2009). BATTELLE. Inventario de Desarrollo. Madrid: TEA Ediciones.

Pedreira, J.L. (2001). Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente,2(1): 68-92.

Rutter M., Le Couteur A. y Lord C. (2011). ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo Revisada. 2a edición. Madrid: TEA ediciones.

Schopler et al. (1988). CARS. La Escala de Evaluación del Autismo Infantil.

Sistema Sanitario Público de Andalucía (2010). Programa de atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia. Programa de salud mental. Dirección general de asistencia sanitaria. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Sparrow S., Ciccheti D. Balla D. (2005). Vineland-II. Vineland adaptive behavior scales. 2a edición. USA: Pearson.

Bender L. (1984). El test guestáltico visomotor. Buenos Aires: Ediciones Paidos. Villero Luque, S. Y Rodríguez Pereira, C. (2015). Evaluación del apego en la edad escolar: Aproximación teórica a la relación entre las experiencias de privación materna y la constitución de un patrón de apego inseguro y análisis desde la clínica de una serie

de casos. Clínica e Investigación Relacional , 9 (1): 231 - 270.

Wechsler D. (2005). Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV). Madrid: TEA Ediciones.

Wechsler D. (2006). WPPSI- III: Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria.III. 7 ed. Madrid: TEA Ediciones.

Wechsler D. (1997). WAIS-III. Escala intelectual de Wechler para adultos. Madrid: TEA Ediciones.

World Health Organization (WHO). (1993). The ICD – 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.

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

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS BASADAS EN LA TEORÍA DE LA MENTALIZACIÓN EN GRUPOS DE ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS EN EL CONTEXTO DE HOSPITAL DE DÍA*

THERAPEUTIC TECHNIQUES BASED ON THE MENTALIZATION THEORY IN GROUPS OF TEENS AND THEIR FAMILIES IN THE CONTEXT OF DAY HOSPITAL *

Paula Laita de Roda**

RESUMEN

En el presente trabajo, se presenta un breve resumen de algunas de las bases teóricas de la Teoría de la Mentalización, en relación con su aplicación clínica en el contexto terapéutico del Hospital de Día de Adolescentes de orientación psicodinámica, una reflexión acerca de la relación entre los factores terapéuticos de este formato de terapia intensiva, y el favorecimiento de una mentalización mejor y más integrada en los pacientes y sus familias, que se puede observar durante el tratamiento. Además, se expone una experiencia de grupo psicoeducativo con las familias de los pacientes, inspirado en la Terapia Basada en la Mentalización para Adolescentes, como ejemplo de la aplicabilidad de este modelo en este tipo de dispositivos. El marco que proporciona la teoría de la mentalización puede ser útil para estructurar y optimizar las estrategias psicoterapéuticas del Hospital de Día - Centro Educativo Terapéutico.

Palabras clave: Hospital de Día, Mentalización, apego, grupo psicoeducativo.

ABSTRACT

In this paper, a brief summary about some of the Theory of Mentalization's fundaments is presented, in relation to its application in a psychodynamic Adolescents' Day Hospital setting. It is a reflection about the possible relationship between the therapeutic factors of this kind of intensive therapy and the improvement in the capacity to mentalize, in a more integrated way, that is generally observed in patients and their families during treatment. I present a pilot experience of a psychoeducation group with families, inspired in Mentalization-Based Therapy for Adolescents, as an example of the applicability of this model to this type of therapeutic settings. The theoretical frame of Mentalization can be useful to optimize and give structure to the psychotherapeutic strategies at a Day Hospital.

Key Words: Day Hospital, Mentalization, Attachment, Psychoeducation group.

* Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Psiquiatra. Hospital de Día – CET "Pradera de San Isidro" E-mail: paulalaita@yahoo.com

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

INTRODUCCIÓN. EL HOSPITAL DE DÍA – CET.

El Hospital de Día – Centro Educativo Terapéutico de "Pradera de San Isidro" está constituido desde su creación hace más de 15 años según el modelo psicodinámico de comunidad terapéutica. El recurso dispone de 20 plazas para adolescentes, a tiempo completo. El perfil de pacientes admitidos en el dispositivo abarca diagnósticos diversos, desde trastornos psicóticos, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos afectivos y de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y del comportamiento, trastornos de la personalidad, etc. Prácticamente todos los tratamientos se planifican a tiempo completo (6 horas diarias, 5 días a la semana, todos los días laborables del año), siendo excepcionales los tratamientos a tiempo parcial, fuera de los periodos de adaptación de los nuevos pacientes, o los procesos de adaptación progresiva a sus centros escolares durante la fase alta clínica. El Hospital de Día cuneta con una unidad de atención a niños de 6 a 12 años, que funciona de modo similar.

Este centro atiende la población adolescente de dos áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid, la 7 y la 11, una población de 1.250.000 personas aproximadamente, se reciben una media de 70 derivaciones anuales, y entre 20 y 25 altas al año en cada unidad. La ocupación suele ser completa ya que la lista de espera de ingreso es siempre alta.

El equipo terapéutico de la Unidad de Adolescentes está formado por 2 psicólogos, un terapeuta ocupacional, un educador, una enfermera y una psiquiatra. El Hospital de Día es Centro Educativo Terapéutico, y por tanto cuenta también con un equipo docente, dependiente de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, que consta de una coordinadora, 5 profesores y una trabajadora social.

El esquema de tratamiento no difiere del de otros Centros Educativo Terapéuticos. El horario de asistencia es de 9 a 15 h. De este tiempo, 2 horas diarias se dedican a docencia, en grupos de 4-5 alumnos, y el resto del día se dedica a las tareas terapéuticas: 2 grupos de terapia en grupo reducido (grupo psicodinámico, relajación, expresión corporal, terapia deportiva, habilidades sociales, debate de prensa, grupo de chicos y chicas, terapia expresiva), grupo comunitario, recreo y comida. También se intercalan regularmente actividades de ocio (cine fórum, excursiones, etc.) y abordajes individuales y familiares. Sólo se interrumpe el tratamiento grupal 15 días al año, en verano, en los que tan solo se mantienen los abordajes individuales y familiares.

MENTALIZACIÓN. ALGUNOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Son muchos los autores que se han preguntado acerca de los factores terapéuticos comunes o universales a las distintas formas de psicoterapia (Gabbard, 2005). A continuación, se expone un breve resumen de aspectos fundamentales del concepto de mentalización, dentro del marco del apego seguro, de cara a poder luego exponer parte de nuestro trabajo en el Hospital de Día inspirado en esta teoría.

Entre los factores terapéuticos propios del HD, quizá el primero y más importante es el ser una matriz terapéutica, que se comporta como un "continente" adecuado para poder hacerse cargo de los momentos más psicóticos y regresivos del paciente. En palabras de García Badaracco, "la comunidad se comporta como una familia sustitutiva que debe proveer el alimento afectivo, modelos de identificación y la estabilidad necesaria para que el enfermo mental pueda recorrer y realizar su proceso terapéutico. Un ambiente emocional de seguridad donde las múltiples interacciones permitan la realización de experiencias enriquecedoras de la personalidad y el desarrollo de recursos yoicos, cuya carencia es una de las características de la enfermedad mental". (García Badaracco, 1989)

La fortaleza de esta cualidad está relacionada con un fenómeno observable con frecuencia en el Hospital de Día, en particular con los pacientes con perfil borderline: pacientes con trastornos graves del vínculo, comportamientos autolesivos y heteroagresivos graves, inestabilidad emocional y desadaptación generalizada al entorno. Resulta significativa la relativa rapidez con que sus síntomas suelen atenuarse al poco de llegar al centro, así como la práctica ausencia de episodios de agitación dentro del centro. Al profundizar en los textos de los teóricos de la mentalización, surge la hipótesis de que la Comunidad Terapéutica provee un entorno vincular seguro, que es básicamente un lugar favorecedor de la mentalización y del desarrollo de la confianza epistémica.

La mentalización es un concepto desarrollado hace algo más de 20 años por el equipo de Peter Fonagy, en Londres, a partir de la necesidad de modificar la técnica psicoanalítica estándar en algunos pacientes, particularmente los trastornos graves de personalidad. El concepto tiene sus raíces en el psicoanálisis, en la escuela de psicosomática y particularmente en la teoría del apego.

Mentalizar es, básicamente, "tener la mente en mente", atender a los estados mentales en uno mismo y en los demás. Es un tipo de cognición social, una

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

forma de actividad mental imaginativa (casi siempre preconsciente) que nos hace posible percibir e interpretar la conducta humana en términos de estados intencionales: necesidades, deseos, sentimientos, creencias, metas, propósitos y razones (Allen y Fonagy, 2006).

La mentalización implica imaginar lo que la otra gente puede estar pensando o sintiendo; como la mente es opaca, nunca tendremos la certeza absoluta de lo que hay en la mente del otro. Su desarrollo está íntimamente ligado a la regulación atencional, la representación de los afectos y a las respuestas neuronales a las situaciones de estrés. Esta capacidad no es innata, aunque nacemos determinados para poder desarrollarla en los primeros años de vida en el contexto de las relaciones de apego tempranas. A lo largo de la vida, esta función es dinámica, puede evolucionar y, lo que es más importante, modificarse a través de la terapia. Además, Fonagy y sus colaboradores describieron cómo, en situación de estrés, esta capacidad se ve mermada (Allen y Fonagy, 2006).

Los niños empiezan a preguntarse acerca de las mentes de forma natural en el contexto de la relación con los miembros de la familia. Empiezan a comprender que el comportamiento está basado en los estados mentales cuando intentan comprender las acciones de sus seres cercanos. Para lograrlo, la figura materna ha de ser capaz de reflejar en espejo los afectos de su hijo, de forma concordante, contingente y adecuadamente marcada, para que el niño pueda generar, a partir de las representaciones mentales que la madre le devuelve, sus propias representaciones de 2º orden de sus estados internos, diferentes de los de ella (Fonagy, 1998; Fonagy y Allison, 2014). Cuando este proceso no sucede de forma adecuada, es decir, el reflejo que devuelve el cuidador no es congruente, o contingente, o no está suficientemente marcado, entonces las representaciones mentales del niño quedarán dañadas o serán disfuncionales. De esta interacción fundamental surgirá también el sentido de agencia del self en el niño, el ser capaz de verse a sí mismo como un ser intencional diferente de la madre. Si el niño no puede desarrollar una representación de su propia experiencia a través del reflejo en espejo (el yo), internalizará la imagen del cuidador como una parte de su representación del self, un alien self que quedará incluido en su estructura psíquica. (Bleiberg, 2013)

Cuando la figura de apego es capaz de mentalizar suficientemente bien, surge la intencionalidad en el niño, su sentido de self subjetivo, aumentan las posibilidades de desarrollar un apego seguro, incrementa su resiliencia ante la adversidad, y mejora su capacidad cognitiva, sociocognitiva y de regulación emocional (Fonagy y Allison, 2014).

Dado que es difícil demostrar la relación entre las variables que miden el apego y las que miden la mentalización, es probable que ambas estén relacionadas de forma indirecta. El apego seguro puede no ser un facilitador directo del desarrollo de la mentalización, pero es un indicador de que el acercamiento del cuidador al niño es de hecho el adecuado para este logro. Más bien se podría decir que un apego seguro implica que no ha habido comportamientos parentales de los que minan la capacidad de mentalización. (Bleiberg, Rossouw y Fonagy, 2012)

Signos de una buena capacidad de mentalización en los padres, son por ejemplo la inclinación de la figura materna a tomar una perspectiva psicológica en la comprensión de sus propios actos o en la relación con su hijo, incluyendo la capacidad para leer de forma precisa los estados mentales que gobiernan el comportamiento del niño ("mind-mindedness"), y la función reflexiva en la interacción con su hijo o al describirle. La mentalización del niño por parte de los padres puede por otro lado ser deficiente (concreta o excesivamente ligado a los estímulos), o excesiva, es decir, hipermentalizadora (llevándola al extremo, distorsionada, a veces paranoide). (Bleiberg, 2013)

Además, no podemos olvidar que éste es un sistema transaccional por lo que hay que considerar también una relación causal de hijo a padres: los niños con un comportamiento lábil y ansioso pueden no beneficiarse de las cualidades reguladoras de la relación de apego, provocando un comportamiento parental más controlador. (Bateman y Fonagy, 2012)

El proceso de desarrollo de la mentalización sucede en los primeros 3 o 4 años de vida, si bien se puede perfeccionar a lo largo de toda la vida, aumentando el grado de profundidad y de elaboración mental y mejorando en la capacidad de ver a los otros y a nosotros mismos como realmente somos. Por supuesto, la coincidencia de factores traumáticos en la vida del niño y de sus padres va a alterar los procesos de creación de una base segura y por tanto interferirán en la capacidad de mentalización de ambas partes.

Previamente a la consecución de una mentalización integrada, equilibrada, aparecen los precursores, los modos prementalizadores, propios de estadios precoces del desarrollo infantil (Allen y Fonagy, 2006):

1. Modo en equivalencia psíquica
2. Modo simulado

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

3. Modo teleológico

La mentalización es además un concepto multidimensional. Se describen cuatro polaridades de esta capacidad (Fonagy y Luyten 2009):

1. Automática/ implícita - controlada/ explícita
2. Centrada en lo interno – centrada en lo externo
3. Orientada hacia el sí mismo - orientada hacia los demás
4. Cognitiva – afectiva

Deteniéndonos más en la primera de estas polaridades, la mentalización implícita, puede ocurrir automáticamente incluso sin que seamos conscientes de ella y debe ser contemplada, en gran parte, como disociada del desarrollo intelectual general. Por ejemplo, somos capaces de atribuir estados mentales a otros, sin hacer uso de la conciencia, observando las expresiones faciales o el lenguaje corporal. La mentalización implícita es por lo tanto procedimental y la utilizamos continuamente, sin que tengamos que prestarle atención o conciencia.

La mentalización explícita, está íntimamente relacionada con el lenguaje y por lo tanto muy influida por nuestra habilidad verbal. Es la propia de la instancia consciente, requiere atención, consideración y esfuerzo, y puede verse desbordada o impedida por afectos intensos.

La mentalización adaptable y equilibrada conlleva un cambio flexible: pasa de ser predominantemente automática a ser una mentalización más controlada y viceversa. Un aspecto esencial que repercute en la capacidad de mantener ese equilibrio es el efecto del estrés y la impulsividad en cada modo del mentalizar (Bleiberg, 2013). El estrés y la excitación elevados activan la mentalización automática, acompañada de la activación del sistema de apego, el cual, según Bowlby (Bowlby, 1988), está preprogramado para ser "detonado" por el miedo y por señales internas que avisan del peligro que amenaza la supervivencia del individuo. La mentalización controlada, por otro lado, es facilitada por el incremento de la excitación, pero solo hasta un cierto nivel de estrés (el punto de quiebra) en cuyo punto la mentalización controlada se inhibe (Arnsten, 2009; Bleiberg, 2013).

Cuando la mentalización integrada se desequilibra, en estas situaciones de estrés, se reactivan formas prementalizadoras de pensamiento (el modo en equivalencia psíquica, modo simulado, modo teleológico, pseudomentalización), o podemos hacer un mal uso de nuestra capacidad mentalizadora (hipermentalizando, o haciéndolo de forma concreta o con fines manipulativos…). Cuando esto sucede, la interacción social se verá alterada y la comunicación, la capacidad de comprender y compartir los estados mentales propios y ajenos quedará momentáneamente impedida. La posibilidad de perder la capacidad de mentalización puede sucedernos a todos en situaciones de estrés, y además, se ha observado que en las distintas patologías puede predominar uno u otro modo de no mentalizar.

ADOLESCENCIA Y MENTALIZACIÓN.

La adolescencia, por otro lado, es una fase particularmente vulnerable para el fallo en la capacidad mentalizadora. Es una etapa marcada por la confusión y la desestructuración de los vínculos, en la que uno debe enfrentarse, con el bagaje (de mentalización, apego, confianza) logrado durante la infancia, a una multitud de tareas (aceptar los cambios físicos y emocionales, la construcción de la identidad del yo, la separación, la socialización…). Esto puede resultar, a veces, demasiado duro, sobre todo si este proceso de reorganización coincide además con experiencias traumáticas (incluyendo las sucedidas durante la infancia cuyo recuerdo se reactiva en esta etapa). (Bleiberg, Rossouw y Fonagy, 2012)

Esta vulnerabilidad al fallo en la mentalización, que tiene una base neuroevolutiva, está asociada a la sensibilidad interpersonal, y se relaciona con síntomas como la impulsividad, la hiperactivación del apego, el comportamiento coercitivo, la desregulación del afecto y los esfuerzos defensivos para afrontar la experiencia de pérdida del control. El adolescente puede perder su propio sentido de agencia del self, la capacidad de experimentarse como autores de sus propias acciones, cuando se ven invadidos por un afecto negativo, pudiendo tener lugar fenómenos de difusión temporal de la identidad, experiencias de incoherencia personal, sentimientos de vacío, incapacidad para el compromiso y alteraciones de la imagen corporal. Estas respuestas, a su vez, tienden a provocar la pérdida de mentalización en los adultos y de esta manera generar ciclos de no-mentalización coercitivos que mantienen y exacerban la no-mentalización en los adolescentes (Bleiberg, 2013).

Los adolescentes, particularmente aquellos con síntomas de un trastorno límite de la personalidad incipiente, suelen presentar un perfil mentalizador caracterizado por el predominio de suposiciones irreflexivas, rígidas y automáticas, sostenidas con certeza injustificada acerca de los estados internos de la propia mente y/o de la mente de los demás, demasiado centrado

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

en las características externas de ellos mismos y los otros, en la que se destacan estados afectivos abrumadores. (Bleiberg, Rossouw, Fonagy, 2012)

Hay razones neuroevolutivas para explicar por qué la adolescencia tiene tantas similitudes con el trastorno grave de personalidad, y por qué es una fase tan vulnerable para el desarrollo de estas patologías. Durante la adolescencia se observan profundos cambios tanto en el volumen como en la funcionalidad de diversas zonas del cerebro. Una de las que cambian de forma más drástica es la corteza prefrontal. Ésta se encarga de multitud de funciones cognitivas de alto nivel, como la toma de decisiones, la planificación del tiempo, la inhibición de comportamientos socialmente inadecuados, y está implicada en el proceso de comprender a los demás y tener conciencia de uno mismo. (Fonagy, Bateman y Luyten, 2012)

El volumen de sustancia gris prefrontal tiene un pico de crecimiento en la adolescencia temprana, que sucede una media de 2 años más tarde en varones que en mujeres, posiblemente porque la pubertad suele ser más tardía en chicos. Después, lo que se observa es una reducción en el volumen de sustancia gris a lo largo de la adolescencia. Esta reducción se debe a un proceso de poda neuronal sináptica, es decir, la eliminación de las conexiones innecesarias. La selección depende enormemente del entorno: las que se utilizan más, se fortalecen, las que no se utilizan, se eliminan (Mills et al., 2014).

Se ha observado en numerosos estudios de imagen funcional que hay tareas cognitivas para las que adultos y adolescentes utilizan regiones cerebrales distintas, por ejemplo en el proceso de toma de decisiones. El adolescente, por razones evolutivas, tiene más dificultad para tener en cuenta el punto de vista del otro. También se ha observado cómo el hecho de estar en grupo o a solas puede determinar respuestas totalmente distintas, con implicación de regiones cerebrales diferentes, y las emociones se procesan en zonas distintas en los adolescentes que en los adultos.

Y es que la maduración del cerebro humano es secuencial, tal y como propone Nelson (Nelson, 2005) en su modelo de "Red de Procesamiento de la Información Social", con 3 nodos funcionales, situados en estructuras neuronales más o menos identificables, implicando la existencia de un nodo para detectar las señales socialmente relevantes, que madura en la infancia, un nodo que adjudica la significación emocional a las señales sociales, que madura en la adolescencia, y un nodo regulatorio cognitivo, que madura en la adolescencia tardía o en la vida adulta precoz, que sirve para inhibir las respuestas y dirigir el comportamiento.

Es decir, el cerebro adolescente se desborda fácilmente por el impacto emocional de la situación social, porque hay un desequilibrio entre sus regiones prefrontales (encargadas de la autorregulación) aún infra-desarrolladas, y otros componentes del sistema límbico, como los ganglios basales, que están ya capacitados para involucrarse en la comunicación social relevante y generar respuestas afectivas instintivas a las mismas. Este desequilibrio puede activar respuestas de huida o lucha o conductas de apego, que inhiben la mentalización y limitan la capacidad para involucrarse en la terapia. Este desequilibrio "fisiológico" en la adolescencia es similar al observado en los pacientes adultos con TLP, que parecen tener un bajo umbral para la activación del sistema de lucha-huida, y una tendencia asociada a desactivar la mentalización explícita o controlada. (Rossouw y Fonagy, 2012)

Entonces, aunque muchos adolescentes parecen capaces de hablar de sus sentimientos de forma fluida, las ideas más abstractas pueden generar una sobrecarga en el sistema. Este sobreesfuerzo puede llevar a una interrupción brusca de los procesos de mentalización, aislamiento social, intensificación de la ansiedad y de los pasos al acto, con la autolesión como ejemplo más evidente. Que este proceso llegue a generar problemas a largo plazo va a depender no sólo de la fuerza inherente de las estructuras psíquicas del adolescente, sino también de la capacidad del medio para sostener esta función mentalizadora debilitada. (Bleiberg, Rossouw y Fonagy, 2012) Por eso, uno de los pilares fundamentales de la intervención debe ser apoyar al entorno para que sea lo más fuerte posible, reforzando en los adultos significativos la capacidad de comprensión y soporte.

GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIAS BASADO EN LA MENTALIZACIÓN

La idea de que la mentalización se activa en situaciones de apego seguro, pero puede desactivarse y volverse automática cuando la estimulación es excesiva, nos pareció muy clarificadora, a la hora de comprender la función de contención del hospital de día, y también para entender el significado de los procesos de reactivación sintomática que tienen lugar por ejemplo cuando un paciente nuevo se incorpora, o en los momentos previos al alta.

Cuando hablamos de promover la seguridad en el

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

vínculo con los pacientes, proponemos un entorno relacional en el que las estrategias de apego no estén hiperactivándose de continuo, donde no se encasilla a los pacientes en categorías diagnósticas que paralizan el proceso mentalizador, donde el trato es familiar y cercano, la presencia de los terapeutas es casi constante y la aceptación es genuina. En la Terapia Basada en la Mentalización se propone que el terapeuta mantenga una posición de curiosidad y respeto, cercana, inquisitiva, que no juzga, que invita al paciente a parar y reflexionar cuando su discurso se vuelve no mentalizador (Bateman y Fonagy, 2012). Los terapeutas prestamos atención a nuestra propia función mentalizadora, conscientes de que la podemos perder momentáneamente, y cuidamos unos de otros para sostenerla cuando sentimos que ello está sucediendo.

Si bien en el Hospital de Día no se realiza un protocolo de TBM propiamente dicha, nuestros pacientes, poco a poco, van interiorizando el trabajo desde la mentalización porque diariamente aplicamos estrategias favorecedoras de la misma en los espacios grupales. Esta actitud empática surge de forma casi espontánea en los que trabajamos en comunidad terapéutica, cuando se trabaja en grupos de adolescentes: en el grupo, continuamente se utilizan técnicas como la detención del discurso no mentalizador, la clarificación, la aceptación, la elaboración de los afectos… En los espacios en los que la técnica terapéutica no es verbal (expresión corporal, terapia ocupacional y creativa, terapia expresiva…), se organizan actividades y ejercicios dirigidos a mejorar el proceso de identificación y reconocimiento de emociones, como ejercicios de role-playing, técnicas de expresión artística, juegos de mímica y reconocimiento de expresiones faciales y corporales, etc.

En la medida en que aprendemos a ser interlocutores más adecuados, como figuras parentales más sanas, y una vez superadas las diversas pruebas a las que los pacientes han de someternos para comprobar nuestra confiabilidad (García Badaracco, 1989), incluir a las familias se hace particularmente necesario, para confrontar la fantasía con la realidad, para comprender gran parte de los fenómenos transferenciales, por ejemplo la escenificación de frustraciones y dificultades vividas en la relación con los padres pero también porque estos padres con frecuencia son en sí mismos seres frágiles, afectivamente inmaduros, con historias vinculares traumáticas, y para que los pacientes puedan reestructurar su forma de relacionarse, y extender la experiencia emocional del Hospital de Día a su vida, también los padres deben formar parte del entorno seguro, incluso, poder vincularse con nosotros con esa seguridad, para favorecer también en ellos una mejor capacidad mentalizadora.

Con este objetivo inicial, nos propusimos entonces iniciar un grupo psicoeducativo, inspirándonos en el trabajo sobre Terapia Basada en la Mentalización para Adolescentes realizado por Trudy Rossouw, del Anna Freud Centre de Londres (Rossouw y Fonagy, 2012). Este grupo de psicoeducación no está dirigido a proporcionar información sobre los diagnósticos y los tratamientos, sino a favorecer un lenguaje común entre familias y terapeutas, a generar un clima de confianza mutua y de familiaridad con el recurso y con el equipo, una mejor percepción de las dificultades mentalizadoras de pacientes, y de los padres y terapeutas también.

En esta primera experiencia grupal, se convocó a todos los padres de adolescentes ingresados, y a algunas familias cuyos hijos iban a iniciar el tratamiento en las siguientes semanas. La propuesta fue la de realizar una jornada intensiva de trabajo grupal, durante una mañana, con un total de 4 horas de trabajo, siguiendo el modelo de Rossouw y su equipo.

El grupo se inició con una presentación a cargo de los propios pacientes, explicando en qué consistía, según su propia forma de verlo, el hospital de día: los pacientes prepararon el trabajo los días previos con el terapeuta ocupacional y el educador del equipo. Primero, presentaron al equipo de terapeutas, luego el horario, y los distintos espacios terapéuticos. El objetivo de esta presentación es que los padres pudieran hacerse una idea, a través de sus propios hijos, del tipo de entorno en que éstos estaban recibiendo cuidados; también, desmitificar el recurso para aquellos, sobre todo los recién llegados, que aún percibían el hospital de día casi como un lugar omnipotente donde sus hijos serían modificados por completo. También, aunque no esperábamos ese efecto, para algunos padres fue un momento esperanzador por la naturalidad y espontaneidad de los pacientes en su exposición, en un ambiente distendido y lúdico; esta imagen distaba mucho de la visión que estos padres tienen a veces de sus hijos, como seres deficitarios e incapaces, enfermos.

Los pacientes llegan al Hospital de Día con los diagnósticos que sirven a los profesionales de la salud mental para entendernos entre nosotros, son etiquetas que llevan al encasillamiento y que paralizan la capacidad mentalizadora del paciente, y de los propios padres para tener en mente a su hijo como un ser intencional con motivaciones y deseos (Bleiberg, 2013). Nuestro trabajo

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

promueve una forma distinta de comprender y dar sentido a los síntomas de sus hijos, empezando por restaurar su sentido de agencia del Yo, su percepción de sí mismos como agentes de su propia evolución y su vida.

Posteriormente, los terapeutas presentamos a los padres el concepto de mentalización, con el objetivo de poder compartir un lenguaje, de introducir esta idea de qué es lo que se procura hacer con sus hijos en el hospital de día. Se explicó en esta parte de la sesión en qué consiste el sistema de apego, cómo se va desarrollando, y de qué forma este sistema influye en nuestra forma de relacionarnos y en la manera en la que entendemos lo que sentimos, nos autorregulamos, comprendemos lo que hacen los demás e intentamos descubrir cómo se sienten. Después, presentamos a los padres información sobre el desarrollo cerebral adolescente. La intención, además de la puramente informativa, es favorecer la capacidad mentalizadora de los padres también aportando una visión evolutiva, permitir una mejor comprensión y una mayor indulgencia con algunos de los comportamientos de los hijos. Finalmente, ahondamos en el concepto de mentalizar, cómo todos tenemos esta capacidad, cómo ninguno podemos mentalizar siempre bien, y las diferentes formas de no mentalizar, explicadas de forma comprensible y con ejemplos apropiados. El objetivo no era sólo darse cuenta de cuándo sus hijos dejan de mentalizar, sino hacer consciente el hecho de que todos tenemos esos momentos no mentalizadores que generan incomunicación y confusión en las relaciones.

Después de una pausa, en la que los adolescentes se unieron al grupo de nuevo para desayunar juntos, propusimos una hora y media de ejercicios prácticos basados en los propuestos en los manuales de TBM. Como el objetivo era mantener elevada la capacidad de mentalización, los ejercicios propuestos no implicaban un tono emocional muy alto, es decir, se propusieron situaciones neutras afectivamente. El grupo de adolescentes y adultos se subdividió en 6 grupos de trabajo, con dos propuestas: la primera, representar entre dos o más de los miembros del grupo una situación de conflicto cotidiano (una discusión con un camarero en un restaurante, una situación comprometida con un compañero en el entorno laboral). Después se proponía una discusión en grupo acerca de los sentimientos, pensamientos y reacciones de cada uno de los actores, así como de los observadores de la escena. El segundo ejercicio que se planteó se basa el que en el Anna Freud Centre se llama "ruleta de emociones", sorteando dentro del grupo una emoción básica, que el designado debía representar con mímica, para que los demás adivinaran de qué afecto se trataba. Este ejercicio motivó también una discusión intragrupal, de las dificultades o facilidades a la hora de detectar y reconocer de forma implícita, las emociones que los demás nos transmiten, y reconocer activamente lo confuso que en ocasiones puede resultar intentar leer la mente de los demás… Por último, se llevó a cabo una puesta en común para compartir la experiencia vivencial en grupo.

CONCLUSIONES.

- Aunque la presión asistencial a veces impone modelos de tratamiento eficientes, en cuanto al tiempo e intensidad terapéutica, nosotros defendemos la importancia del encuadre en comunidad terapéutica para los pacientes más graves, porque sólo generando ese entorno seguro, constante, protector podemos promover la creación de vínculos que favorezcan una mentalización más sana, que es una vía eficaz para la desaparición o atenuación de síntomas.
- Desde luego, en nuestra Comunidad, la elevada carga de derivaciones al Hospital de Día se debe también a la escasez de recursos a nivel ambulatorio para proveer una atención que posibilite intervenciones psicoterapéuticas regladas específicas, para los pacientes de mayor gravedad psicopatológica. Los pacientes cuyos sistemas de apego están más dañados, con estructuras narcisistas de personalidad por ejemplo, pueden no beneficiarse de tratamientos en comunidad terapéutica, que activan intensamente sus estrategias de apego, desactivándose entonces su capacidad para la mentalización reflexiva, y motivando empeoramientos clínicos relevantes.
- Siguiendo a Fonagy y sus colaboradores (Fonagy, Bateman y Luyten, 2012), "*las estrategias de mentalización son eficaces porque cambian mentes y cerebros. Todas las psicoterapias verbales intentan mejorar la mentalización, activando un contexto de apego, que como hemos visto, permite establecer la base para investigar sobre la propia mente y las de los demás. Las estrategias de apego se activan intensamente cuando un individuo en situación de estrés necesita asistencia de una persona de confianza para poder auto-regularse. El sistema se activará aún más si se dedica tiempo a pensar y hablar de las relaciones actuales y pasadas, porque se activarán los modelos*

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

operativos internos de apego. El terapeuta ofrece ayuda al paciente para regular su afecto de diversas maneras, pero con frecuencia lo hará a través de respuestas contingentes y marcadas en respuesta al afecto del paciente, creando a la vez un entorno interpersonal seguro y sensitivo. De forma más explícita, e independientemente de la orientación del terapeuta, éste creará en el encuentro terapéutico una serie de perspectivas alternativas ante la experiencia mental".

- La Terapia Basada en la Mentalización es una propuesta práctica, aplicable, con instrumentos que permiten registrar la evolución clínica e investigar sobre resultados y factores terapéuticos, ya que se trata de un tratamiento estandarizado y estructurado que ofrece la posibilidad de medir sus efectos. Evidentemente, para hacerla es necesario realizar la formación específica y tener la acreditación pertinente, lo cual no siempre es posible, por tiempo o por falta de financiación o por ambas, pero, en palabras de los propios autores, muchas de sus estrategias son aplicables en el espacio terapéutico, desde otras orientaciones. La teoría de la mentalización proporciona un marco teórico novedoso, pero a la vez fácilmente aplicable, al Hospital de Día de orientación dinámica. Sin perder de vista nuestra forma de entender cada caso, poner el foco en la mentalización, en los procesos más que en los contenidos, puede mejorar la efectividad de nuestros recursos terapéuticos habituales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, J. G.; y Fonagy P. (2006). The Handbook of Mentalization Based Treatment. West Sussex: John Wiley and Sons, Ltd.

Arnsten, A. F. (2009) Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. Nature Reviews in Neuroscience; 10(6):410-22.

Bateman, A.W; y Fonagy, P. (2012). Individual techniques of the Basic Model. En: Bateman, A. y Fonagy, P. (Eds.) Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice (pp 67-80). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bleiberg, E., Rossouw, T. y Fonagy, P. (2012). Adolescent Breakdown and Emerging Borderline Personality Disorder. En Bateman, A. y Fonagy, P. (Eds.) Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice (pp 463-509). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bleiberg, E. (2013). Metalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of NorthAmerica,2(2),295-330.[Disponibleenespañolen AIEDEM: Asociación Internacional Para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización. www.asociacion-mentalizacion.com. (Trad: María Noel Firpo)]

Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Routledge.

Fonagy, P. y Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of psychoanalysis. Psychoanalytic Dialogues: The international Journal of Relational Perspectives; 8(1), 87-114.

Fonagy P. y Luyten P. (2009) A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. Developmental Psychopathology; 21(4):1355-81.

Fonagy, P.; Bateman, A.W. y Luyten, P. (2012) Introduction and overview. En: Bateman A. y Fonagy P. (Eds.) Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice (pp 3–41). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Fonagy, P. y Allison, E (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. Psychotherapy, 10, 1037.

Gabbard GO, Beck JS, y Holmes J. (2005). Oxford textbook of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press.

García Badaracco, J. E. (1989). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Buenos Aires: Tecnipublicaciones S.A.

Lanza Castelli G. http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000722&a=La-mentalizacion-su-arquitectura-funciones-y-aplicaciones-practicas

Mills, K.L.; Goddings, A.L.; Clasen, L.S.; Giedd, J.N.; y Blakemore, S.J. (2014). The developmental mismatch in structural brain maturation during adolescence. Developmental Neuroscience,36(3-4), 147-60.

Nelson, E. E., Leibenluft, E.; McClure, E. B.; y Pine, D.S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. Psychological Medicine; 35, 163–174.

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

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

HOSPITAL DE DÍA COMUNITARIO COMO DISPOSITIVO DE CRISIS: EXPERIENCIA CLÍNICA SOBRE EL ABORDAJE INSTITUCIONAL DE LA PATOLOGÍA LÍMITE EN LA ADOLESCENCIA*

Jaume Claret**

RESUMEN

Desde nuestro hospital de día de Nou Barris atendemos una población de 40 adolescentes de 12 a 21 años de la zona norte de Barcelona presentando trastornos mentales graves o severos, de los que casi un 50 % presentaron trastornos del espectro borderline-o de perfil limite- Nuestro propósito se centrará en algunas cuestiones o reflexiones -escollos , retos - referentes a la comprensión psicopatológica y al abordaje terapéutico de los mismos desde la experiencia de nuestro dispositivo.

Palabras clave:-adolescencia, crisis, identidad, limite, simbolización.

ABSTRACT

From our Nou Barris day care hospital we serve a population of 40 adolescents aged from 12 to 21 years in the north of Barcelona presenting serious or severe mental disorders, nearly 50% of those with borderline-spectrum disorders or borderline profile. Our aim will be focused on some issues or reflections – pitfalls, challenges - concerning psychopathological understanding and therapeutic approach from our experience.

Key words: adolescence, crisis, identity, borderline, symbolization.

Veamos en un primer momento lo que nos depara la propia clínica. Así:

1- Las formas de socialización "en negativo" marcadas por el negativismo, la conductas disruptivas o el aislamiento. Asimismo las dinámicas conflictivas de mutua exclusión o rechazo en las que se ven envueltas familias, instituciones sociales ,educativas y también de salud, así como el propio paciente.

2- Las insuficiencias de los diagnósticos categóricos al ignorar la dimensión crítica, evolutiva y contextual de la clínica y de sus procesos. Así como la necesidad de un diagnóstico dimensional que integre la complejidad bio-psico-social desde la psicopatología. Aunque los perfiles evolutivos no sean siempre homogéneos –es importante de poder comprender y tratar lo más precozmente posible los disfuncionamientos borderline de la personalidad como un trastorno evolutivo de inicio en la infancia o la adolescencia (Misès) marcado por el "impasse" en los procesos de subjetivación (Cahn) y por su expresión o presentación "crítica".

3- La complejidad de la clínica psico-social :

- la dimensión conductual-ya sea de corte impulsivo, alimentario o en forma de crisis psicopatológicas (conductuales, depresivas, psicóticas.).
- el trastorno de la identidad como dimensión

* Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Psiquiatra y psicoanalista. Director médico de la Fundación Hospital de Día Nou Barris. Barcelona. E-mail: j.claret@fhd9barris.com

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

paranoide-depresiva, o como déficit de regulación emocional ligado a la angustia y la dimensión traumática

- la conflictiva socio-familiar íntimamente asociada al impasse en los procesos de separación-individuación (Mahler)
- las dificultades cognitivas y de aprendizaje con o sin TDACH, siempre asociadas a dinámicas de fracaso escolar y alteraciones más o menos específicas del pensamiento simbólico.

La palabra" espectro" vendría a expresar ahí- de un lado, su diversidad sintomática y del otro, la oscuridad de esos trasvases, de esos bordes, de esos compromisos y sus paradojas-entre lo conductual y lo afectivo, lo afectivo y lo somático, lo psicológico y lo social.

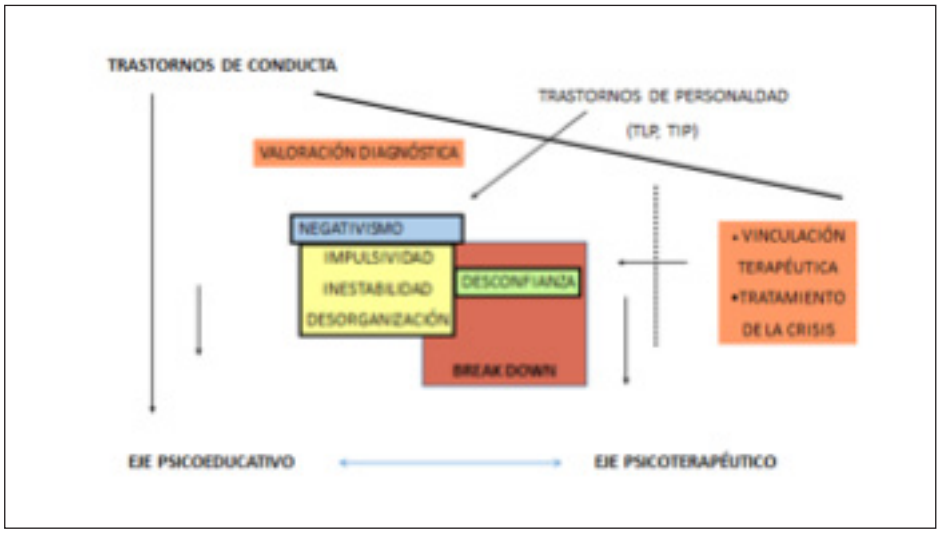
La "estructura "limite se situaría -como funcionamiento específico de la crisis de adolescencia-en ese borde ,en ese "límite " entre la normalidad y la psicosis (Cahn) - o aún en ese borde de la angustia -el trauma y lo siniestro - entre lo íntimo y lo extraño, lo propio y lo ajeno, la ficción y la realidad (Freud).

Cual representación mítica de la ira o la rabia, a caballo entre dos mundos - uno que mira hacia dentro - Psique - como angustia o desesperación y el otro que se propulsa hacia fuera –Timos- como reivindicación de una alma irascible que solo busca reconocimiento.(Platón).

Es un lugar común, cotidiano y a la vez, imposible, trágico-solución de compromiso y garante de continuidad , de supervivencia a veces, para la propia vida psíquica, llámese negativismo desafiante o reivindicación anoréxica, rabia paranoide o secuestro melancólico.

2 El proceso asistencial y el funcionamiento institucional o comunitario.

Es esencial que la institución-desde el educador ,el terapeuta y el resto del equipo- funcione como un colchón, como un tejido, como una red que contenga y dé soporte a " la caída "-como un espacio neutro pero empático,-de ahí la importancia de la triangulación que permita encontrar la "buena distancia" con el otro y con los propios afectos -,sólido pero flexible ,contenedor de los episodios críticos a la vez que regulador de los espacios-tiempos y con ellos de la continuidad y coherencia del propio proceso de vinculación "terapéutica"- como relación de cuidado y cuidado de la relación - como "hábito psicosocial", repetición,protocolo, atuendo, máscara o juego.



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

Todo proceso de "socialización" debe ser pensado y comprendido no sólo dentro y fuera de la institución sino dentro y fuera del propio sujeto como un fenómeno de borde-la socialización desde lo psicopatológico contiene una dimensión crítica con el entorno pero también con uno mismo-una dimensión de conflicto con el grupo pero también con las propias emociones, deseos y proyectos. Estas dos vertientes marcan así el rumbo de un vínculo frágil pero intenso que Freud llamó narcisismo y que está presente en toda crisis evolutiva. La intolerancia al grupo y la intolerancia a la soledad (Gunderson) representando entonces como las dos caras de un mismo fenómeno estructural. Lo individual y lo comunitario, ahí en ese mismo borde donde se juega la dialéctica de la dependencia y la autonomía propia del trabajo terapéutico institucional con estos jóvenes, entre lo psicoeducativo y lo psicoterapéutico- entendido aquí como creación, de un espacio psíquico propio, íntimo, como negación o invención, construcción o reorganización desde la propia angustia: crisis subjetiva (como fantasma inconsciente) o "moción" pulsional (como regulador emocional).

Más allá de los determinismos etiológicos ligados casi siempre a historias de carencias, abusos y maltrato infantil, la dimensión traumática de los trastornos borderline nos remite a la psicopatología de los episodios críticos marcados por los efectos invasivos y desestructurantes de la angustia "catastrófica" que describiera Masterson en su "triada borderline" del adolescente y Freud en los cuadros de neurosis de guerra, como esa angustia traumática (Schreck) que por sorpresa atrapa al sujeto ,sin anticipación ni representación , y que va a tener que expresarse- como evacuación o deriva- en forma de somatizaciones, estados confusionales, episodios de agitación o crisis.

"A dónde vas mama? "
(Caprichos de Goya)

De dónde la importancia de poder "contener " y "comprender las crisis dentro y fuera de la institución, como "encuentros y desencuentros" con dicha angustia "traumática" y poderla "representar" ahí ,en el sentido teatral, comercial y político del termino-o sea , por la mediación de ese "otro" del vínculo y la institución en su función contenedora - de"porte-parole", de relato, véase de catarsis. Lo que uno expulsa fuera(proyección), lo encontrará dentro,(introyección), como vacío, como latencia; es la angustia como señal de alarma en el yo que anticipa y espera (Angst), como organizador psíquico (Spitz) que discrimina un adentro y un afuera, que separa y diferencia un antes y un después, como la crisis que revela esa dualidad entre lo latente y lo manifiesto, como la pérdida de un equilibrio previo donde- como dice su etimología -late la necesidad de una sentencia, de una resolución, de un juicio como la oportunidad o la necesidad de un cambio.

3-La disfunción familiar y procesos de separación-individuación

La atención y la inclusión del grupo familiar en el tratamiento integrado de los trastornos de personalidad de tipo límite resultan esenciales. Es básico el poder reconducir dinámicas familiares muy desestructuradas con funcionamientos negligentes, intrusivos o de maltrato y modelos comunicativos marcados por la desconfianza, el conflicto y la confusión.

Cabe señalar la dificultad y la importancia de poder integrar y diferenciar el ámbito psicopatológico propiamente dicho, en aquellos casos donde,- por su misma gravedad -se requiera la intervención conjunta de los servicios sociales o de justicia, cuando no el recurso a posibles medidas administrativas o legales como la separación o el internamiento

En cualquier caso importa de poder considerar la dinámica familiar en su conjunto ayudando a redefinir y sustentar las figuras –maternas o paternas-de orden y autoridad como instancia simbólica frente al borramiento de las diferencias tanto de generaciones como también de género o sea frente al "clivaje" de la angustia ligada a la muerte y a la diferencia sexual. Se trata de reordenar el "territorio" de manera que cada uno pueda encontrar su lugar no sólo como miembro de la familia sino en relación a su deseo y su propia angustia". Cómo decía Shakespeare :" Jura por ti mismo, y entonces, te creeré".

Considerada por algunos como el núcleo duro de su psicopatología, los avatares de la relación de esos adolescentes-sobre todo chicas- con sus madres es de gran relevancia clínica. Y viene marcada por la frecuencia de los conflictos y de los episodios críticos. .Se trata de relaciones muy próximas y dependientes marcadas por la

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

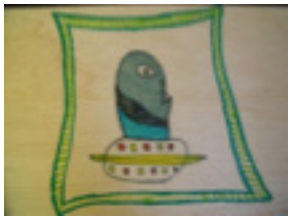
gran ambivalencia clásicamente descrita entre el amor y el odio (Kernberg),la intrusión y el abandono (Jeammet) o el acercamiento y el alejamiento (Mahler).

Pero más allá de la ambivalencia afectiva importa de entender la psicopatología de esos vínculos en su relación con la angustia (y lo sexual tan obviado por la teoría del apego) (Corcos). Vemos así esas madres- tan identificadas a la angustia del "niño" que se olvidan de él- remitirnos, más allá del conflicto entre el amor y el odio, a esa dialéctica especular entre la curiosidad y el recelo, la adoración y el desprecio, la rivalidad y la deuda o aún la ligereza y la pesantez…del ser (Kundera) Ahí no se trataría tanto de romper con la madre como de reubicarla en sus fantasmas, o sea en su angustia, o de poderla representar en su ausencia.(como en ese capricho de Goya donde la madre es llevada en volandas por un pequeño grupo de sátiros y demonios…

4 -La disfunción subjetiva y los procesos de simbolización-

La desorganización y la impulsividad-en lo conductual, en lo emocional y también en lo cognitivo- reflejan o muestran a cielo abierto la importancia de los mecanismos disociativos en el funcionamiento mental de estos jóvenes y con ello la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico que pueda integrar los aspectos más escindidos del mismo. Así mas allá de la mentalización, el termino de simbolización connota esa mirada hacia fuera (out-look) y el recurso al "mundo externo y sus objetos" para sostenerlo o apuntalarlo como proceso de subjetivación al interior del soporte anaclítico de la institución. Así hace referencia a ese retorno e integración de la experiencia institucional en el trabajo psicoterapéutico individual en lo que concierne las crisis psicopatológicas (la angustia) , las actividades en los talleres en que participan (hábitos, motivación),las sesiones y la relación con los padres (diferenciación y autonomía), el trabajo en el aula del hospital(proyecto y aprendizaje) pero también lo que se juega en los intersticios, en los pasillos, en esos tiempos muertos que van del apego a la angustia, del hábito a la sorpresa, o de la pérdida a lo creativo.

La mente en blanco
(IT- 14 años)

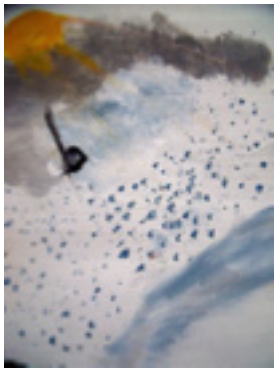


Yo lo que quiero es salir de aquí
(R, 17 años)

Así hay que hacer mención de lo que viene siendo un campo de trabajo y reflexión habitual en nuestro hospital de día sobre la integración y articulación de los procesos creativos en el trabajo psicoterapéutico con estos jóvenes así como sobre los procesos de simbolización en arte y psicopatología. Podríamos hablar así de un "dispositivo arte-terapéutico" como de un dispositivo funcional, de investigación clínica ,diagnóstica y de tratamiento- que contempla desde los procesos o trabajos creativos más o menos espontáneos, dentro o fuera del hospital a otros más orientados, organizados en grupos o talleres, de "fotoderivas","tótems" para acabar con los "talleres de sueños" .Estos últimos –como la joya de la corona- remitiendo a un trabajo psicoterapéutico específico en torno a la angustia de lo "siniestro" en el sueño, cuando la ficción se equipara a la realidad, lo psíquico a lo real –y el yo omnipotente a su deseo como imposible ,como esa "otra" realidad que –más allá de la conciencia -anuda y da cuerpo a los procesos de simbolización o de representación - no tanto de los afectos como de ese "otro yo mismo" que sueña y desaparece al mismo tiempo. El hombre no sólo piensa con palabras sino con imágenes, actos, objetos-no tanto desde

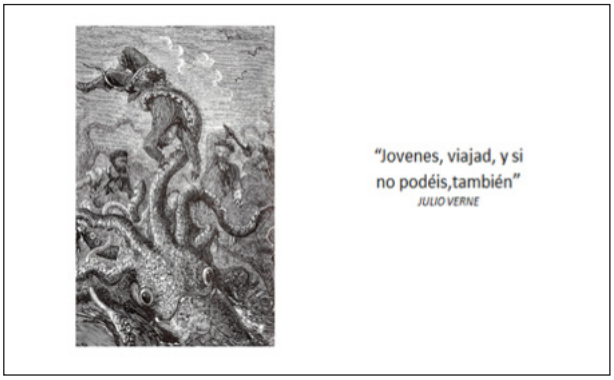
© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

la razón sino desde esa angustia que liga la pulsión como eros y thanatos-, como ese pensamiento irracional que la anuda, la contiene en la medida que le da forma o la inventa -como ese demonio creativo (el daîmon de los griegos) que configura escenas, narraciones, historias y mitos. Es una creación, una metáfora. Y el arte- como decía Picasso- ese exorcismo que dando forma a los espíritus permite liberarse de ellos - espectros, brujas o demonios.



Hay que saber esperar (I, 17 años)

5- Recuerdo la anécdota que me contó el Dr Escotto en DF Méjico cuando tuvieron la idea de crear un hospital de día al ver como los chicos al salir de un servicio de consultas ambulatorias se aglutinaban ”fuera” de manera espontánea en torno a un árbol-una bella sequoia- que servía de lugar de encuentro--un lugar simbólico al que se vincularon en la medida que ellos mismos lo crearon o lo inventaron- encuentro con el otro, como vínculo afectivo pero también encuentro en ese lugar, con ese lugar, en torno a un árbol , como vinculo simbólico – así el proceso de vinculación al hospital de día como la recreación o la invención de un afuera de dónde o adónde poder volver.- como una metáfora de la cuestión identitaria en esos jóvenes donde -lo esencial no es que estén sino que vuelvan, de poder hacer ese movimiento entre un adentro y un afuera, e introducir el tiempo - y también la angustia -como latencia- Es ese borde “psicosocial” de la identidad entre un adentro-la emoción- y un afuera –lo simbólico- las señas, el disfraz, el nombre –que solo puede abrir al juego de la subjetividad. De ahí la importancia de poder mostrarse y ocultarse a la vez como la significación de las máscaras, los tatuajes, los piercings y todo tipo de “



prótesis” que tan a menudo vemos en la clínica en tanto que signos de reconocimiento de una diferencia: “yo soy otro”(Rimbaud)

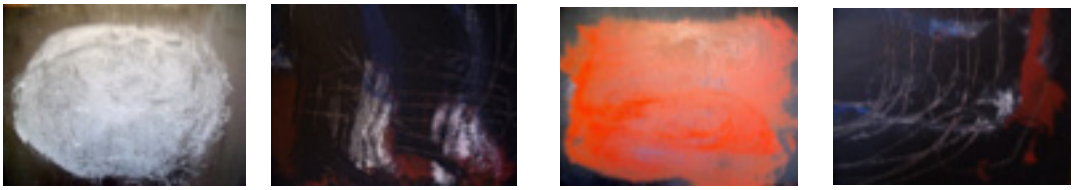
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agamben, G. (2007). ¿Qué es un dispositivo? Paris: Editions Payot & Rivages.

Cahn, R. (1990). Adolescence et folie. Paris: Puf.

Erikson, E. H. (1972). Adolescencia y crisis. Paris: Flammarion.

Freud, S. (1916). Lo siniestro. Obras completas (III).



“Hoy no quiero hacer nada” (Cr, 14 años)

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

Buenos Aires: Amorrortu.
Freud, S. (1919). Más allá del principio del placer. Obras completas (III). Buenos Aires: Amorrortu.
Lacan, J. (1969). Subversión du sujet et dialectique du désir. Ecrits. Paris: Le Seuil.
Lacan, J. (1957). L'angoisse Paris: Le Seuil.
Masterson, (1998). La triada borderline en la adolescencia. Paris Puf.
Mises, R. (1990). Las patologías límites del niño. Paris: Puf.
Pinel, Ph. (1809). Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris: J. A. Brosson.
Rosset, Cl. (1999). Loin de moi. Paris: Ed. Minuit.
Sloterdijk, P. (2006). Ira y tiempo. Madrid: Siruela.
Sloterdijk, P. (2011). Sin salvación: Tras las huellas de Heidegger. Madrid: Ediciones Akal.

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

LA DEMANDA A ENFERMERÍA EN UN CENTRO TERAPÉUTICO EDUCATIVO CON ADOLESCENTES*

THE NURSING DEMAND IN AN EDUCATIONAL THERAPEUTIC CENTER WITH TEENAGERS

Itxaso Santamaria Sanz**, Salvador del Arco Heras*** y Elena Usobiaga Sayes****

RESUMEN

Las Unidades Terapéutico Educativas (UTE), tienen por objeto, prestar atención intensiva e integral a niños con enfermedades mentales graves que presentan dificultades para ser asumidos, en un momento determinado, por el entorno escolar normalizado y/o los Centro de Salud Mental de niños y adolescentes.

La especificidad del trabajo de enfermería en un centro como la UTE, donde las demandas son a través del cuerpo. Síntomas basados en el cuerpo, a veces también algunas prácticas corporales extrañas, pueden verse como un repudio de los conflictos inmanejables que surgen en la mente. Los cuerpos enfermos, se convierten en el vínculo que mantiene la unión, en pacientes con escasa mentalización es el único vínculo posible.

El abordaje de los niños y adolescentes con trastornos mentales graves de la personalidad debe pasar por lo mental pero también por lo corporal.

Palabras clave: enfermería, adolescencia, trastorno mental grave, corporalidad.

ABSTRACT

The aim of the Educational Therapeutic Units (UTE) is to provide intensive and comprehensive care for children with serious mental illnesses that are difficult to treat with the standard school system and/or the mental health centre for children and adolescents, at any given time.

Nurses at centres such as UTE specialize, in providing body therapy, treating the associated physical symptoms that can arise from mental illness, which in turn can improve the patients mental condition.

Treating children and adolescents with severe personality disorders needs to be both mental and physical.

Key words: nursing, adolescence, severe mental disorder, body.

INTRODUCCIÓN

Convenio de colaboración entre la administración general de la Comunidad Autónoma del País Vasco (Departamento de educación, universidades e

* Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Enfermera especialista en Salud Mental. Centro Terapéutico Educativo de Ortuell Autora principal. E-mail: itxaso.santamariasanz@osakidetza.eus.

*** Psicólogo clínico. Centro Terapéutico Educativo de Ortuella.

**** Psiquiatra. Coordinadora clínica del Centro Terapéutico Educativo de Ortuella.

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

investigación) y el ente público Osakidetza- Servicio Vasco de Salud, para la atención de niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales asociadas a la salud mental en el ámbito de los centros territoriales de atención domiciliaria, hospitalaria y terapéutico-educativa.

Las Unidades Terapéutico Educativas (UTE), tienen por objeto, por una parte, prestar atención intensiva e integral a niños con enfermedades mentales graves que presentan dificultades para ser asumidos, en un momento determinado, por el entorno escolar normalizado y/o los Centro de Salud Mental de niños y adolescentes, y por otra, extender a los tres territorios históricos la atención terapéutico-educativa, que se ha venido realizando de manera piloto en el centro de La Ola de Bizkaia durante los últimos cursos. El convenio marca una serie de estipulaciones, referentes al máximo de pacientes por unidad, personal que aporta el Departamento de Educación, personal dependiente del Servicio Vasco de Salud y tiempo de estancia de los alumnos-pacientes, así como la constitución de diferentes comisiones de valoración y seguimiento.

En Abril del 2009 comenzó su funcionamiento la 2ª unidad, unidad de adolescentes. Junto a ésta, se pusieron en marcha otras dos unidades en el País Vasco, una en Lasarte (Guipúzcoa) y otra en Vitoria-Gasteiz (Álava).

La descripción, a través de varias viñetas clínicas, cómo la sintomatología corporal tan presente en los adolescentes puede ir traduciéndose hacia registros más psíquicos. El cuerpo adolescente, en muchos casos, es el encargado de expresar, trasmitir y demandar cuidados. Síntomas basados en el cuerpo, a veces también algunas prácticas corporales extrañas, pueden verse como un repudio de los conflictos inmanejables que surgen en la mente.

Los cuerpos enfermos de los adolescentes que padecen trastornos mentales graves, se convierten en muchos casos en el vínculo que mantiene la relación con enfermería ya que los pacientes con escasa mentalización es el único vínculo posible. El cuerpo es, en muchos casos, el encargado de expresar, transmitir y demandar cuidados.

El abordaje de los niños y adolescentes con trastornos mentales graves de la personalidad debe pasar por lo mental pero también por lo corporal.

La enfermería de Salud Mental sabe acompañar en ese transcurso de lo más corporal, hacia registros más psíquicos.

DESCRIPCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

I.- Ainhoa

Durante las entrevistas de valoración Ainhoa se mostró suspicaz y desconfiada al re-encontrarse con el psicólogo que le atendió cuando tenía 7 años. Comentaba que había cosas de su pasado que no le gustaban porque las hizo de manera obligada. No aceptaba que se le forzara ni siquiera a acudir a un tratamiento.

Se presentó como una chica introvertida hasta poder confiar en las nuevas personas. Había pasado los tres últimos años casi sin salir de casa y eso le había dificultado muchísimo las relaciones.

A medida que trascurren las entrevistas y se recogen aspectos que ella considera importantes, Ainhoa se muestra más relajada, permitiendo el contacto ocular, haciendo preguntas y opinando.

Su trayectoria escolar se había visto jalonada con interrupciones en la asistencia relacionada con serias complicaciones de salud. Con 2 meses tuvo que ingresar por una bronquiolitis grave que le mantuvo en el hospital un periodo prolongado y posteriormente las visitas a la urgencia han sido frecuentes principalmente por ataques de asma.

Desde pequeña también había tenido problemas en el entorno escolar, se metían con ella, le rechazaban y eso le terminó por desbordar psíquicamente impidiendo finalmente su asistencia al centro.

Tras las entrevistas de valoración y antes de comenzar el curso en la UTE tuvo un ingreso por pérdida aguda de fuerza en las piernas que requirió estudio en el hospital. Durante el ingreso comenzó a recuperar paulatinamente la fuerza de las piernas siendo el resultado del estudio normal. Al alta, inicio tratamiento fisioterapéutico con clara mejoría.

Ainhoa nos relata lo acontecido aquella tarde: “Sentí dolor lumbar tras bañar al perro. Tomé ibuprofeno pero el dolor no cedía. El dolor me impedía moverme. Estaba sola en casa. Estaba acostada cuando, de repente, percibo que no tenía fuerza ni sensibilidad en las piernas.”(…)

Al inicio de su estancia en la UTE fueron frecuentes los episodios de crisis. El trabajo permitió construir algo en relación con las crisis que luego nos permitió diferenciarlas en tres tipos:

A.- Crisis de tipo epileptiformes: se caracterizaban por presentar cuadro pseudo-convulsivo con pérdida de la conciencia. Aparición repentina interrumpiendo la actividad que en ese momento estuviese llevando a cabo.

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

No sintomatología prodrómica.

Requerían de la asistencia de los miembros del equipo clínico permaneciendo con ella para conservar la seguridad de la paciente. Se le hablaba para que supiese quienes estábamos con ella. Pasados 5-10 min comenzaban sus parpados a contraerse cuando recibía nuestros mensajes estableciendo así un canal de comunicación.

Una vez recuperada la conciencia Ainhoa se sentía mareada y con fuerte dolor de cabeza. Necesitaba cuidados en la enfermería donde se podía ir recuperando poco a poco, descansar y en definitiva, sentirse más tranquila.

B.-.Crisis de angustia: predominaba el desbordamiento, él llanto y la desesperanza, requiriendo en alguna ocasión traslado al hospital. Estas crisis tenían precedentes "imprecisos" que ella misma, a veces, identificaba sabiendo que elevaban su nivel de angustia interna: circunstancias de conflicto en casa, situaciones de difícil manejo que se generaban en la UTE con sus iguales y la falta de energía para enfrentar los problemas de su vida también era un elemento que precipitaba este tipo de crisis.

Eran necesaria la coordinación e implicación de los equipos, clínico y educativo, para poder responder en estas crisis. Tras el episodio, este de mayor duración que las crisis epileptiformes, era fundamental cuidar los espacios y talleres en los que Ainhoa iba a pasar el resto de la mañana. Debían de ser lugares con poco ruido y con poca aglomeración de gente, actividades tranquilas donde ella se sintiese bien.

C.- Crisis de despersonalización: se generaban en momentos donde las alteraciones del ánimo con predominio de estados depresivos oscilaban con momentos de aparente pérdida de conciencia de la realidad, apareciendo un discurso disociado y fluctuante de difícil abordaje.

Repentinamente Ainhoa se quedaba paralizada, bloqueada y con la mirada perdida, verbalizando cosas que no tenían relación con el momento actual sino que eran palabras que había utilizado en otras circunstancias. Esto desconcertaba muchísimo al grupo; algunos se asustaban y pedían ayuda, otros ni se inmutaban continuando con la actividad, otros respondían de forma brusca, etc.

Con el transcurso del tiempo las crisis se fueron espaciando hasta aparecer solo de forma puntual y de manera muy aislada.

Fue fundamental identificar la importancia de que Ainhoa tuviese un sueño adecuado y de calidad, reconociéndolo como factor protector clave en la evolución de su enfermedad y trabajando con la paciente los elementos que no permitían una adecuada conservación del sueño.

El trabajo elaborativo que Ainhoa fue haciendo le permitió re-construir y entender los distintos elementos traumáticos que habían ido quedando aislados, olvidados y difusos sobre su historia y su sintomatología actual.

Esto hizo cambiar el enfoque diagnóstico y por lo tanto pronóstico. Pudimos comprobar que sus crisis no remitían a una estructura psicótica, sino más bien a trastornos disociativos, lo que nos permitió un nuevo enfoque terapéutico, que hicieron que las crisis remitieran casi en su totalidad.

Tras el alta en la UTE, en alguna de sus visitas, nos ha contado que sale con unas chicas y se mueven por ahí sin problemas, "cojo el transporte público sin agobiarme tanto"-nos dice, y con algún proyecto para continuar sus estudios. Con importante sentido de la realidad nos trasmite: "no todos los días son buenos, pero por lo general estoy bien".

II.- Tali

Acude a la Unidad Terapéutica Educativa (UTE) de Ortuella tras un ingreso psiquiátrico, motivado por un brote psicótico en el que ella se sintió muerta. En las primeras entrevistas nos trae dibujos que hizo en su ingreso en los que aparecían personas sin cabeza. También trajo múltiples dibujos de antes del ingreso, dibujos de chicas sonrientes.

Cuando comenzó su estancia en la UTE acudía cada mañana con sintomatología referida al cuerpo. En el primer periodo venía cada día con la urgencia de contarnos lo que le ocurría, pidiéndonos cada vez que llamáramos a su madre para que le llevara al médico. No podía permanecer ni un minuto más en el centro. Los dolores físicos constantes e insoportables, mareos, temblores, escalofríos. La sensación de "desespero" cada vez más agravada le recorría todo el cuerpo. "Le quemaban los ojos y le salía sangre…". En ocasiones se desencadenan crisis de ansiedad de difícil abordaje con conductas verbales amenazantes, convirtiendo la demanda en "imposible", pudiendo hacer un viraje hacia episodios autoagresivos.

Si tratábamos de tranquilizarle comentándole que ya le íbamos a atender se agitaba y enfada muchísimo diciéndonos que no le creíamos. Nos decía que su médico tampoco le creía, le explicaba que eran nervios "y a mi me duele de verdad"-decía con desesperación.

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

Era complicado buscar palabras/gestos/lugares que calmaran a Tali siendo el margen de actuación que nos permitía, muy estrecho. Solo aceptaba pasar un rato en la enfermería.

A la vez rechazaba que tuviera que tomar medicación, porque eso quería decir que no se curaría nunca.

Poco a poco se dio cuenta que sí le creíamos, y fuimos pudiendo reconstruir con ella lo que llamábamos su gran crisis, lo que pudo desencadenarla y lo que sintió en ese momento. Así llegamos a reconstruir una hipótesis de lo que ocurría en su cuerpo: un día se le ocurrió a la psiquiatra decirle que quizá después de la experiencia de muerte que tuvo, con la cabeza separada del cuerpo, su cuerpo quedó afectado y ahora era el momento en que se estaba recomponiendo, y que quizá esos dolores tenían que ver con esa reconstrucción. Como cuando hay una fractura en un hueso.

A partir de ese momento las cosas transcurrieron por otro camino; los cuidados de enfermería le aliviaban, tenían un sentido para ella. Se le ayudó a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza, animándole a que los expresase, manifestándole apoyo y permaneciendo con ella durante los periodos de más ansiedad. Se favoreció la conversación y el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional. El dolor era un miedo que estaba condicionando su vida; el poder hablar de esto fue fundamental para entender la relación con el cuerpo desde otra perspectiva y hacer hincapié en la importancia de cuidarlo. La acogida en enfermería de cada mañana fue el lugar donde Tali depositaba sus cuestiones personales y preocupaciones con los temas de salud y eso le ayudaba a pasar la mañana de otro modo y a participar en los talleres, siendo el teatro, la danza y el taller de estética los que más le gustaban. La posición de "espera activa", una escucha y un acompañamiento, para Tali fueron muy importantes; sin objetivos prefijados, sin metas que alcanzar, sin prisa…Se pudo trabajar también el concepto que tenía sobre la medicación, que le ocasionaba un gran rechazo. Para ello realizamos un trabajo continuado, aprovechando los momentos subjetivamente más oportunos.

La estancia en la UTE, para Tali, fue momento de recuperación personal, donde se trabajo la re-agrupación de los distintos elementos que La Crisis arraso.

Al final, consiguió re-organizar "algo" de esa construcción que realiza el ser humano del propio cuerpo, haciendo existir otra forma de cuerpo para una adolescente psicótica.

Ella quería curarse para volver a Colombia a recuperar su alma.

Los últimos datos que tenemos de Tali son a través de su mama, quien nos dijo que había podido volver a su tierra natal, donde vivía con el padre y la familia de este.

III.- Iván

En las entrevistas de valoración, él nos dice que viene para que le ayudemos un poco en los problemas de la escuela, aunque matiza "ya me iréis descubriendo por el camino".

Se muestra un chico entusiasta, positivo frente a las adversidades y con mucha vitalidad, un chico con ideas propias. Le gustan muchas cosas, la TV, el ordenador, los deportes, la agricultura, etc. "De mayor quiero ser granjero y estar con los animales"-nos dice.

Los padres subrayan que el mayor problema de éste chico aparece a nivel de las relaciones sociales, principalmente con sus iguales, dificultades para pertenecer a un grupo de amigos y en ocasiones, la forma de acercarse a sus iguales ha producido rechazo.

Al inicio de su estancia en la unidad, aparece la inquietud como posición defensiva que no le permitía conectar con las cosas y los cambios que le estaba sucediendo; era todo imprevisible, entraba, salía, se apuntaba al taller de huerta pero no podía estar más que unos minutos, tiraba la azada con peligro para los que estaban allí… En las excursiones se repetía la misma dinámica, se iba, desaparecía pero volvía, fueron momentos en los que acercarse a los animales (sobre todo perros pero también caballos) era algo incontenible, sobre todo a los machos donde mostraba que las conductas sexuales más primarias le tenían fijado en el descubrimiento del pene.

Esta primera fase fue dando lugar poco a poco a otra en la que aparece su deseo de traer sus cosas, objetos y elementos depositándolos a los diferentes adultos. Iván, a través de estos objetos personales, vimos que nos traía algo de él, algo de lo que debíamos hacernos cargo los adultos de la UTE.

Con Sonia, la profesora, comenzó a mostrar una excepcionalidad peculiar por el deseo de elaborar su historia en Rusia siendo él quien elegía los días y los momentos para narrar sus años iniciales, y con Salva, el psicólogo, dibujaba y le traía sueños y pesadillas que algunos de ellos se le habían repetido desde los 6 años.

Las vivencias traumáticas eran fuertes y no habían cicatrizado teniendo todavía un valor e importancia claros. La inquietud comenzó a conectar con lo depresivo por la rabia que sentía de a ver sido abandonado. Decía que el trastorno en el cerebro dañado que sufría le hacía comportarse y funcionar de esa manera tan inquieta y temía que esto ocasionara, de nuevo, otro abandono.

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

La re-elaboración de estos elementos fueron haciéndose con su profesora, a través de la escritura y con su psicólogo, a través de los dibujos y sueños.

Este movimiento regresivo de Iván, le posibilitó el inicio de empezar a encontrar una manera de re-construcción propia integrando elementos de su pasado en el presente. Una regresiva que tiende a instalarse en el pasado, y que moviliza sensaciones corporales nuevas, opuestas y muy distintas a la hiperactividad y el movimiento constante, como si fuera "algo más capaz" de sentir su propio cuerpo, quizá ese cuerpo marcado por el trauma de un niño dónde el sueño y la escasa alimentación fueron dos cuestiones que estuvieron muy presentes. He podido apreciar en distintos momentos, en los cuales el agotamiento, el cansancio y el sentirse mareado, entraban a la enfermería, dejándose caer en el sofá, como escenificación que tenía que ver con esa expresión personal de él.

Este tiempo permitió ciertas elaboraciones mentales, mientras otros nos encargamos de cuidar ese cuerpo sufriente tan presente.

Tanto el trabajo elaborativo en curso como su frágil estabilidad escolar nos hizo replantearnos en el equipo multidisciplinar la posibilidad de plantear la continuidad de Iván, otro curso más a tiempo parcial.

Y así fue, continuo en la UTE un curso más en el cuál las cosas fueron distintas.

Tras el verano acude un cuerpo adolescente que se convierte conscientemente en instrumento y proyecto destinado a suscitar y retener el interés del otro. "Busca modelos de identificación, tanto masculino como femenino, en los adultos presentes y recordando algunos de sus compañeros del pasado curso, imitables o destacables, que inspiran o que repelen, en función de idealizaciones más o menos positivas o negativas y más o menos deformadas" (Lasa, 2003), jugando un papel fundamental en esta nueva etapa de Iván.

La demanda a la enfermería había evolucionado también; de unos cuidados estrechamente ligados a una primera etapa del maternaje dónde el acomodarse a las necesidades de Iván para satisfacer las necesidades elementales de este en su estado de dependencia absoluta (Winnicott, 1999), a otros cuidados más orientados a la preocupación por el desarrollo y crecimiento, por las tensiones, energías y fuerzas que en el cuerpo aparecen y por la preocupación de una imagen corporal ajustada para un adolescente de 14 años.

Se observa la transformación de como las conductas de actividad e inquietud permanente van dando paso a otras conductas donde ciertos elementos de pasividad se introducen, desplazando sus intereses hacia la comida, el trabajo personal, el ordenador, la pintura, las sesiones de papiroflexia, etc. pudiendo desarrollar mecanismos de autotranquilización, pudiéndose parar a pensar a pesar de no saber bien lo que le pasa, etc. descubriendo así una relación de confianza basada en la pasividad.

Al final seguía teniendo momentos, aunque más puntuales, donde la inquietud motora se seguía alternando con la necesidad imperiosa de salir, de sentirse solo, independiente y deambular, aunque poniendo palabras antes de irse "gracias por cuidarme y entenderme tanto".

Como os había dicho, os presento cuatro dibujos libres que Iván hizo durante su estancia en la UTE. Conversando con Salva, me describe que el proceso de elaboración o mentalización que siguió a la primera fase más de movimiento continuo, actividad, descarga etc. se vio reflejado en la complejidad de sus dibujos libres que fueron pasando de la esquematización inicial, a la bidimensionalidad, respecto a la figura humana y anunciando su interés por la escultura "porque tiene tres dimensiones".

Elegimos cuatro dibujos de una serie de diez realizados durante el curso:

1.- "BICHO PALO": lo realizo en las consultas de valoración, al comienzo de su estancia en el centro. Es un dibujo sencillo, simple, con el que quería mostrarnos su interés por la naturaleza y los animales.

2.- "COSA RARA": lo realizo en varias sesiones y al cabo de varios meses, cuando empezó a dejarnos "cosas" a algunos adultos de la Unidad2.

Este dibujo hace referencia al poder de absorción de los agujeros negros, solo si se destruyen estos agujeros, se evita la absorción que tiene un poder terrible y te puede llevar a otras galaxias (oscuras y tenebrosas).

Como se ve, la complejidad del dibujo y la proyección de su mundo interno, tienen que ver, con el establecimiento de una relación transferencial que permite la salida de elementos traumáticos de su historia (Hay que destruir los agujeros negros, si no conducen a la angustia, no hay otra salida).

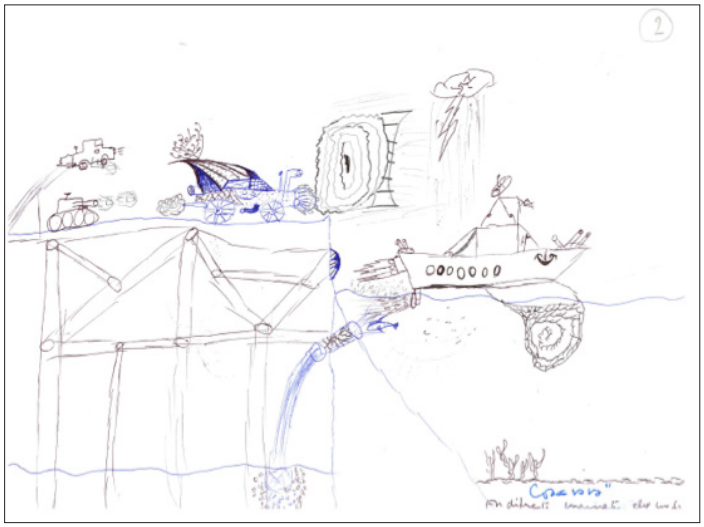
3.- "EL TORNADO MANEJABLE": quiere que el dibujo se realice entre los dos. Parece un dibujo que expresa la posibilidad de encontrar espacios pacificados que le permitan manejar su historia traumática (campos de concentración).

Los tres niveles del dibujo es una clara señal del proceso de integración psíquico que está pudiendo realizar.

4.- "CHICA EN BIQUINI": Es la primera vez que hace la figura humana en dos dimensiones. Está en un momento de interés por el cuerpo femenino y en definitiva del proceso de humanización de la sexualidad.

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

1- Bicho palo. Stick-bug.



2- Cosa rara. Rare thing.

3- El tornado manejable. Manageable twister.

4- La chica en biquini. The girl with swimsuit.

CONCLUSIÓN DE LOS CASOS:

Tres casos dónde figuran características patológicas diversas; Ainhoa representando una conversión o histeria con elementos disociativos, Tali fragmentada por una sintomatología más psicótica y los elementos traumáticos de Iván derivando en un funcionamiento maniaco defensivo alternando con momentos depresivos.

A su vez, esta diversidad, se ha visto aunada y unificada por el cuerpo. El cuerpo cómo lugar en el que se manifiesta el sufrimiento y cómo modo de expresión de los afectos.

El cuerpo-soma, el cuerpo-erógeno, el cuerpo como sensaciones, el cuerpo como motricidad, el cuerpo de la sensorialidad, etc. (Janin, 2011); estas podrían ser algunas de las relaciones que los adolescentes con trastornos mentales graves establecen con sus cuerpos.

Sujetos, a los quienes se ha intentado reducir toda situación de angustia a algo banal, y estas experiencias les han llevado a pensar que el único sufrimiento que los otros detectan es el sufrimiento del soma.

Sabemos que la gravedad de los pacientes que tratamos requeriría un marco con un margen de tiempo mayor. En la Unidad tratamos de hacer un trabajo intensivo, y

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

pensamos que es fundamental que este trabajo pueda tener una continuidad en otros espacios clínicos. Pero como ellos nos han enseñado: "es lo que hay", y con ello seguimos intentando que cada uno encuentre sus propias respuestas.

LA ENFERMERÍA:

Aparte de realizar funciones directamente relacionadas con las labores de una enfermera especialista en Salud Mental, las cuales son más conocidas, cito algunas a continuación: proporcionar cuidados, atención y apoyo a las personas con enfermedades mentales, ayudar entender, aceptar y convivir con su enfermedad, identificar situaciones de riesgo, observar a los pacientes con el fin de detectar cualquier cambio significativo en una etapa temprana, etc. me gustaría detenerme en la especificidad que tiene para mí las funciones de enfermería en un centro como la UTE.

La enfermería en la UTE es como una puerta de entrada que algunos atraviesan para transitar y acceder a aposentos más internos y privados.

Hay encuentros y citas que se llevan a cabo en el despacho de enfermería, otros, en cambio, en talleres dónde surgen conversaciones interesantes sobre preocupaciones que posteriormente se pueden derivar para trabajar a nivel individual desde la enfermería, con el psicólogo o la psiquiatra, y otras veces para trabajar en colaboración a dos o a tres.

Las puertas de la enfermería siempre están abiertas. Muchas de las demandas que recibo en enfermería son a través del CUERPO. El cuerpo enfermo se convierte en muchos casos en el vínculo que mantiene la unión; en muchos pacientes con escasa mentalización es el único vínculo posible.

Acuden muy a menudo a la enfermería, por sentirse mal, por tener dolores en diferentes partes del cuerpo y también en situaciones de crisis, para poder descansar o regresar parcialmente. Estos "cuerpos" no solo requieren cuidados físicos, sino también debemos entender la subjetivación del cuerpo de cada sujeto.

Pero, ¿cómo escuchamos estos cuerpos adolescentes?, ¿somos capaces de entender qué es lo que nos quieren decir? o como ya aparecía en algún apéndice documental al trabajo de Freud "Análisis fragmentario de una histeria" ¿cuánto más avanzados estamos actualmente en nuestra comprensión del "salto de lo mental a lo fisiológico"?

Estas cuestiones, aún algunas de ellas sin resolver, en parte, fundamentan una guía de trabajo a seguir en la UTE con los adolescentes con trastornos mentales graves.

En la adolescencia, el cuerpo, obtiene una posición central convirtiéndose en ocasiones en el único vínculo a través del cuál, los adolescentes son capaces de ponerse en contacto con sus propias emociones. Como profesionales de la salud mental que somos, debemos de ser capaces de poder ayudar, al desarrollo de potencialidades psíquicas y trabajar para re-construir, ante esta huida de la vida mental hacia el cuerpo que muchos adolescentes tienen, un camino que permita transcurrir hacia las dos direcciones evitando el sentido único. Una tarea ardua, puesto que la ciencia, base de muchos de nuestros conocimientos, en ocasiones podría servir de refugio ante las realidades psíquicas que vivimos.

Hablamos de adolescentes des-atendidos de su vida psíquica, que en sus etapas anteriores no pudieron o no supieron, porque nadie estuvo allí con ellos para acompañarles, interiorizar formas para poder dotar ese cuerpo no solo de soma sino también de psique.

Por lo que, es labor de la enfermera, acompañar en ese transcurso de lo más corporal, para poder ir traduciendo la sintomatología física, hacía registros más psíquicos, donde el "pensar de otro modo" permite dotar de sentido algunas angustias, tensiones, excitaciones, etc. ofreciéndolos otra forma de estar y en definitiva de ser.

Por todo esto, la enfermería, la hemos ido convirtiendo en el lugar dónde se tolera tumbarse para descansar, se permite estar en silencio, donde se acompaña y se cuida. Un espacio que no pretendemos llenarlo de palabras sino de actos. Un lugar que invita a la confianza abrir canales que permitan la irrigación hacia otros lugares desconocidos del cuerpo.

El acompañamiento, el cuidado, la confianza y el descubrimiento resulta en que los adolescentes pueden ir incorporando y haciendo suyas las palabras, argumentos y reflexiones que hacemos entre varios en la UTE de Ortuella.

La enfermera, figura que se sitúa "distraídamente atenta"; pudiendo estar presente y ausente a la vez, compartiendo con ellos algunos talleres en los cuales surgen cuestiones importantes como, las dificultades de relación con sus iguales, las destrezas e impericias en las habilidades, el compartir, la paciencia, la disparidad de opiniones, etc.

Una figura que se sitúa a la espera. Con los adolescentes, las cosas surgen de distinta forma si se recogen en el momento que ocurren; me explico; que no con todos sirve el citarles y tener unas horas reservadas para que acudan hablar a la enfermería. En la mayor parte de los casos, es fundamental, en el tratamiento con estos pacientes, la

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

flexibilidad para atender su demanda y encauzarla.

Cada adolescente marca un ritmo distinto; para unos, es fundamental comenzar su jornada en la UTE haciendo una acogida de sus cuidados, convirtiéndose la enfermería en un lugar de intercambio de intereses donde surgen distintos aspectos y preocupaciones relacionados con la salud (dificultades con el sueño, curiosidad por un alimentación saludable, recomendaciones entorno al ejercicio físico, dudas sobre el crecimiento y desarrollo, etc.).Algunos, solo pueden acudir cuando el cuerpo dolido, cansado, magullado, etc. les permite llegar. Otros, ni siquiera pueden sentir, escuchar ni cuidar esos cuerpos sufrientes.

Los adolescentes son personas en trasformación permanente, donde el cuerpo sufre modificaciones constantemente que resulta difícil de manejar y complicado de representar. No hacemos nada para permitir la estabilidad del cuerpo si sólo interpretamos lo que se actúa sobre o por el cuerpo como expresión de conflictos mentales. Si en vez de ello podemos considerarlos más bien como una expresión de conflictos del cuerpo, de un cuerpo que todavía se está haciendo, entonces podemos poner las dificultades corporales como tema central para poder trabajar.

Otra característica de la enfermería, y no por nombrarla en este lugar menos importante que las anteriores, es la imprevisibilidad. No se trata de un riesgo. La imprevisibilidad se define por el saber que se hace esperar y por ese punto de complicidad abierta a la sorpresa.

Esta te confronta directamente con el no saber. No saber que hacer, no saber que pensar incluso no saber cómo estar. Es aquí, en este punto desconocido, donde uno no sabe.

Mi experiencia en la UTE me está permitiendo descubrir ciertas claves que me ayudan a calmar, en cierto modo, esa angustia que se despierta en estas situaciones de imprevisibilidad. Voy a mencionar dos que me parecen fundamentales:

-CREAR. Para ello es preciso saber salirse de los patrones habituales de pensamiento e intentar acostumbrar a la mente a transitar por otros caminos, aunque puedan parecer obvios, tontos o ilógicos.

-SABER NO SABER. Estos sujetos, en demasiadas ocasiones a lo largo de sus vidas, se han encontrado con seres humanos omnipotentes e inflexibles, por los cuales se han sentido perseguidos y acorralados. Donde la exigencia les desbordaba. Donde sus gustos e ilusiones quedan desplazadas y donde su palabra parece que emitiera un sonido sordo incapaz de ser escuchada.

Los adultos debemos ser capaces de olvidar al instante lo que sabemos y así dejar espacio para que ahí se pueda hospedar el saber del niño o adolescente, porque con nuestro saber impedimos que ellos elaboren el suyo.

Para finalizar, destacare algunas de las conclusiones que me han ido surgiendo durante mi experiencia en la Unidad Terapéutica Educativa, y subrayaré también algunas reflexiones que me han acompañado en la construcción de este trabajo.

CONCLUSIONES FINALES:

- Muchas de las demandas que recibo en enfermería son a través del CUERPO.
- Nuestros pacientes acuden muy a menudo a la enfermería, por sentirse mal, por tener dolores en diferentes partes del cuerpo y también en situaciones de crisis, para poder descansar o regresar parcialmente.
- Estos “cuerpos” no solo requieren cuidados físicos, sino también debemos entender la subjetivación del cuerpo de cada sujeto. Algunas experiencias que vivimos son producto de estas fragmentaciones corporales.
- Nos encontramos con algunos para quienes la demanda de cuidados a la enfermería es permanente, o quienes establecen una transferencia persecutoria con algunos de nosotros, o una demanda de “encontrar sus límites”, etc.
- Algunos pacientes, van pudiendo hacer una cierta elaboración de lo que les ha ocurrido y de cómo orientarse en su tarea de “restauración”. En otros casos la posibilidad de elaboración es escasa, pero sin embargo son muy sensibles al modo en que tratamos sus problemas, lo que les permite ir encontrando sus propias respuestas.
- La construcción de un Otro Institucional dónde circula el diálogo y la palabra, dónde los componentes del equipo nos dirigimos unos a otros, con el paciente para pedirle al otro tal o trasmitirle una preocupación. Antonio Di Ciaccia habla de “Crear una atmósfera” en la que se tenga en cuenta la particularidad del sujeto, pudiendo este encontrar la calma en ese Otro descompletado, que no forma un uno completo. Crear un lugar para el sujeto supone saber que lo que importa es su propia palabra, lo que él tenga que decir, aunque no sepa cómo hacerlo.
- Las fusiones simbióticas, generalmente con la madre, cuando permanecen simultáneamente

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

con los adolescentes cuerpos sexualizados, se convierten en una complicación y una fuente de angustia importante.

- Los cuidados permiten transferir, a través de un registro más simbólico, aspectos y cuestiones que sirven para mediar con esos excesos de los adolescentes con patología mental grave.
- La UTE como un tercero mejor regulado, que está y se mantiene, que respeta las vivencias personales y que trata de entender las necesidades de cada sujeto.
- La satisfacción inmediata tan particular de los adolescentes acepta a la temporalidad y desarrolla una capacidad que les permite esperar, necesitando cada sujeto, eso si, un tiempo personal distinto. La confianza y seguridad de que se les va atender son premisas fundamentales para que cada uno entienda que tienen un lugar en la enfermería.
- Para trabajar con adolescentes es importante acordarse y tener presente nuestra propia adolescencia, sin olvidar la importancia que tiene también el "dejar de lado" el modelo adolescente que uno mismo quiere, que los padres quieren, que los maestros quieren.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Janin, B. (2011). Somatizaciones en niños. En B. Janin y E. Kahansky; (comps.), Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes (pp. 15-36); Argentina: Noveduc.

Lasa, A (2003). Experiencia del cuerpo y construcción de la imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias. Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, 2; 53-74.

Nemirovsky, C. (1999) Edición-reedición. Reflexiones a partir de los aportes de Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. Recuperado (5-08-2015), de (http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1256992.)

Orbach, S. (2013). Cuerpos en crisis: cómo los imperativos culturales se convierten en tragedias psicológicas que distorsionan la corporalidad en la adolescencia; "En"; S. Orbach; IV Jornad@s IARPP-E Cuerpo y adolescencia. (9-22); Barcelona.

Peckel, B. y de Halleux, B. (2003) Hacer inexistir la violencia; Cuadernos de Psicoanálisis, 28; 105-110.

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

EL GRUPO COMO RECURSO TERAPÉUTICO EN UN CENTRO TERAPÉUTICO EDUCATIVO*

THE GROUP AS A THERAPEUTICAL RESOURCE IN AN EDUCATIONAL THERAPY CENTRE

Uxue Picaza Ereño**, María San Pedro Verdejo*** y Ana María Fernández Cagigas****

RESUMEN

El principal objetivo del presente artículo es el de proporcionar información acerca de la unidad terapéutico educativo de Ortuella incidiendo tanto en los aspectos de su funcionamiento interno; como en los programas grupales clínicos que se desarrollan en él. Los niños que llegan a este centro presentan pesadas patologías que les sitúan lejos del lazo social y de la posibilidad de entrada en el aprendizaje y lo que deseamos como salida de su recorrido institucional es que sean autónomos en sus comportamientos y que hayan entrado, o estén preparados para entrar en un recorrido escolar. Hemos podido comprobar que existe bastante literatura científica acerca de la eficacia de los dispositivos terciarios en el tratamiento de estas patologías, pero muy poca que explique el funcionamiento o la estructura óptima de estos dispositivos.

Palabras Clave: Centro Terapéutico Educativo, tratamiento multidisciplinar, infancia y adolescencia.

ABSTRACT

This article aims to provide information about the Ortuella therapy and eduction centre both in terms of its internal operation and its clinical group therapy programs. Children arriving at the centre present severe pathologies that place them beyond the social fabric and the possibility of entering an educational programme, and our goal is that their institutionalization will enable them to be behaviorally autonomous and enter, or be prepared to enter, an educational programme. We have been able to verify that sufficient scientific literature exists on the effectiveness of tertiary mechanisms for treating these pathologies, but very little that explains the operation of the optimum structure for such mechanisms.

Key words: Educational Therapy Centre, multidisciplinary treatment, childhood and adolescence.

INTRODUCCIÓN

El departamento de Educación del Gobierno Vasco

* Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Médico – Psiquiatra. Coordinadora clínica del CTE de Ortuella. Osakidetza. E-mail: UXUE.PICAZAERENO@osakidetza.eus

*** Psicóloga clínica del CTE de Ortuella

**** DUE especializada en salud mental del CTE de Ortuella

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

mediante un decreto de diciembre de 2006 creó los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliara y Terapéutico-Educativa como servicios de apoyo a la educación; con el objetivo de prestar atención intensiva e integral a niños con trastornos psiquiátricos graves que presentan dificultades para ser asumidos en un momento determinado por el entorno escolar normalizado y/o centro de salud mental.

Esta es una de las particularidades del centro al que nos referirnos por no tratarse de un centro de día clínico al huso sino de un dispositivo asistencial integrado en un dispositivo educativo. La unidad terapéutico-educativa de Ortuella (UTE) se encuentra situada en el municipio de Ortuella en Bizkaia. Se trata de un edificio compartido por dos unidades terapéutico educativas diferenciadas por la edad, segunda infancia y adolescencia.

La estancia en la unidad se plantea de forma temporal, contemplándose una estancia máxima de un año con las temporalidades del marco escolar (el equipo clínico mantiene las actividades terapéuticas el resto del año) y el objetivo será el de conseguir la reintegración de estos niños a su centro escolar de procedencia o, si procede, encontrar el centro educativo que mejor podrá responder a las características de enseñanza para el niño.

Derivación

El proceso de derivación se realiza de acuerdo al protocolo elaborado conjuntamente por Osakidetza y el Departamento de Educación para lo que se requieren informes de ambos organismos; el consentimiento informado de los padres o tutores así como la aprobación por parte de la Comisión Técnica de la UTE.

Perfil y funcionamiento Mental de los niños.

La unidad a la que nos referimos acoge a niños de 6 a 12 años de edad. (10 niños). Existe un consenso generalizado entre los distintos autores a la hora de considerar los criterios diagnósticos de inclusión y exclusión en los dispositivos intermedios.

Son incluidos, a) los trastornos generalizados del desarrollo (TEA); b) trastornos psicóticos que no estén en fase aguda; c) Trastornos graves de la personalidad y otros trastornos que por su gravedad no puedan abordarse desde un centro de salud, ni en un entorno escolar normalizado.

Se excluyen autismos severos, cuadros deficitarios severos así como trastornos disociales y adicciones a tóxicos.

La mayoría de los niños derivados a la UTE comparten en mayor o menor grado características del núcleo estructural psicótico que incluye: una indiferenciación entre el yo y el otro con una identidad personal difusa, una falta de imagen corporal unificada; un predominio del proceso primario sobre el secundario y existencia de angustias primarias y mecanismos de defensa arcaicos. Hablamos de niños instalados en la omnipotencia, la proyección y la negación con vivencias de angustias de aniquilamiento y desintegración frecuentes.

Sabemos de la vulnerabilidad; del temor a la relación afectiva y de la necesidad de establecer una distancia que les proteja. Con frecuencia cuando llegan al centro, no soportan que nos dirijamos a ellos de forma directa. Se sienten perseguidos fácilmente por la palabra y la mirada expresándolo generalmente a través de conductas que tendemos a calificar de extrañas, agresivas o disruptivas.

Necesitan de una relación estable, de confianza y con garantía, continuada en el tiempo.

El Equipo/Recursos Humanos

El personal, dependiente del Servicio Vasco de Salud y del Departamento de Educación, se constituye funcionalmente como un equipo multidisciplinar, contando con un coordinador sanitario y un coordinador educativo.

Equipo Sanitario:

- 1 Médico psiquiatra (media jornada).
- 1 Psicóloga clínica (jornada completa)
- 1 Enfermera especializada en Salud Mental (jornada Completa)

Equipo Educativo:

- 1 Coordinador del Área Educativa.
- 2 Profesoras especializadas (Pedagogía Terapéutica).
- 1 Maestro taller de Artes plásticas.
- 1 Profesor de deporte a media jornada.
- 1 Psicomotricista relacional.
- 1 Auxiliar de educación especial.

Se trata de un trabajo multidisciplinar siendo una de las tareas fundamentales la de la elaboración conjunta del proyecto de atención individual para cada niño; flexible y adaptado de forma periódica conciliando los discursos educativo y clínico (tan divergentes en algunos aspectos, pero que tienen una particular que los aúna, ambos discursos saben de la necesidad del consentimiento del sujeto tanto para el trabajo educativo como para el trabajo clínico. Se trata entonces para el equipo de elaborar este trabajo para el consentimiento del sujeto y no de un

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

trabajo a pesar de él, relegándolo a la condición de objeto del Otro que sabe de él y por él.

Se ha tratado de mantener un discurso en el que se abandone la idea de tratar a la psicosis como un déficit sino como una visión particular "su visión psicótica "del mundo. Es el niño el que debe hacer su propio trabajo de mentalización. Favoreciendo el paso del lugar del objeto del niño al lugar de sujeto. Por ello la posición del adulto será evitar encarnar a ese otro persecutorio y omnipotente haciendo un vacío en el que pueda alojarse el saber del niño; un "adulto regulado" (Di Ciaccia, A. 2003).

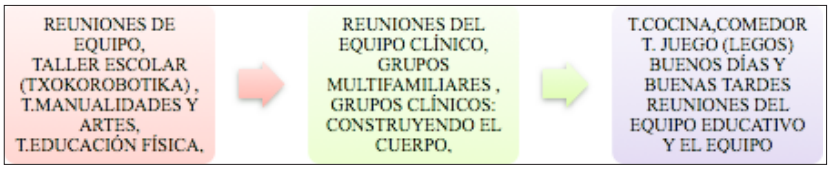
LOS TALLERES GRUPALES COMO RECURSO TERAPÉUTICO EN LA UTE

Aunque existen actividades orientadas desde una perspectiva más clínica y actividades con un contenido más educativo-escolar; la estructura se concibe como terapéutica. Hablamos de un traje a medida, privilegiando lo particular frente a lo general o universal; se trata de responder a cada niño.

Así en el trabajo en la UTE se desarrollan multitud de espacios grupales que tratan de favorecer encuentros y mediaciones a aquellos que tienen dificultades para hacer lazo social. Son deliberadamente puestos en relación durante los talleres y las actividades cotidianas para que se familiaricen con la presencia del otro, sin olvidar que es desde su consentimiento este abordaje entre otros.

La construcción de los talleres responde se elabora de acuerdo con los niños que se encuentran en la UTE.

En este espacio nos centraremos en los encuentros grupales dirigidos por los clínicos. Los talleres grupales se ofrecen abriendo la posibilidad del trabajo relacional desde la contingencia del encuentro.



La mayoría de las actividades se realizan en pequeño grupo, de tres a cinco niños, lo que permite al adulto dirigirse a cada uno individualmente. En sentido amplio, los llamamos talleres. Algunos son fijos y otros variables. Se realizan diversas agrupaciones de los niños en función de su estado evolutivo y capacidades (de su preparación para entrar en el pequeño grupo).

Se trata de ayudar a cada niño en su particularidad favoreciendo de posibilidad de inventar y establecer las bases de una relación pacífica con el otro. Esto exige por parte del psicoterapeuta una atención extrema asegurando condiciones de habitabilidad relacional donde el ruido no sea exagerado, que la oferta hecha a los niños sea suficientemente consecuente, que ningún niño sea dejado de lado o sea blanco de la agresividad física o verbal de los otros, etc.

Hablamos de grupo recordando que no es "el grupo al huso". Se trata de un espacio y un tiempo en el que los niños comparten una tarea mediada por los adultos que en una posición atenta favorezca la contingencia de encuentros que favorezcan los procesos de separación/individuación.

CONSTRUYENDO EL CUERPO

Grupo semanal de una hora de duración guiado por la psiquiatra y la enfermera con el apoyo del personal en prácticas. Existe una tercera persona del equipo que mantiene una posición de guardia para dar apoyo exterior si algún niño no puede mantenerse en el grupo.

Sabiendo de la dificultad de los niños con trastornos graves, para los que las palabras se vuelven en muchas ocasiones fuente de malestar, pero para los que frecuentemente encontramos que las imágenes cobran un valor de suplencia y posibilidad elaborativa, diseñamos este taller aliando lo visual y lo auditivo, los gestos y las palabras, las imágenes y la música para permitirles acceder no solamente a la significación, sino también a diferentes maneras de tratar la información.

Objetivo: Que cada niño encuentre la forma de construir su propia unidad corporal, integrando los diferentes sentidos corporales en el cuerpo: gusto, olfato, tacto, vista, oído.

Que cada niño invente la manera de cuidar(se) el cuerpo.

Encuadre: Es a través del formato del "PARTY" (juego de mesa) y de sus 5 actividades diferenciadas; hablar mediante los dibujos, los gestos, las palabras y las sensaciones corporales (experimento) puestas al servicio del trabajo clínico como se constituye la base del juego. Para ello se confeccionaron unas tarjetas especiales donde el cuerpo es la referencia base diseñadas en torno a los cinco sentidos.

La temporalidad del juego es particular sosteniendo los tempos individuales para cada niño (la singularidad,

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

la particularidad como herramientas básicas para la construcción del cuerpo y por lo tanto del yo) a la vez que sostenemos un tiempo grupal conteniendo y dando permiso a la diferenciación y a la semejanza. A veces sucede que estos niños se colocan en espejo frente a otro, repitiendo indefinidamente sus comportamientos, no sabiendo encontrar una frontera entre lo que es él mismo y lo que es su exterior. En este caso, le toca al adulto diferenciar claramente y garantizar la identidad, el lugar de trabajo de cada uno. En otras ocasiones se observa la necesidad del doble para un niño, sosteniendo esta elaboración particular para mantenerse en el trabajo. En otras ocasiones se observa como la seriación y la clasificación hace posible sostener el trabajo en el grupo.

Hay que estar siempre listo para oír lo que se dice, con las palabras, con las conductas, acusar recibo del deseo del niño, sea cual sea su modo, su lugar y su momento de aparición, sosteniendo su lugar como sujeto particular.

De este modo la función básica de los adultos será sostener el lugar y el tiempo de expresión para cada niño, aspectos básicos para la construcción simbólica.

Antón, en el momento de trabajar con la boca pudo decir que tenía un gran secreto que le producía un gran pesar y que necesitaba del chupete para salir de la angustia en la que se hallaba y reencontrar la unidad corporal saliendo del malestar. Aritz por su parte, en el momento de acostarse preguntó ¿Qué pasa cuando cerramos los ojos para dormir, seguimos estando?, haciéndonos así entrever su angustia en el momento difícil que le impide dormirse. Para ellos ha sido la primera vez en la que han podido dar cuenta a través de las palabras de su malestar. Encuentros que permiten construir un síntoma propio que les abre el camino hacia el trabajo; subjetivando la angustia.

TALLER DE LAS EMOCIONES

Taller semanal de una hora de duración guiado por la psiquiatra y la psicóloga clínica con el apoyo del personal en prácticas. Existe una tercera persona del equipo que mantiene una posición de guardia para dar apoyo exterior si algún niño no puede mantenerse en el grupo.

Objetivo: Que cada niño encuentre la forma de extraer y con ello localizar en el cuerpo propio lo sentido, en general como malestar emocional y, encontrar la posibilidad de anudar cuerpo y palabra. Estas operaciones de localización y de extracción permiten el trabajo de identificación y diferenciación subjetiva.

Encuadre: En este grupo el soporte o instrumento base para iniciar el taller fue el "Bingo de las Emociones" (Juego de mesa con formato de Bingo). Este juego sirvió de puente a uno de los chicos para traer una canción al taller de forma que y de una manera natural cuando el niño pudo; a su ritmo y no sin el lazo con los otros, pudo utilizar la música como mejor instrumento para sentir y expresar su propio cuerpo y emociones.

Esta propuesta tuvo una buena aceptación por el resto de chicos que comenzaron a traer sus canciones; así el taller se abrió camino. Cada día uno de los chicos traía su canción que antes había sido acordada con la terapeuta que imprimía la letra y localizaba en la red para ser escuchada. Esta maniobra permitía construir una demanda y trabajar la espera. Al principio cada niño estaba atento a su canción para posteriormente pasar a un tiempo de canto en grupo o playback del que pudieron disfrutar y formar parte de lo que, desde fuera bien podríamos nombrar como un "coro".

A partir del espacio de las canciones y tras observar que una de las psicoterapeutas tenía una cámara otro elemento técnico cobró relevancia para la extracción del objeto mirada, la cámara. Los chicos solicitaron ser grabados. Durante las sesiones los chicos ocupando posiciones como directores y guionistas pudiendo realizar pequeños cortos en los que representaban persecuciones y muertes como mejor instrumento para representar sus propias angustias.

Así descubrimos y acogimos aquello que no pudo ser elaborado y modificado en su tiempo, para tratar de conseguir ahora una evolución diferente. El taller fue evolucionando gracias a los propios chicos con la mirada atenta y la escucha de las terapeutas que pudieron hacer de él su espacio de despedida (de duelo). Para este fin continuaron utilizando la dramatización mediante entrevistas de despedida, como mejor manera para poder hacer un recorrido por su paso por el centro y su despedida.

En este taller los objetos voz y mirada, desde sus diferentes vertientes, los niños encontramos sus maneras de extraer del otro estos objetos y construir su propia voz y su propia mirada.

TALLER DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD

Objetivo

Reconstrucción de la imagen: autoestima

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

Candidatos

Niños que han sido objeto de maltrato y o de abandono por parte de las figuras de referencia.

Se trata de un grupo cerrado con una propuesta de trabajo que tiene un principio y un fin.

Encuadre y peculiaridades

Al igual que en las otras dos formas grupales, se mantiene el encuadre, dos terapeutas principales, en este caso, la enfermera y la psicólogo clínico, el personal de prácticas clínicas y un terapeuta exterior de guardia, para cuando alguno de los chicos se enfrenta a un malestar que no puede ser tramitado en situación grupal, y el personal de prácticas.

Las particularidades que observamos en este grupo se corresponden también al paso de los objetos soporte para su realización. Desde el primer instrumento ofertado se terminó el trabajo a través de la construcción de lo que llamaríamos "sus obras de arte", colección de láminas y murales a través de los cuales los chicos encontrando la manera de localizar aspectos de sufrimiento y malestar encapsulado, rectificar una identidad de agresores/víctimas que repetían en un círculo infernal.

Ellos nombraron este taller como "mi mágica identidad", descubriendo aspecto de sí mismo de valía y de altruismo difícilmente localizados.

El logro fundamental de este taller para los chicos que pudieron permanecer en él podíamos nombrarlo como de salida de un encapsulamiento de una posición que oscilaba para ellos entre víctimas y/o agresores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Burnand, J., Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (1993). La acción terapéutica de los Centros de Día.En:J. Manzano y F. Palacio-Espasa (Comps.), Las Terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía (pp. 153-165). Barcelona: Paidos.

Coccoz, V. (2001). Un lugar en el mundo. Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y psicosis infantil en el Área Mediterránea. Ministerio Affari esteri. Direzione generale per la promozione e cooperazione culturale. Ambasciata d´Italia. Madrid

Martín Bayon, D. (2009). Trastornos psiquiátricos graves en la adolescencia (experiencia en el hospital de día tipo comunidad terapéutica). Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 47,151-162.

Mazet, P., Houzel, D. y Burzstejn, C. (2001). Autismo infantil y psicosis precoces del niño. Encyclopédie Médico-Chirurgicales- E-37-201-G-10

Misés, R. (1994). Pathologies limites de l´enfance. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris), Psychiatrie, 37-201-A-30

Vilá, F. (2001). Actualidad de la clínica del Autismo. Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y psicosis Infantil en el Área Mediterránea. Ministerio Affari esteri. Direzione generale per la promozione e cooperazione culturale. Ambasciata d´Italia. Madrid

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

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS CON FAMILIAS*

PSYCHOTHERAPEUTICAL INTERVENTIONS WITH FAMILIES

José Barrera Piñero** y Mª Dolores Gómez García***

RESUMEN

En el presente trabajo se describen algunos tipos de intervenciones con niños y adolescentes y sus familias, en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital de Valme (Sevilla, España), ya sean grupos de asesoramiento o terapia, terapias familiares, incluso dispositivos organizados combinando intervenciones de arte-terapia y psicoterapia con padres, adolescentes y grupos multifamiliares. Es importante, mejor crucial, contar con la familia para ayudar al niño. En cualquier caso, ayudar al niño es ayudar a la familia.

Palabras clave: terapia familiar, grupos terapéuticos, grupos multifamiliares, niños, adolescentes.

ABSTRACT

In this paper some types of interventions with children and adolescents and their families are described in Unit of Child and Adolescent Mental Health, Valme Hospital (Seville, Spain), whether counseling or therapy groups, family therapy, even devices combining interventions organized art therapy and psychotherapy with parents, teens and multi-family groups. It is important, crucial best, count on the family to help the child. In any case, help the child is to help the family.

Key Words: family therapy, therapy groups, multi-family groups, children, adolescents.

INTRODUCCIÓN

La Unidad para la que trabajamos pretende dar respuestas a las personas con problemas muy severos de Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia, así como a sus familias. Con este fin, está organizada para ofrecer tratamientos intensivos cuando es necesario, tanto a los que nos consultan en el régimen de consultas externas, como a aquellos menores que son atendidos en programa de hospital de día.

Las patologías severas tienen una extraordinaria influencia en la persona, sus relaciones y su entorno significativo y, a menudo, restringen, limitan o anulan

* Taller presentado en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital de Valme. E-mail: jnbaher@cop.es

*** Psiquiatra. Psicoterapeuta. Unidad de salud Mental Infanto-Juvenil .Hospital de Valme. E-Mail: tejadagomez@hotmail.com.

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

el desarrollo de la experiencia de vida, incidiendo negativamente en la constitución de la identidad y en el funcionamiento personal y social, con riesgo de cronificación. La atención a la familia es básica y fundamental para reducir los efectos limitantes y el sufrimiento en la persona y sus relaciones en distintas esferas (familia, colegio, instituto, red social…).

Pasemos a describir algunos aspectos contextuales que enmarcan la práctica terapéutica con los chicos y chicas y sus familias.

TRATAMIENTOS INTENSIVOS

El trabajo en Hospital de Día está organizado por rangos de edad, pudiéndose definir básicamente cuatro grupos: los pequeños, los medianos, los pre-púberes y los adolescentes. Definidos así los grupos, se atienden cada uno de ellos un día de la semana, por lo que el modelo de hospital de día que seguimos difiere del más generalizado de hospitalización parcial durante todos los días de la semana. Con este marco, la actividad es básicamente grupal con los menores y es sostenida por la terapeuta ocupacional y la monitora. Al mismo tiempo, algunos de estos chicos son atendidos con sus padres o sus familias según diversas modalidades.

Por tanto, se trata más de un modelo de Tratamientos Intensivos que se centra en la atención a las patologías más graves y a las crisis desorganizadoras, en distintos niveles, ya que se trabaja con el grupo de iguales, con los individuos, con sus padres, o con las familias –incluso a veces en el plano trigeneracional (Andolfi, 1989). Hay que aclarar que no todos los chicos que tienen estancias en este programa de hospitalización parcial, reciben atención en todos los niveles señalados. En parte, porque todos los profesionales psiquiatras y psicólogos que conforman esta Unidad desarrollamos nuestra práctica tanto en consultas externas como en hospital de día y, en parte, por la orientación derivada del análisis de la demanda. Pero, el trabajo en equipo permite que, por ejemplo, la terapeuta ocupacional participe en el grupo de padres de los niños que asisten un día a la semana al programa de hospital de día, lo que ayuda a la mejor comprensión de la problemática de los chicos y realizar ajustes en el abordaje de habilidades, socialización, etc.

Como hemos señalado anteriormente, es posible hablar de tratamientos intensivos aplicado al ámbito de las consultas externas, ya que podemos indicar un abordaje regular y frecuente sin que tenga el chico o la chica que asistir toda una mañana un día a la semana y que, a su vez, se coordinen diversos profesionales para intervenir. De este modo, se puede hablar de intervenciones psicoterapéuticas intensivas, cuyo propósito es tanto sostener como ayudar al cambio en el ámbito relacional, en la búsqueda de soluciones, en la tríada afecto-conducta-cognición, o bien en la recuperación y reintegración si es el caso. En este sentido, la tarea de atender a las patologías más graves o desorganizadoras comprende el trabajo con las relaciones familiares, la creación de un ambiente terapéutico facilitador, la socialización y la colaboración con otros sistemas.

INTEGRACIÓN DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

La intervención psicoterapéutica con familias está integrada en el conjunto de intervenciones de la Unidad, ya sea las que se propician desde el programa de hospital de día, como desde la atención en consultas externas.

El programa de hospital de día se ha configurado para ofrecer tratamiento intensivo a menores de distintos grupos de edad. Para que esto sea posible, la estancia es de una mañana a la semana para los diversos grupos, como se describía anteriormente. El trabajo en este programa es básicamente grupal con los menores, e incluye la cartera de servicios habitual (psicomotricidad, habilidades sociales, juego, expresión plástica, observación diagnóstica…). La organización de esta tarea corre a cargo de la terapeuta ocupacional quien, a su vez, participa en los grupos terapéuticos de madres y padres de los menores incluidos en el citado programa, y coordinados por la co-autora del presente trabajo.

Otro tipo de intervención se realiza con pacientes adolescentes que anteriormente han sido incluidos en el programa de hospital de día, pero que ya no lo están y siguen necesitando ayuda. Parte de estos pacientes siguen tratamiento grupal de frecuencia semanal o quincenal (actualmente, la frecuencia es quincenal) y otra parte lo hacen en una actividad vespertina, quincenal también, que está configurada para trabajar con el grupo de adolescentes, el grupo de los padres y madres, y grupos multifamiliares (GMF). Ésta última combina la intervención psicoterapéutica grupal de tiempo limitado, con el trabajo grupal en arte-terapia y diversas técnicas expresivas, así como encuentros multifamiliares.

A su vez, la Unidad dispone de un programa de Terapia Familiar a cargo del otro autor de este trabajo, quien cuenta a menudo con la participación observante de un residente de psicología clínica o psiquiatría, al igual que ocurre con los grupos de terapia o multifamiliares.

Las diversas actividades terapéuticas con familias se

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

pueden agrupar en dos categorías, si pensamos en el enfoque o tipo de abordaje –psicoterapia de grupo o de familia–, con el denominador común de la participación o la colaboración de familiares, tal y como trata de ilustrar el gráfico (Gráfico 1).

Gráfico 1: Integración de la intervención familiar.

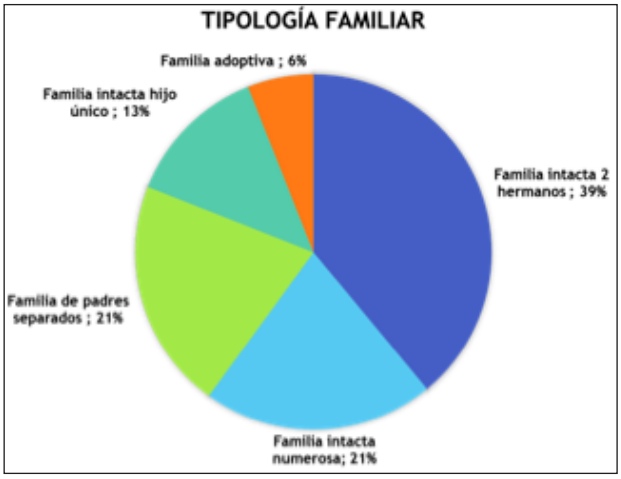


Gráfico 2: Tipología Familiar.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS

En el desarrollo de las intervenciones terapéuticas familiares del programa de hospital de día influyen tanto los recursos disponibles en cuanto a espacios, horarios de atención y profesionales, como las características de las familias a las que atendemos en la medida en que procuramos adaptarnos a sus necesidades.

Por este motivo nos planteamos estudiar dichas características familiares y los factores de riesgo socio-familiar de un segmento de la población infanto-juvenil en un estudio transversal en el que se recogen datos de una muestra de 53 niños y adolescentes que estaban siendo atendidos en el Programa en junio del 2015. Se trata de un estudio piloto de uno mayor que se pretende desarrollar ampliando la muestra.

Los datos recogidos son relativos a las características de las familias, realizándose un análisis descriptivo de las siguientes variables: tipología familiar, dificultades económicas, dispersión geográfica, y factores de riesgo asociados, expresados en porcentajes.

A. Tipología Familiar

La tipología familiar se ha estudiado categorizándola en: familia intacta de hijo único, familia intacta de dos hermanos, familia intacta numerosa, familia de padres separados y familia adoptiva. De los resultados encontrados destacan la tipología de familia intacta de dos hermanos como la de mayor porcentaje (39 %). (Gráfico 2)

Gráfico 3: Dificultades Económicas .

B. Dificultades Económicas

Se ha estudiado si las familias atendidas expresaban o no tener dificultades económicas, encontrando que solo un 23 % de las mismas expresaban tenerlas.(Gráfico 3).

C. Dispersión Geográfica

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital de Valme atiende a una población principalmente rural y con importante dispersión geográfica. Se ha estudiado esta característica teniendo en cuenta la distancia en kilómetros a la que se encuentra la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia de cada familia, de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital de

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

Valme, habiéndose encontrado un porcentaje menor de familias atendidas en el Programa de Hospital de día, de las zonas de mayor dispersión geográfica.(Gráfico 4)

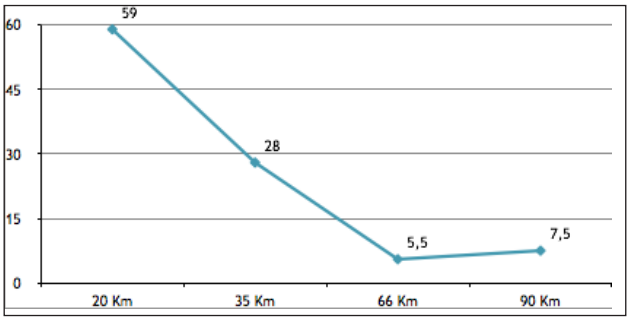


Gráfico 4: Dispersión geográfica.

D. Factores de Riesgo Familiar.

Los factores de riesgo familiar estudiados han sido tener un progenitor con Trastorno Mental Grave (TMG),un progenitor con Trastorno Mental Común (TMC), un progenitor con Enfermedad Física Grave (EFG) o ser una familia en seguimiento por Equipo de Tratamiento Familiar (ETF) de los Servicios Sociales. En un 73% de las familias no se han detectado ninguno de estos factores de riesgo familiar (Gráfico 5).

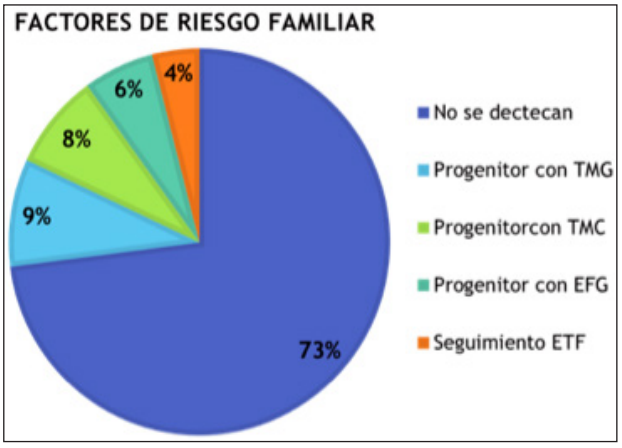


Gráfico 5: Factores de riesgo familiar.

E. Conclusiones.

Podemos establecer que algunos de los datos encontrados relativos a las características familiares no confirman nuestra impresión clínica inicial; así , con respecto a la tipología familiar esperábamos encontrar un porcentaje mayor de familias de padres separados , así como la existencia de mayor porcentaje de familias con factores de riesgo socio-familiar o dificultades económicas. Por este motivo consideramos que tiene interés desarrollar el estudio ampliando la muestra, con el fin de poder establecer un perfil familiar al que seguir orientando mejor nuestras intervenciones.

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

A. Terapia Familiar

Partimos del presupuesto de que cualquier problema de un niño es un problema familiar (Andolfi, 2014). El niño o el adolescente pertenece a un sistema familiar en cuyas transacciones participan, ya sea simbólica o efectivamente, al menos tres generaciones. Lo que sucede con el chico o la chica está ligado a los procesos emocionales, los conflictos y los recursos tanto de la generación de los padres como de la de los hermanos, sin olvidar la de los abuelos.

Desde nuestro enfoque, el cambio se tiene que verificar no sólo en el plano individual, sino también en el relacional, por lo que el cambio sintomático ha de ir acompañado de una transformación personal y una modificación de las pautas de relación, de modo que, si se produce una alteración de éstas, eso significa que la familia y sus integrantes evolucionan. La familia es considerada, por tanto, en el continuo sistémico y evolutivo (Andolfi, 1989), confiando en que el conjunto de sus miembros –incluido obviamente el señalado como paciente– alcancen experiencias de vida más ricas. En este sentido, se trabaja para reducir la influencia de los problemas en la vida de las personas y en sus relaciones, incitando a los que nos consultan a sentirse verdaderos autores de sus historias de vida (White, 1989, 2002)

La participación de la familia en el tratamiento implica la convicción de que su colaboración es necesaria para que los bloqueos evolutivos, que a menudo conlleva el trastorno, puedan ser superados y, de este modo, sus integrantes experimenten posibilidades de desarrollo personal y del mismo grupo de pertenencia.

Los objetivos generales del tratamiento podemos agruparlos en dos ejes:

a) Relaciones: modificación de la percepción y de los esquemas de comunicación, así como favorecer un reequilibrio y reorganización de las relaciones familiares.

b) Individuo: cambio sintomático y de relato, de autopercepción, de vivencias y de nivel de funcionamiento

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

La coordinación de las sesiones se realiza por el terapeuta referente del programa de terapia familiar, pero el sistema de terapeutas incluye a aquél más otro facultativo, un residente o, eventualmente, otros profesionales. Es frecuente que, antes de terminar una sesión, el terapeuta consulte al terapeuta observador acerca de algunos hechos o significados que le han sorprendido o interesado, formándose un breve diálogo entre terapeutas, a modo de equipo reflexivo (Andersen, 1994) adaptado a formato reducido, tras el que se les pide alguna reacción a la familia y se prepara el final.

La duración de las sesiones se estima en una hora (+/- 15'). Mientras que el tratamiento procura también estar delimitado en número de sesiones o tiempo. La frecuencia inicial es quincenal y se prevé un alargue progresivo de los intervalos entre sesiones. Se trabaja para que participen miembros significativos de la familia, lo que puede incluir a algún abuelo y/u otro pariente.

Las técnicas empleadas son las propias del arsenal sistémico y narrativo, y se centran grosso modo en el propio diálogo, las redefiniciones y las tareas.

B. Dispositivo Terapéutico MultiFamiliar

Con la denominación de Dispositivo Terapéutico MultiFamiliar (DTMF), nos referimos a un diseño específico, realizado ex profeso, para dar atención a adolescentes y sus familias cuyo tratamiento en la Unidad viene siendo bastante prolongado, ya que puede tratarse de historias que empezaron en la infancia o que tienen al menos dos años de vigencia. Se trata de ofertar un tipo de tratamiento intensivo, con especial atención a los padres,

Gráfico 6: Dispositivo terapéutico Multifamiliar.

por cuanto éstos, en un buen número de casos han sido visitados tan sólo para el control del tratamiento de sus hijos y no se ha trabajado con ellos de una manera más central.

Los candidatos a ser atendidos en esta modalidad son evaluados en entrevista personalizada con el adolescente y sus padres para verificar motivación, compromiso y aceptación de la indicación realizada por el referente.

Los objetivos que se plantean son los de facilitar el alta de la Unidad, ayudar a los padres, acercarse a la disolución o superación del problema presentado, avanzar en la recuperación funcional y contribuir al desbloqueo evolutivo.

El diseño propiamente dicho puede explicarse aludiendo a los sujetos de la intervención, la duración del tratamiento y de las sesiones, el tipo de encuadre y el proceso en ciclos (Gráfico 6).

En este dispositivo participamos cuatro profesionales: un psicólogo clínico, un(a) residente de psicología clínica y dos monitores con experiencia y formación en arte-terapia. La combinación secuenciada de distintos espacios terapéuticos trata de transmitir, por la propia organización, un mensaje de cambios y transiciones en distintas etapas, a modo de metáfora del proceso evolutivo y de crecimiento personal y familiar, incitándoles a ello. En esta transmisión, entendemos que están presentes aspectos relativos a los movimientos de unión-separación y a la individuación y desvinculación propias de la etapa adolescente en las familias (Cancrini y La Rosa, 1996).

En el GMF participan los adolescentes y sus padres, junto con otros significativos en algunos casos. Esta experiencia permite la comprensión de las vivencias y necesidades, y también promover el desarrollo que ha quedado bloqueado (Villarreal Castaño y otros, 2014).

Los participantes se observan y son observados, en un micro contexto social, en diversas posiciones, siendo posible el reconocimiento recíproco del cambio. En los encuentros de grupo multifamiliar, el contexto social se articula como un entramado de familias interconectadas, con experiencias similares de sufrimiento (Ayerra y López Atienza, 2003).

En el último grupo multifamiliar, cuando uno de los chicos expresaba que él estaba bien, pero que no había cambiado, se le reflejó que habían observado cambios importantes en él:

J.: ... pues yo creo que estoy bien, que me gusta lo que estoy estudiando, pero yo no he visto ningún cambio en mi vida desde que vengo aquí…

R.: Perdona, pero desde fuera, se ve un cambio espectacular

J.: ¿Si? (Sorprendido), Gracias.

Otros (incluida la madre): si, es verdad… ha cambiado mucho y bien…

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

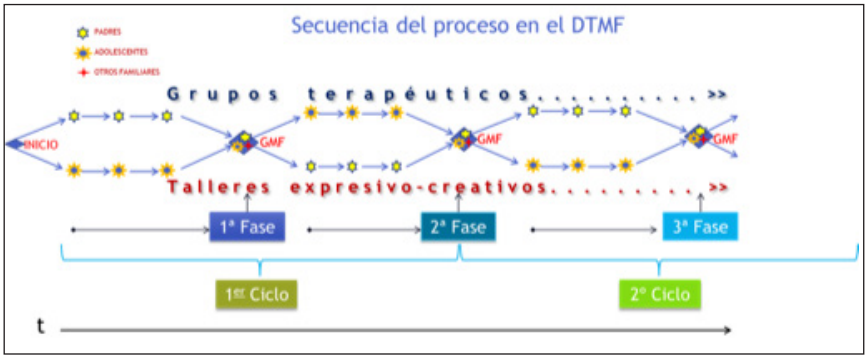


Gráfico 7: Secuencia del proceso en el DTMF.

El contexto social y emocional en el que se da el proceso terapéutico permite la incorporación o la propia percepción y valoración de los cambios a través de la visión del otro y los otros, de forma que, al hacerse público el cambio, éste se hace más real y se resalta la experiencia de competencia e identidad.

Hasta el momento se han realizado tres ediciones, participando en cada una de ellas desde 5 hasta 8 familias. Los ejes fundamentales son el trabajo con los adolescentes y sus padres en el tratamiento grupal y el taller de expresión y arte-terapia, pero también se invitan a otros familiares e incluso miembros de la red social personal del paciente para los encuentro de grupo multifamiliar. Si, como hemos dicho, las sesiones son quincenales, los grupos multifamiliares son bi-mensuales.

Las patologías atendidas son heterogéneas: trastornos de conducta, personalidades límite, neurosis graves, incluso casos de psicosis y trastornos autísticos.

El proceso que se sigue es:

- Evaluación inicial y encuentro multifamiliar informativo

1er Ciclo. Secuencia de sesiones y talleres grupales, coordinadas en dos fases que se diferencian por la circulación de las dos generaciones (padres e hijos) entre los dos espacios terapéuticos y cerradas ambas fases por sendos encuentros de grupo multifamiliar:

1ª fase

En paralelo, tres sesiones de terapia grupal con los padres y tres talleres de expresión y arte-terapia para los adolescentes.

Grupo multifamiliar con padres e hijos y, eventualmente, otros significativos; primera sesión

2ª fase

En paralelo, tres sesiones de terapia grupal con los adolescentes y tres talleres con los padres (nótese que se cambian los espacios terapéuticos)

Grupo multifamiliar; segunda sesión

2º Ciclo: exactamente igual que el 1er ciclo, es decir que los participantes en el tratamiento vuelven a pasar por los espacios terapéuticos que ya conocen, y se vuelven a tener otros dos encuentros de grupo multifamiliar.

- Cierre. Evaluación final.

Para la evaluación se ha tenido en cuenta el relato de los propios participantes en la experiencia durante el proceso y en el cierre y la despedida de la última sesión multifamiliar, en donde se valora la experiencia terapéutica, así como los logros alcanzados.

Igualmente, se administran al principio y al final del proceso dos escalas: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar. Dichas escalas se han administrado a los participantes de la segunda y la tercera edición. No tenemos un análisis completo de los resultados pero, por lo que hemos podido observar, los jóvenes informan de mayores cambios que los progenitores. Con todo, no podemos llegar a ninguna conclusión por el momento.

C. Grupos terapéuticos de madres y padres

Otra de las modalidades de intervención familiar son los Grupos terapéuticos de madres y padres. Cuando a los niños y niñas de 4 a 9 años se les indica tratamiento en el Programa de Hospital de Día, se les ofrece a sus madres y padres participar en un grupo que trabaja paralelamente al de los hijos, coincidiendo en parte del horario pero en diferentes espacios de la Unidad.

Los objetivos que nos planteamos es ofrecerles un espacio terapéutico coordinado por una psiquiatra acompañada de la terapeuta ocupacional que trabaja con los niños y niñas, donde las madres y padres puedan compartir sus experiencias y preocupaciones, favoreciendo su capacidad de comprender el desarrollo de sus hijos así como también sus dificultades. Se trata de que progresivamente vayan siendo capaces de asociar dichas dificultades con las dinámicas de relación familiares y sus propias reacciones (Torras de Beà , 2013).

En la experiencia realizada se han desarrollado grupos de madres y padres de niños entre 4 a 6 años y entre 7 a 9 años. En cada grupo participan alrededor de 5 a 10

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

familias siendo las sesiones de 75 minutos y la frecuencia quincenal. Son grupos semiabiertos en el sentido de que aunque a lo largo del año y medio de duración del proceso grupal se mantienen la mayoría de las madres y de los padres, puede haber salidas ocasionales por diferentes motivos (altas, abandonos) así como nuevas incorporaciones también excepcionales.

En cuanto a la técnica, se sigue una dinámica de trabajo grupal flexible en la que la coordinadora procura favorecer la participación y expresión de todas las madres y todos los padres, les va devolviendo las preguntas que van planteando , ayudándoles a observar sus propias reacciones y generando la asociación de ideas (Torras de Beà, 2013).

En esta dinámica de trabajo grupal nos hemos encontrado grupos que desde el inicio establecen una dinámica interactiva más progresiva, en la que los miembros aceptan que se les ayude a pensar juntos, mientras que en otros grupos la dinámica grupal es más regresiva; son madres y padres que solicitan con insistencia que sea la terapeuta la que les de pautas y orientaciones para manejar y resolver las dificultades con sus hijos. Cuando esta dinámica se establece de manera más rígida y persistente, bloqueando el progreso del trabajo grupal , hemos optado por acceder a la petición de las madres y padres, con sesiones en las se trataban temas que les interesaban y que se habían acordado previamente con ellos (la conducta y los límites, la alimentación, el sueño, la autonomía ,la sobreprotección, etc.) con una parte inicial en la que la terapeuta hacía una breve exposición sobre el mismo, con orientaciones que eran más bien reflexiones que favorecían el posterior diálogo y participación de las madres y padres. Esto permitía al grupo avanzar facilitando que ellos mismos entraran en dinámicas de progreso, en ocasiones llegando a la conclusión de que las pautas y orientaciones no siempre sirven.

Pensamos que los beneficios terapéuticos de estos grupos son importantes: ayudan a que las familias se comprometan más en el tratamiento de sus hijos; permiten conocer mejor a los niños y niñas a través de sus madres y padres y observar la evolución de los cambios que a veces se dan en paralelo y, sobre todo, ayuda a las madres y padres a recuperar la esperanza y mantenerse bien, apoyando los puntos fuertes de las familias (Gráinne Fadden, 2015).

En nuestra experiencia al hacer la evaluación de los grupos se venía repitiendo la petición de las madres y padres de poder participar más directamente en el tratamiento de sus hijos en el Programa de Hospital de Día. Pensando en posibles formas de participación hemos desarrollado experiencias como el desayuno–fiesta de despedida compartida madres-padres-hijas/os-terapeutas al finalizar dichos grupos .

En el siguiente fragmento de la sesión inicial del grupo terapéutico de madres y padres de niños de 4 a 6 años se puede ver cómo las madres que estuvieron acudiendo al grupo el año anterior hablan de su experiencia.

La señora R. dice: "*este es mi segundo año en el grupo, otras madres ya no están porque sus hijos ya no tienen que venir, tienen esa suerte…. Yo me sentí muy cómoda, nos apoyamos, otras madres me decían cómo podía actuar… además aquí me suelto y me desahogo, porque con el padre o con la abuela no siempre puedo…".*

Entonces interviene la señora M. que también participó el año anterior mostrándose siempre como una madre fuerte que asumió un rol de liderazgo en el grupo, comienza a llorar y refiere: "mi hijo no está en un buen momento, es bastante difícil porque tú ya no puedes hacer nada más…yo ya no sé qué hacer, seguimos luchando mucho. Tiene problemas de agresividad, pero tengo esperanza de que esto tiene que cambiar…. Está también repitiendo curso y estoy esperando ver ese cambio…. Es un camino largo y difícil pero nos ha tocado y hay que caminar".

Se ha escogido este fragmento porque nos parece que ilustra algunos de los aspectos referidos respecto a los grupos terapéuticos de madres y padres: cómo dar un espacio de escucha , empatía y contención, favorece que las madres puedan apoyarse, sentirse comprendidas y que esto les permita ir pensando juntas. Ellas hablan de sus hijos así como de sus propias ansiedades y de la necesidad de mantener la esperanza en el cambio.

D. Desarrollos futuros posibles: comedor terapéutico familiar

Dispositivo terapéutico bosquejado en la imaginación de los autores que trataría de dar cuenta de aspectos que no son contemplados en los así llamados 'Comedores Terapéuticos' al uso. Pretende incidir en la modificación, una vez observados, de los patrones de interacción y de organización familiar en torno al síntoma alimentario, en la confianza de que el contexto de la intervención habrá de producir efectos positivos en el plano personal y relacional, parejos con el abandono del síntoma. Está pensado para intervenir en casos de trastornos de la

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

conducta alimentaria con grave pérdida ponderal en programa de hospital de día, con facultativos y personal de enfermería.

En la medida en que se pueda materializar la puesta en marcha de este dispositivo, dejaremos para más adelante la posibilidad de realizar una comunicación al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andersen, T (1994). El Equipo Reflexivo. Diálogo y diálogo sobre los diálogos. Barcelona. Gedisa.

Andolfi, M (1989). Tiempo y Mito en la Terapia Familiar. Barcelona. Paidós.

Andolfi, M. (2014). Teacher in the school of life. DVD Video. MoleMann Mental Health. Holland. Accademia di Psicoterapia de la Famiglia. Roma, Italia.

Ayerra, J. M., & López Atienza, J. L. (2003). El grupo multifamiliar. Un espacio sociomental. Avances en salud mental relacional. Vol. 2. Núm. 1. Revista Internacional On-line. Bilbao.

Cancrini, L., & La Rosa, C. (1996). La Caja de Pandora. Manual de Psiquiatría y Psicopatología. Barcelona. Paidós.

Garcia Badaracco, J. E. (1990). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones.

Gráinne Fadden (2015).Involucrando a la familia en la atención de los adolescentes en riesgo de psicosis. Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente,25,55-65.

Sanz, J.; Burguillo ,F ; Escudero ,C; Fernández de la Vega ,S ; Jiménez, M.(2006).Características familiares y factores de riesgo en niños y adolescentes con trastornos de salud mental .Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente.8, 35-43.

Torras de Beà , E. (2013).Psicoterapia de grupo para niños, adolescentes y familias. Barcelona: Octaedro.

Villarreal, B; Soriano, S y Moreno, O. (2014). Grupo Multifamiliar con adolescentes con trastorno mental. Tejiendo vínculos y creando diálogo. Revista de Treball Social, núm. 201. Pág 70-77.

White, M (1989). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona. Paidós

White, M (2002). El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona. Paidós.

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

CONVIVIR CON LOS LÍMITES: EL HOSPITAL DE DÍA COMO EXPERIENCIA TERAPÉUTICA PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD*

LIVING WITH THE LIMITS: THE DAY CARE HOSPITAL AS THERAPEUTIC EXPERIENCE FOR TEENS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Asunción Soriano Sala** y Sonia Soriano Tormos***

Estas IV Jornadas nos dan la oportunidad de encontrarnos los profesionales que trabajamos en un hospital de día (HD) y por ello es una buena ocasión para compartir la experiencia y las vicisitudes que suponen estos chicos y chicas diagnosticados de trastorno límite de la personalidad (TLP).

Después de una breve introducción, nos centraremos en la descripción de un caso, a través del cual se puede observar la gama de situaciones a la que nos abocan estos pacientes y los diferentes recursos terapéuticos necesarios para atenderlos, así como también, los límites de los pacientes y de los equipos terapéuticos.

ADOLESCENCIA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Definiremos el TLP como un trastorno caracterizado por un patrón permanente e inflexible de relaciones personales inestables, impulsividad, cólera intensa, sentimientos de vacío, ansiedades de separación, temor al abandono, actuaciones en diferentes áreas de la conducta.

Todo ello supone un continuum psicopatológico, que en sus grados extremos da como resultado una profunda desestructuración de la vida y relaciones.

Son muchos los autores que reconocen que la adolescencia normal, tiene en sí misma aspectos en común con el TLP; el diagnóstico diferencial será pues un reto (Aberastury y Knobel, 1982). Habrá que tener muy presente los factores evolutivos y por lo tanto es necesario un conocimiento profundo de la normalidad del adolescente (Gualtero y Soriano, 2013).

A pesar de ello, cuando nos hallamos ante una extrema intensidad y fijación de los síntomas nos decantaríamos hacia un mayor riesgo de TLP, que suele tener su inicio en la adolescencia, pero que con un tratamiento temprano hay más posibilidades de evitar la cronificación del trastorno. Así pues, en la edad adulta el diagnostico es mas claro pero las posibilidades de terapéuticas menores.

La observación clínica nos alerta de la importancia del entorno familiar, desde los primeros momentos de vida: "Los factores de riesgo incluyen: ambientes familiares

** Psiquiatra, psicoanalista (SEP-IPA). Ex coordinadora del Hospital de Día para adolescentes. Responsable asistencial de Consulta Jove de Sant Pere Claver Fundació Sanitària.

*** Psicóloga clínica, psicoterapeuta. Coordinadora del Hospital de Día para Adolescentes de Sant Pere Claver Fundació Sanitària.

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

caracterizados por traumas, negligencia, separaciones, exposición a abuso sexual y físico. Patología paternal como personalidad antisocial y abuso de sustancias" (Finley-Belgrad E, Davies J. 2005).

También hay que tener en cuenta la comorbilidad, que es muy frecuente. A destacar, la que existe con el trastorno narcisista ya que, a nuestro entender, añade un alto nivel de complejidad terapéutica, debido a que se presentan menos accesibles al vínculo y a la ayuda.

En el TLP la ansiedad básica es la de separación por lo que la actitud es la búsqueda desesperada e inadecuada de relación, mientras que en el trastorno narcisista de la personalidad nos encontramos que, frente a la ansiedad de separación el paciente tiende a "protegerse" evitando la relación. La hipótesis es que frente a la frustración se llena de desprecio hacia el otro y es este desprecio el que lo "protege" creando un muro de rechazo y evitando la relación. Así pues, si predominan los aspectos narcisistas sobre los aspectos límites, las dificultades relacionales pueden interferir y dificultar el acercamiento terapéutico.

El tratamiento de estos pacientes en el marco de un hospital de día permite que diferentes instrumentos terapéuticos puedan intervenir simultáneamente y de esta forma, atenderemos cada una de las áreas de la vida del adolescente en las que puede estar viviendo sus conflictos. El ingreso en el HD siempre ha de contemplar también la atención al entorno del adolescente: la familia, la escuela, servicios sociales, justicia, etc.

La expresión de la patología va cambiando en función del momento vital y del entorno (ductilidad del momento adolescente) , por ello es muy importante crear un espacio transicional en el HD que permita una experiencia de contención y de revêrie que repare el tipo de relación consigo mismo, con los adultos y con los iguales (Bion, 1962).

Cualquier adolescente pone en crisis la relación familiar, creando en los adultos conflictos y desencuentros; esto, en mayor grado, sucederá con los chicos y chicas TLP. La repetición de muchos de sus conflictos en el entorno del HD, provocará que de alguna manera el equipo terapéutico sufra también estos desencuentros. Las reuniones de equipo y las supervisiones, propiciarán la puesta en común de los diferentes enfoques, maneras de entender la patología, así como los recursos a emplear. De la buena gestión de todo ello, surgirán líneas terapéuticas mejores, resultado de modificar y matizar cada propuesta en el intercambio entre todos (Hinshelwood, 2004).

En general, el equipo puede tener mayor dificultad transferencial en los casos en que predomina: carencia afectiva, narcisismo, auto y heteroagresividad, violencia, vínculo frágil o inestable que provoca absentismo, entorno poco contenedor de la escuela o la familia.

El trabajo entre todos permite hacer un buen balance entre las posibilidades y límites del equipo. En nuestro caso nos ha sido útil la propuesta de un "protocolo" en el caso de conducta agresiva dentro del HD. Pensamos en que había que poner una línea roja frente al paso al acto en la agresión. Se trata de interrumpir momentáneamente la estancia del paciente en el HD hasta que en un encuentro con el adolescente y la familia se firma un documento de compromiso frente a la agresión. Es un acto importante, por un lado, por el trabajo emocional que conlleva este encuentro entre familia, paciente y terapeuta; y, por otro, por el documento en si, como algo concreto que ayuda a estos chicos con tan poca capacidad de mentalización y simbolización (Fonagy, 2004).

Pasaremos a describir un paciente con estas características, con el que en repetidas ocasiones tuvimos que utilizar este protocolo.

VIÑETA CLÍNICA

Marc tiene 14 años y lo deriva su centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) por impulsividad, episodios de agresividad verbal y física en el instituto, bajo rendimiento e intolerancia a los límites con reciente fuga del domicilio ante un castigo materno. Debido a que estos síntomas van incrementándose, se indica una intervención terapéutica más intensiva y se deriva al HD.

Llega al HD con varios tratamientos farmacológicos. Aprovechamos para comentar que es un caso paradigmático el tipo de tratamiento que acaban recibiendo estos chicos. A pesar de que no hay una medicación específica para este trastorno la mayoría están polimedicados, por la gran variabilidad sintomatológica que presentan. En este caso venía tratado con antipsicóticos, benzodiacepinas y metilfenidato. Durante el ingreso tratamos de establecer una medicación mínima- eficaz y a poder ser monoterapia.

De su biografía sabemos que vive con la madre, el padrastro y dos hermanos menores. En casa es especialmente solícito y colaborador en las tareas domésticas y se ocupa de sus hermanos mientras la madre y el padrastro trabajan. Marc nació en un país del este de Europa, donde vivió con sus padres biológicos hasta los 6 años. La madre refiere haber recibido malos tratos del padre. El chico tiene recuerdos vagos, nos dice que "hablaba feo a su madre y que le prometía que lo iría a buscar y nunca iba".

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

La madre huyó, dejó el niño al cuidado de los abuelos maternos hasta los 10 años, momento en que se reagrupa con el hijo en Barcelona, donde tiene una nueva pareja con la que tiene dos hijos. El, ya en su país, había empezado a tener problemas conductuales en la escuela, aquí es atendido en el CSMIJ y diagnosticado de trastorno de conducta, sobre todo en el contexto escolar (pega, insulta, roba, dice mentiras).

Realizan exploración por medio WISC IV dando un QI total de 72. Además de diversos cuestionarios con el resultado de problemas de conducta y aprendizaje, somatizaciones, impulsividad, hiperactividad y ansiedad. La relación con los compañeros e iguales adquieren tintes paranoides: "Se pelea, a él le pegaron y él pega".

Presenta una diversidad de síntomas en el momento del ingreso de los que destacaremos: falta del control de impulsos, dificultades de mentalización y de gestión de las emociones.

El primer encuentro con el equipo es a través de una jornada de puertas abiertas para dar a conocer el servicio, viene acompañado del padrastro. Los terapeutas de ese grupo ya advirtieron mucha hostilidad del padrastro hacia él. Se observa un chico muy vital pero abrumado por la relación con el padrastro que es de "alta tensión".

Después pasa a formar parte de un grupo terapéutico de inicio cuyo objetivo es observar a los chicos, para conocer el tipo de dinámica relacional que establecen e ir perfilando en que espacios del HD sería más conveniente incluirlos. Marc es el que más rápido en pedir actividades, no falla nunca y se interesa por talleres deportivos mientras que rechaza cualquier tipo de manualidad y juego de mesa.

Tiene deseos de estudiar pero, también, muchas dificultades con el grupo clase: "no soporta que se metan con él y entonces se tiene que pelear sea como sea". A menudo, se siente atacado por una mirada o un comentario y reacciona perdiendo el control (insultos, actos) que luego minimiza.

Durante las primeras semanas vamos introduciendo el nuevo horario; pero él siempre se equivoca, de manera que consigue quedarse más tiempo del acordado (en definitiva, él pone su horario). No es tanto un problema con la norma sino el uso del otro en función de su necesidad. Este hecho es muy significativo, en chicos con enormes carencias afectivas constatamos esta dificultad de marchar y separarse; en definitiva, "dificultad con los límites".

Otra complicación inicial era conseguir que siguiera cierta "normativa": él iba comiendo pipas en todos los espacios, jugando con su móvil, no aceptando señalamientos y mucho menos una corrección como ocurrió en el aula del HD: estaba haciendo un ejercicio de matemáticas y la maestra le señaló un error. No pudo soportarlo, le faltó al respeto, diciéndole que a él nadie le decía lo que hacía mal y marchó de un portazo.

Indicamos un tratamiento con horario compartido entre el instituto y el HD, pero en breve las discusiones y peleas en la escuela se hacen insostenibles.

No era fácil hablar de esos momentos con él en el despacho, comentar su reacción y sensibilidad desmesurada implicaba aguantar su enfado, su silencio lleno de rabia para acabar levantándose y saliendo diciendo que él no tenía nada de qué hablar y menos con alguien del HD.

A esto se sumaba que las entrevistas iniciales con la madre y el chico son de una tensión tremendas. La mujer es despótica con el chico y desvaloriza el tratamiento ya que siente que aquí no se le exige y se le deja hacer lo que quiere. Todo lo que comenta de su hijo son calamidades: es irresponsable, no se toma la medicación, no se cambia las sábanas, no se ducha, no hace los deberes, lo echan de todos los sitios. Acaba diciendo que su hijo lo que quiere es "vivir la vida". Finalmente, la Sra. acepta el tratamiento. Para ello es necesario contener todos los comentarios denigratorios tanto del hijo como del HD. Pero, a la vez, dejar claro que ella también que tiene que venir a las visitas, ya que dice que su horario es complicado y que solo cuando pase algo se la llame (trata de depositar aquí al hijo).

En los chicos con estas características, la observación en espacios informales o de talleres, es muy importante para el diagnóstico y enfoque del tratamiento. Marc aguanta poco rato las actividades, se agobia si no le sale algo bien o se frustra porque escoge trabajos de mucho nivel. Pensamos que nos va a permitir intervenir en sus aspectos narcisistas y la intolerancia a la frustración. Hay que ir hablando con él de todo esto, para reconducir su actitud, sugiriéndole trabajos más sencillos a través de los que pueda ir teniendo una experiencia real de ser capaz.

Como era previsible, enseguida empezó a tener encontronazos con chicos del HD, repitiendo la dinámica del instituto. Atender esos viejos conflictos de forma diferente, supone que la respuesta que reciba de los adultos sea reparadora y distinta (Alexander y French, 1946). Se trataba de que pudiera cambiar su sentencia de: "te espero a las 16h en la calle", por nuevas alternativas. Utilizamos para ello técnicas de resolución de conflictos y se realizaron diferentes mediaciones: se entrevista por

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

separado a los implicados y se valora las posibilidades de mediar; nos sorprende que empiece a pedir perdón y a decir que "no quiere tener mal rollo".

De todos modos la escuela no acabó de funcionar y lo expulsaron, por lo que pasa a horario completo en HD. Su asistencia era impecable, sólo hacía absentismo cuando se tenía que encargar de alguno de sus hermanos pequeños, porque estaba enfermo o de vacaciones. A menudo traía regalos, galletas, dulces para los otros chicos o también para el personal.

Gracias a la buena relación con un educador empezó a interesarse por la marquetería, realizó pequeños trabajos que le ofrecía resultados inmediatos y exitosos. Se obsesionó con la marquetería, llenó los espacios y despachos de trabajos suyos. Entendimos que había encontrado algo en lo que se sentía hábil; pero entonces, no aceptaba hacer nada más.

Siempre se negaba ante una nueva actividad, su justificación era que no le interesaba; pero en el fondo, era que desconocía, por ejemplo, las reglas de un juego o trataba de dibujar como pensaba que lo tenía que hacer. Evitaba enfrentarse a reconocer que no sabía. Tuvimos que enseñarle a aprender, a dejarse enseñar. En el aula se observó que era un chico inteligente, pero con lagunas cognitivas, empezábamos a poner en duda el 72 de QI.

La psicoterapia individual, se caracterizaba por el silencio y la corta duración de las sesiones "no tengo nada que decir". La contratransferencia era de inutilidad e impotencia, mientras que era necesario mantener un clima acogedor. Acostumbraba a sentarse y decir: "que quieres, estoy bien, ya está, puedo irme", o con mímica señalaba la puerta con el dedo para irse sin articular palabra. Así hasta que un día (llevaba 6 meses en el HD) entró en el despacho, cerró la puerta, bajó la cabeza y se puso a llorar, diciendo que no podía más y que estaba harto de todo. Estuvo media hora llorando, lo único que la terapeuta pudo hacer, fue acompañarlo con palabras, con silencio empático y ofreciéndole pañuelos, que primero rechazó para finalmente aceptarlos.

Ese día salió del despacho sin explicar que era lo que le hacía sufrir tanto, con lo que la terapeuta tuvo que soportar el no saber. Al salir del despacho Marc se giró y le dio las gracias, algo estaba cambiando (Bowly, 1989). A partir de ese momento la relación dio un giro, un inicio de confianza franca que nos dio esperanza en las posibilidades de progreso, ya que todo lo duro, frío y agresivo de inicio, se transformó y apareció su lado sensible, frágil y agradecido. La contratransferencia de la terapeuta era de mucha pena y soledad. Sentimientos que se podían relacionar con el comentario de la madre: " después del nacimiento de los pequeños, Marc se ha tenido que espabilar en todo y yo siempre estaba cansada, no soy cariñosa, chillo mucho y no pido ni doy las gracias".

La terapeuta explicó, a su educadora de referencia y al equipo, lo sucedido con entusiasmo y sorpresa, de manera que entre todos se pudo construir una mirada diferente hacia el chico (Rotenberg, 2013). En posteriores sesiones empezó a hablar de que estaba enamorado de una chica, que una vez le dio un beso pero que ella tenía novio, al que querría pegar con todas sus fuerzas.

Relataba momentos entrañables y cariñosos con sus hermanos, mientras que hablaba de sus padres con mucha ambivalencia y miedo a los castigos. De su padre biológico empezó a decir que no se querría parecer a él –aunque la madre decía que era muy parecido físicamente-; pero a la vez reconocía que a veces sólo encontraba la fuerza física para darse a conocer y solucionar sus problemas. Es su modo relacional e identitario. El primer día que vino a la entrevista dijo: "yo primero me peleo y luego ya puedo ser su amigo" (Tió, Mauri, Raventós, 2014).

Transcurrieron los meses y con un trato comprensivo y próximo se fue vinculando. El día de su cumpleaños trajo una tarta y dulces para todos, establecía una relación cálida con los profesionales. Participaba en el grupo multifamiliar a pesar de que su madre no asistía, el se tapaba con una chaqueta, durmiéndose, protestando; en otras ocasiones hacia comentarios muy oportunos. La madre vino una vez y estuvo encantado de tenerla en el grupo y no paró de mirarla con cara de emoción.

Durante el ingreso en el HD se fugó del domicilio tres días. Fue desesperante no saber de él. Estuvo en casa de una vecina que lo acogió. Sucedió a raíz de un castigo de los padres que le quitaron la play, el móvil, y lo dejaron sin salir. Cuando apareció, vinieron a una entrevista en la que la madre lloró porque temía que le hubiera pasado algo. A la vez se endurece y comenta que la próxima vez no hace falta que vuelva: "lo envío de vuelta a su país con su padre".

En terapia cada vez más, puede hablar de sentimientos, dice que la chica que le gusta saca lo mejor de él. Durante un tiempo la chica no le contesta a sus mensajes y lo elimina de facebook y él se deprime: deja de ducharse, le cuesta dormir, se siente triste, dice que se siente vago porque está muy cansado. Coincide con un episodio de enfado en el HD a raíz de un balonazo accidental en el patio: sube al despacho muy enrabiado. Acaba llorando mucho y se le puede verbalizar como el balonazo es como

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

una bofetada más. Responde que ya le han dado bastantes -llora, dice qué su madre le ha pegado mucho- cosa que la madre reconoce en las entrevistas. En estos momentos lo más importante es que se sienta acompañado en sus sentimientos, lo que para él es una experiencia nueva y reparadora.

Después de un año de tratamiento, con cierta estabilidad y buena vinculación a pesar de los altos y bajos descritos, hay un retroceso, empeoró su actitud y respeto hacia los compañeros y el equipo, nunca estaba donde le tocaba, lo vemos muy rígido y malhumorado. Los profesionales sienten desanimo, por el esfuerzo que había significado ir construyendo una relación de confianza que parecía que se había esfumado.

Pasaremos a describir un jornada en el HD justo en este momento que vuelve a estar más inquieto y que pensamos que puede ser en relación a la preparación del alta.

UN DÍA EN EL HD

Reunión de casos

A las 8,30 de la mañana nos encontramos todos en la sala de reuniones. Decidimos hablar de la situación de Marc y de algunos otros chicos que, como él, últimamente han estado creando mucha tensión no sólo en el grupo de iguales sino también entre los profesionales. Empezamos centrándonos en Marc y ponemos en común la situación clínica que observamos desde hace un par de semanas. Existen diferentes opiniones en el equipo:

- La psicóloga comenta que la reagudización de la sintomatología puede tener relación con que se le está buscando un nuevo recurso educativo y se prevé el alta.
- La enfermera y el psiquiatra comentan que claramente no se está tomando la medicación y no puede soportar la tensión interna que le provoca no dormir, entre otras cosas.
- Los educadores expresan el temor de que les pueda acabar agrediendo, dadas las amenazas que va haciendo desde hace días. A otros educadores les preocupa el absentismo de otros chicos que le tienen miedo.
- Todos estamos de acuerdo que desde hace dos semanas Marc no está bien, está más agresivo y desafiante.
- Otro compañero dice que los chicos en la asamblea comentaron que cuando Marc está solo es más llevable, pero que cuando hay algunos más como él, competitivos y poco tolerantes, es más difícil aguantar la tensión que se genera.
- Nos encontramos con la realidad de que lleva un año de tratamiento y el momento actual pasa "por ayudarle a ser capaz de saber estar y cumplir con los mínimos que le pedirán cuando vaya a hacer cualquier tipo de formación fuera del HD".
- La educadora referente dice que le cuesta mucho estar allí donde le toca, seguir las normas y tolerar los límites. Cuando se dan estas situaciones hace una exhibición de su hombría, de su agresividad y falta de respeto. Se muestra desafiante, amenaza a sus compañeros y a todo el equipo. Pensamos en la posible regresión y reactivación conductual y paranoide ante el alta.
- La psicóloga explica que en casa se somete y en el HD quiere mandar e imponer. Cualquier indicación hace aparecer su parte más omnipotente y paranoide.
- La madre en algún momento lo ha amenazado con no dejarlo venir, ya que ve que el chico no falla y le gusta venir cada día.
- Otro educador comenta que él ya le hubiera aplicado el protocolo de agresión y se pregunta hasta cuándo vamos a aguantar.

Esta puesta en común genera discrepancias y tensiones en el equipo.

Con frecuencia comentamos como, por un lado, la comprensión del trasfondo de la conducta nos puede hacer sentir en contradicción en el momento de poner límites. Esto sucede particularmente durante la psicoterapia donde el chico transmite su aspecto carencial. Se hace evidente la necesidad de ofrecerle un lugar donde sea escuchado y se conoce el poco apoyo familiar. Desde otro punto de vista, el de la dinámica grupal que se genera en la convivencia del HD y la necesidad de poner límites, es más apremiante. Por eso es muy importante la comunicación entre las diferentes visiones con el fin de articular, entre todos, una respuesta lo más terapéutica posible.

Llegada de los chicos al HD

Marc entra por la puerta ya enfadado, la secretaria lo saluda pero él ni contesta, pasa de largo. La secretaria nos avisa de la llegada del chico y de que está muy serio, como últimamente. El equipo aprovecha para acabar la reunión y dos educadores se adelantan para ir recibiendo a los chicos y organizar la mañana.

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

Acogida

Antes de empezar talleres, los educadores se reúnen con los pacientes para comentar brevemente la organización del día que, de paso, sirve para que ellos nos expliquen cómo se encuentran, en qué situación han llegado o si hay algo importante que quieran comentar antes de comenzar las actividades. Poco a poco, los compañeros se colocan alrededor de la mesa del comedor. Un educador se sienta al lado de Marc para ofrecerle su acompañamiento. Marc que llevaba rato sentado, está enfrascado toqueteando el móvil y cuando le pedimos que lo guarde porque vamos a empezar la acogida, responde en voz baja que nos esperemos, siempre muestra su enfado delante de todos. Normalmente le damos la opción de salir, pero permanece con el móvil y los cascos puestos, mostrando que puede saltarse los límites. Al cabo de unos minutos, mientras el grupo de compañeros comentan lo difícil que les resulta levantarse por la mañana, le volvemos a recordar que el uso del móvil no está permitido. Esta vez, de forma más agresiva y omnipotente, contesta que hace lo que le da la gana. Provoca y el equipo aguanta la provocación sin entrar en confrontación y centrando la atención en lo que el grupo explica. Se da tiempo a que pueda participar de la dinámica grupal. Mientras, el resto de chicos comenta lo poco que les gusta tener que ir al aula a primera hora y los fantasmas que esto les despierta en relación al colegio, que muchos de ellos han tenido que abandonar y que en breve tendrán que retomar.

De forma espontánea y sonriendo, Marc deja el móvil sobre la mesa y se une a la conversación para dar su opinión: "el colegio es una mierda y no piensa ir". En ese momento se le pide su opinión para contenerle y mostrarle un interés real. El grupo de chicos, que conoce a Marc, encaja el comentario con humor y continúan conversando. Así logra integrarse en el grupo, bromear con el compañero que tiene a su lado, cambia su actitud y puede olvidarse por unos minutos del móvil. Cuando llega el momento de empezar los talleres y se levantan todos de la mesa, con una sonrisa juguetona y sin rechistar, sube al piso de arriba donde se encuentra el aula.

Pero antes de entrar a aula, se desvía de su recorrido y pasa un momento por la enfermería para tomar la medicación.

Enfermería

Como cada mañana, la enfermera le administra la medicación, después de confirmar que Marc no se la estaba tomando de forma regular. Como siempre, está enfadado y rechistando, "esto no me hace nada, no sé para qué me sirve". Se le ofrece un vaso de agua para tomar la medicación y la rechaza, "yo no necesito agua para tragar la pastilla". La enfermera observa que tiene muchas ojeras y le pregunta cómo ha descansado. Dice que no ha dormido nada, que a las once se metió en la cama y a las dos volvía a estar despierto, sin poder pegar ojo. Explora si es una situación puntual o si le pasa a menudo. Y resulta que actualmente es habitual.

Observa que tiene los nudillos de la mano hinchados. Se interesa por el tema y por si le duele, y su respuesta es: "no, a mí no me duele, yo soy fuerte". De todas formas le ofrece crema antiinflamatoria para rebajar la hinchazón y la respuesta es: "yo no necesito estas cosas, ya se curará solo". Después de esta conversación empieza a hablar de los mensajes por whatsapp que se envía con la chica que le gusta. Expresa que está hecho un lío, que no la entiende. Se le propone hablarlo después de aula, que es lo que le toca a esta hora. "Vaya mierda", refunfuña, mientras se marcha hacia el aula.

Aula

Como otras veces, Marc entra ya en el aula con el móvil en la mano y el altavoz puesto, se escucha la música a medida que se acerca al aula y esto indica a la maestra como llega y si la liará o no. Y efectivamente la relación creada le sirve para entender la consigna no verbal y, de momento, la maestra siente que evita el conflicto.

Marc ante las actividades que le cuestan tiende a rechazarlas. Finalmente dice: "esto es una mierda, no sé hacerlo".

La gestión de la relación y el aprendizaje en este chico, es difícil y está condicionado por la situación emocional con la que llega al HD, por su baja tolerancia a la frustración y por el miedo que siente ante tareas que lo saquen de su zona de confort.

Patio

A media mañana se realiza un descanso y el chico se une a una partida de futbol, como siempre muestra mucha competitividad y está muy alerta a cualquier gesto o palabra que él pueda interpretar como burla hacia él. Está tan suspicaz y sensitivo que se acaba desatando una pelea, cuando un compañero celebra un gol.

El equipo educativo interviene para separar a los chicos y mediar. Marc no se ve capaz de continuar con las actividades habituales y se le propone visita con su terapeuta en el momento que ella está disponible, ese mismo día.

En la gestión del tiempo libre y en los espacios de convivencia es donde mas se apreciaban sus ansiedades esquizoparanoides (Klein 1946).

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

La situación provoca tensión y discrepancias entre los diferentes profesionales. Todos tratamos de consensuar la mejor manera de intervenir que pueda ayudar al chico y también evitar una nueva agresión.

Taller de tarde.

Se trata del último taller del día. Marc sigue inquieto e increpa a un compañero, ofendiéndole directamente. Tenemos de nuevo una situación de conflicto en el grupo que hay que gestionar. Se le pide que salga del taller, cosa que hace dando golpes a todo lo que tiene alrededor, y con amenazas verbales mostrando su ira y persecución interna. Va aumentando su agitación hasta que la terapeuta tiene que intervenir y tras valorar que es muy difícil que el chico en este momento gestione mejor su malestar, se le indica que sería convenientes dar por acabado el día. En espera de poder elaborar la situación en otro momento en el que su estado emocional lo permita.

Paralelamente el resto del grupo de chicos permanece en el taller. La situación vivida, los golpes, amenazas, insultos que escuchan, evoca en ellos vivencias propias y familiares. Permite establecer un dialogo en el que identifican sus propios sentimientos agresivos, recuerdos vividos de mucho temor y desesperanza. Los profesionales recogen lo que emerge en el "aquí y ahora" y los chicos, después de expresar sus propias experiencias, son capaces de empatizar con la situación de Marc.

Las conductoras del grupo agradecen a los chicos lo que han podido compartir. Termina el taller y una vez se han ido los chicos, nos quedamos reflexionando sobre cómo, curiosamente, de la reunión de la mañana en que los profesionales intentábamos compartir nuestras impresiones y la información que cada uno tenía, hemos pasado a ver como por la tarde los chicos hacían lo mismo.

Intervención con el chico y la familia.

Hablamos con la madre y explicamos lo que ha pasado y que es necesario aplicar el protocolo para los momentos de agresión. Eso supone que el chico al día siguiente no puede venir hasta que se realice una entrevista, a la que ha de acudir ella también. La mujer responde enfadándose mucho y dice que lo castigará a la totalidad y que le pondrá el castigo "salvaje" de no ir de colonias previstas, ni casales y depende de cómo, amenaza de que ya no volverá tampoco al HD diciendo literal: "no le gusta tanto venir, pues se le quita lo que más le gusta y así que aprenda". Estamos preocupados, el chico sabía perfectamente lo que le esperaba en casa y tenemos la duda de si se fugará nuevamente, como otras veces ante situaciones similares.

Las sensaciones son opuestas, por un lado el temor a lo que suceda en la casa, y por otro es necesario parar para podernos recomponer y pensar. Consideramos importante formar parte de un equipo, que a pesar de tener visiones diferentes, se puede compartir el pensamiento. Esta capacidad es un instrumento terapéutico, que permite afrontar realidades complejas e incoherentes. (Soriano, A.2011)

Finalmente el chico no se fugó, vino a la visita con la madre, estuvimos hablando de todo lo que había pasado, él enseguida aceptó la ayuda, y firmó el documento de compromiso.

Reiniciamos el tratamiento, volvió a participar en las actividades, pero además pusimos énfasis en la necesidad del cumplimiento terapéutico de la toma de medicación, como condición cuidadora que permite bajar una ansiedad que aun es poco mentalizable.

La experiencia repetida de sus conflictos en el marco continente del HD; fue dando paso progresivamente a recursos internos y externos, que permitieron al alta su integración a un recurso escolar normalizado. El trabajo con la familia, mejoró la mirada de esta hacia el chico, con lo que también se pudieron rehacer vínculos afectivos de mejor calidad.

REFLEXIONES FINALES

Pensamos que los buenos resultados terapéuticos, tienen relación con diferentes aspectos:

- Llegar a tiempo antes de que la estructura de la personalidad sea demasiado rígida. Está pues, a nuestro favor, atender en un momento evolutivo tan flexible aún, como es la adolescencia.
- Crear unos instrumentos terapéuticos adaptados a sus necesidades reales con una dosis mixta de flexibilidad y firmeza.
- El equipo del HD ha de convertirse en un espacio transicional en el que pueda irse desplegando sus relaciones y haciendo un giro de lo patológico hacia lo sano.
- Sortear la trasferencia de hostilidad y mantener la postura de ayuda e interés por el adolescente, que le permita ir introyectando otra forma de relación.

En definitiva, los miembros del equipo han de poder creer en sus posibilidades de evolución, más de lo que el paciente cree en sí mismo. "Ya que no puede haber

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

cambio sin el deseo de cambiar, será nuestro deseo hasta que el del paciente llegue a sustituirlo. Es una actitud un poco quijotesca, que corre el riesgo de caer en la omnipotencia. Necesitaremos, sin embargo, un rigor metodológico que nos proteja de salirnos de contexto. Necesitaremos también un equipo de colegas que nos ayude a mantener los pies en el suelo… Sin embargo, hemos de ser promotores del cambio" (Cirillo, 2012).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberastury, A. y Knobel, M. (1988).La adolescencia normal. Mexico: Paidós Educador.

Alexander y French (1946). Terapéutica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.

Bion, W. R. (1962). Learning from Experience. New York: Seven Servants.

Bowly, J. (1989). Una base segura. Argentina: Paidós

Cirillo, S. (2012). Malos padres. Barcelona. Gedisa.

Feduchi, L.; Tió, J. y Mauri, Ll. (2009). Identitat i violència a l'adolescència. Revista Catalana de Psiconàlisi, 25 (2).

Finley- Belgrad, E. y Davies J. (2005). Personality disorders borderline. E Medecine.

Fonagy, P. y Gergely, G. (2004). Affect Regulation, Mentalization and the development of the self. Londres: Karnac Books.

Gualtero, R. D. y Soriano, A. (2013). El adolescente cautivo. Barcelona: Gedisa.

Hinshelwood, R. D. (2004). Sufering Insanity. London: Routledge.

Klein, M. Notas sobre algunos mecanismos esquizoides, En: Obras completas de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidos.

Rotenberg, E. (2013). Familia y escuela: limites, borde y desbordes. Buenos Aires: Lugar editorial.

Soriano, A. (2011). Adolescentes en riesgo de psicosis. Atención en un hospital de día. Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 18, 83-87.

Tió J., Mauri, L. y Raventós, P. (2014). Adolescencia y transgresión. Barcelona: Octaedro.

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

ATENCIÓN A LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE ATENCIÓN AMBULATORIA*

ATTENTION TO FAMILIES OF CHILDREN WITH SEVERE MENTAL DISORDERS IN A SPECIFIC OUTPATIENT TREATMENT PROGRAM

Begoña Solana Azurmendi**

RESUMEN

La complejidad del tratamiento de los niños con trastorno mental grave requiere de un abordaje multidisciplinar e interinstitucional. En este sentido, un elemento facilitador consiste en la creación de programas de tratamiento específicos, en los cuales tiene gran importancia la participación de las familias. En el presente trabajo se expone el proceso de atención a las familias en los diferentes momentos de la evaluación y el tratamiento del niño. Se abordan las dificultades que se presentan con más frecuencia en los contactos iniciales, así como las defensas ante la patología mental del hijo. Finalmente, se plantean los objetivos de la intervención, así como el funcionamiento del grupo de padres.

Palabras clave: Trastorno mental grave infantil, Programa de Atención Ambulatoria Específico, Abordaje familiar, Grupos de padres.

ABSTRACT

The complexity of the treatment of children with severe mental disorders requires a multidisciplinary and inter-agency approach. In this sense, a facilitating element is the creation of specific treatment programs, where participation of families plays a very significant role. In this paper we expose the process of care to families at different stages of the assessment and treatment of the child. The difficulties that occur most frequently in the initial contacts, as well as defenses against their child's mental pathology are discussed. Finally, we set the objectives of the intervention as well as the operation of parent group.

Key words: Child severe mental disorders, specific outpatient treatment program, family approach, parent group.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los niños con trastorno mental grave requiere de múltiples intervenciones de profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos: sanitario, educativo y social. Dada su complejidad se han ido instaurando en la Red de Salud Mental de Bizkaia, programas de atención ambulatoria especifica en los Centros de Salud

* Taller presentado en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Psiquiatra. Psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de niños y adolescentes Uribe (Osakidetza - Servicio vasco de Salud). E-mail: MARIABEGONA.SOLANAAZURMENDI@osakidetza.net

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

Mental Infanto-juveniles. La filosofía asistencial de estos programas contempla una visión integral del niño y un trabajo multidisciplinar en red. La franja de atención es de 0 a 10 años y la estancia prevista en el programa es de dos años. En el marco de estos programas uno de los pilares fundamentales lo constituye la atención a las familias, aspecto que se desarrollará a continuación.

Como es sabido, tener un hijo con graves problemas psíquicos genera un gran estrés y sufrimiento en los padres, además de producir determinadas alteraciones en la dinámica familiar. Se hace necesario un trabajo con las familias que ayude a comprender la enfermedad, a reducir las tensiones en la convivencia y a romper o atenuar las interacciones patógenas, además de restablecer el narcisismo de los padres.

Es importante acogerles y acompañarles a lo largo de todo el proceso diagnóstico y terapéutico, siendo especialmente importantes los primeros contactos, durante la evaluación y la comunicación del diagnóstico.

PRIMEROS CONTACTOS Y COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Unas veces acuden por iniciativa propia, ellos han observado que algo no va bien, que el hijo es diferente, que el desarrollo no es normal. Otras veces, vienen por orientación del Centro escolar, que ha detectado los problemas. En nuestro entorno estas son las derivaciones más frecuentes, en parte debido a la escolarización cada vez más temprana y a la mayor sensibilidad de los educadores. Si los padres previamente no estaban preocupados por el desarrollo y las conductas del niño, se pueden mostrar reticentes y molestos por la derivación. El mecanismo de "ver y no ver", que les había funcionado hasta entonces para no abordar el problema, ya no se puede mantener y se sienten confrontados con la angustia, la incertidumbre y cierto sentimiento de fracaso como padres.

Cuando la consulta viene propiciada porque la conducta del niño ha traspasado los límites del marco familiar, los padres se pueden sentir cuestionados tanto por su propia familia, como por el colegio y el ámbito social. Entre las posibles críticas, la más frecuente suele ser que "el niño está mal porque no saben educarle y no le ponen límites".

En estos primeros momentos suelen estar muy angustiados. Para los padres siempre es una herida narcisista que su hijo necesite atención y en la mayoría de los casos suele acompañarse de dolor, vergüenza y culpa, aunque no lo expresen abiertamente. Ellos también pueden temer que se les culpabilice. No hay que olvidar que algunas corrientes psicoanalíticas, en épocas relativamente recientes, han acusado a los padres y les han mantenido alejados del tratamiento del niño.

Con frecuencia hay mucha tensión en los primeros contactos. Cuando llega el momento de abordar la historia del niño y los hitos del desarrollo, las respuestas suelen ser frías y concretas, falta la vertiente afectiva y nos cuesta imaginar al niño.

Debido a que los padres están viviendo una situación de mucha vulnerabilidad, se requiere por nuestra parte que pongamos un especial cuidado en lo que decimos. A pesar de ello, observamos que ciertas preguntas son vividas como una intromisión en sus vidas. Por lo tanto, es preferible no abordar inicialmente aspectos de la personalidad de los padres ni de su infancia. Ellos vienen a consultar por el hijo. Es preciso mostrar mucho respeto por su forma de afrontar la enfermedad de éste. Con el tiempo, si no se les juzga, si se les escucha y acoge en su sufrimiento, ellos suelen terminar hablando de sus dificultades y de su drama personal.

Si tienen algo más de recorrido asistencial, con relativa frecuencia asistimos a una enumeración de dificultades y conductas patológicas del niño aunque a continuación puedan decir "pero es un niño normal, como todos, no le pasa nada".

Sea cual sea la presentación inicial, a los padres les suele resultar complicado pararse a pensar en el niño como sujeto, con sus deseos y preocupaciones, así como en las relaciones afectivas entre ellos y su hijo.

Como terapeutas de niños, solemos tender a identificarnos con estos y corremos el riesgo de ver a los padres como los responsables de que el niño no evolucione psíquicamente, lo que puede generar una contratransferencia negativa. C. Geissmann habla de los efectos en la contratransferencia en términos de "trabajoso combate". Como terapeutas algunas actitudes de los padres nos agotan, nos hacen sufrir y nos dificultan pensar con claridad. Es necesario superar esta actitud y tratar de comprenderles, además de aceptar y elaborar nuestro propio sufrimiento. En la elaboración de estas vivencias supone una gran ayuda poder contar con cierta regularidad con la experiencia de un supervisor.

Es comprensible que tener un hijo con graves problemas psíquicos produzca un gran sufrimiento en los padres. Este dolor puede ser vivido como una herida narcisista que puede favorecer el desarrollo de defensas patológicas que, si no se superan, van a incidir negativamente en la evolución del niño. Se pueden presentar todas o algunas de las etapas típicas de la situación de duelo:

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

- Negación de la patología del niño. "No le pasa nada, es normal". Otras veces se trata de una conciencia escindida: por una parte se sabe del trastorno pero luego se actúa o se espera que el niño se comporte como si no lo tuviera.
- Proyección de la culpa y hostilidad, bien hacia el niño: "lo hace porque quiere, para llamar la atención, para fastidiarnos", o hacia el personal sanitario y la escuela: "una profesora que no supo entenderle".
- Sentimientos de culpa y autodesvalorización.

Todos los padres, de forma general, tienen que hacer el duelo por el "hijo imaginario" que se habían formado en su mente y que nunca se ajusta al niño real. Este duelo es aún más doloroso en el caso de que el niño tenga severas dificultades en el desarrollo. Es fundamental ayudar a los padres a superar con éxito esta etapa, vivida a veces de forma persecutoria y depresiva, para que puedan lograr la aceptación del niño tal y como es, con sus dificultades y potencialidades. Solo así van a estar en condiciones de poder ayudar a su hijo y convertirse en un motor de cambio psíquico. Esta aceptación por parte de los padres, les hace ser más conscientes, sensibles y compresivos, lo que a su vez va a ser de gran ayuda para que el hijo acepte sus propias limitaciones, y así poder enfrentarlas y superarlas si es posible.

DURANTE EL TRATAMIENTO

Como ya se ha avanzado, además del trabajo psicoterapéutico individual o grupal con los niños, se precisa de un trabajo familiar simultáneo. Por un lado, para que comprendan las dificultades de sus hijos y por otro para que puedan apoyar sus procesos evolutivos. En algunos casos, los trastornos psíquicos de uno o ambos padres requieren de una psicoterapia individual, de pareja o familiar, realizada por otro profesional en el propio Centro infantil o en el de adultos.

Como ya se ha expuesto, estas patologías precisan de la intervención de múltiples profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos: sanitario (pediatra, neuropediatra, psiquiatra, psicólogo, logopeda, psicomotricista, etc.), educativo y social. Por lo tanto, a los padres les toca gestionar una compleja agenda, además de hacer de puente de unión entre los diferentes profesionales que atienden al niño, lo que supone una sobrecarga añadida. Para aprender a manejarse en esta compleja red sanitario-educativo-social van a necesitar nuestra orientación y apoyo.

Al mismo tiempo, debido a la necesidad de tan variadas intervenciones y tener que delegar en tantos profesionales, se corre el riesgo de que los padres se cuestionen sobre su competencia para prodigar cuidados y bloqueen sus capacidades naturales, pudiendo generarse una excesiva dependencia de los profesionales. En este sentido, conviene estar atentos para rescatar y fomentar los aspectos sanos de la parentalidad y revalorizar su rol parental.

Así como el objetivo final del tratamiento del niño es que tome conciencia de lo que le pasa y sea sujeto de su propia historia, en el trabajo con los padres también se trata de darles un lugar como sujetos. Esto implica informarles de nuestro modo de trabajar, de su derecho a opinar, aceptar o rechazar nuestras propuestas. De esta manera, no tendrán que defenderse de nosotros. A cambio se les invita a que colaboren en nuestro trabajo, compartiendo el saber que ellos tienen sobre su hijo porque, en algunas cuestiones, son quienes más saben sobre él. Esta actitud de "saber no saber" de parte de los profesionales, va a ayudar a los padres a renunciar a la frecuente posición de saberlo todo sobre el hijo, facilitando así que él llegue a ser el sujeto de su historia.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

1. Acogerles, acompañarles y escucharles.
2. Alivio de su sufrimiento psíquico.
3. Crear con ellos una alianza terapéutica sólida.
4. Decidir conjuntamente las orientaciones terapéuticas, escolares o institucionales.
5. Ayudarles a descodificar las expresiones emocionales del niño. Esta identificación va a tener dos efectos positivos. Por un lado, ayuda a los padres a soportar mejor los síntomas del niño y a sentirse menos perseguidos por ellos. Por otro lado, permite al niño verbalizar la emoción que solo podía evacuar a través de sus síntomas, con lo que va a sentirse menos desbordado.
6. Ayudar a los padres a reconocer los progresos y a valorarlos. Inicialmente pueden mostrarse decepcionados porque esperan -y es comprensible- que haya logros a corto plazo a nivel de rendimientos y competencias. Sin embargo, al comienzo, los progresos suelen manifestarse en otras áreas, fundamentalmente en las relaciones con los otros, en la capacidad para expresar sus emociones y para descodificar las de los demás. Reconocer los progresos realizados por el niño

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

hace que los padres se sientan revalorizados a nivel narcisístico, miren al niño de otra manera y puedan representarse un futuro para él.

7. Modificar o atenuar las interacciones patógenas. Tener un hijo con graves problemas psíquicos produce, a menudo, determinadas alteraciones en la dinámica familiar. Interesa comprender estas interacciones, especialmente las que se desarrollan alrededor de los aspectos más molestos de la psicopatología actual del niño, ya que resultan más fáciles de modificar.
8. Abordar las proyecciones patológicas sobre sus hijos. Ayudar a discriminar lo que es del padre y/o madre, de lo que es del niño.
9. Ayudar a clarificar y delimitar las diferencias generacionales y sexuales dentro de la familia. Con frecuencia hay un borramiento de los límites generacionales y confusión de roles.
10. Preparar a la familia para afrontar los cambios que van a vivir cuando el niño progrese psíquicamente. Hay que estar prevenidos acerca de las consecuencias que, eventualmente, puede tener una evolución favorable, ya que puede romper el equilibrio familiar mantenido hasta entonces. Esto puede generar todo tipo de resistencias inconscientes a seguir el tratamiento, además de la posibilidad de descompensación de algún otro miembro de la familia.
11. Proyecto de futuro: si los padres expresan cierta ansiedad sobre cómo se va a desenvolver el niño en el futuro, es un buen indicador de que va a tener una atmósfera protectora y estimulante. Pero, a menudo, falta esa preocupación y somos los profesionales los que tenemos que abrir esas escenas de futuro, despertarles, porque ellos están como congelados en un presente continuo. Observamos un bloqueo de la "ilusión anticipatoria". A veces, pueden no querer hacerse ilusiones para no sufrir más. Sin embargo, otras veces asistimos a una negación maníaca, que se traduce en unas exigencias y expectativas muy desproporcionadas en relación a las capacidades del hijo. Lo habitual es constatar la dificultad que los padres presentan para verles crecer como personas independientes. Sin caer en un optimismo inapropiado, el mensaje esperanzador va a permitir a los padres mantener cierta confianza en el futuro de sus hijos.

GRUPO DE PADRES

Además de las intervenciones con cada familia, se realizan varios grupos de padres de frecuencia quincenal o mensual. Me voy a centrar fundamentalmente en los grupos de padres con niños en la segunda infancia. El grupo se constituye con aproximadamente ocho parejas, aunque generalmente quienes acuden son las madres. Como mucho pueden asistir dos o tres padres. Es un grupo semiabierto y la duración es de aproximadamente dos años.

El grupo de padres no es un grupo propiamente psicoterapéutico. No se abordan problemas profundos de la personalidad de los padres ni se hacen interpretaciones y tampoco se tiene en cuenta la transferencia. Aunque no es un grupo dirigido, si se acotan los temas que van a ser tratados. La tarea es comprender las dificultades de sus hijos, reflexionar sobre las dinámicas familiares y las funciones parentales. Un tiempo y un lugar donde puedan conectar con las emociones en relación a sus hijos, pensar en ellos como individuos separados y diferentes. También es un espacio donde compartir experiencias y preocupaciones comunes, intercambiar información, además de apoyarse mutuamente respecto a la forma de enfrentarse a los problemas.

Con mucha frecuencia suelen pedir pautas a los terapeutas; es decir, recetas para tratar los diferentes problemas que presentan sus hijos. Desde el modelo de orientación psicodinámica, la única respuesta es que no existe un tratamiento estándar porque no hay niños estándar. La orientación es la clínica del caso por caso. Cada niño y cada familia son particulares y requieren de soluciones e invenciones singulares por parte de cada niño-familia-equipo terapéutico. Así que en lugar de buscar recetas universales, que no funcionan, se pretende favorecer la comprensión del hijo real, singular, aprender a tenerle en cuenta en sus necesidades y favorecer su diferenciación.

A pesar de esta enunciación, habitualmente, el terapeuta se va a sentir muy presionado ante la insistencia por parte de algunos padres en pretender que abandone su posición de neutralidad y se posicione. La tarea no es fácil, pero si sabemos escuchar, contener las ansiedades, hacer hipótesis y abrir interrogantes donde solo había certezas, el trabajo dará sus frutos. Los padres podrán identificarse con esta capacidad del terapeuta, de contención de la angustia y de curiosidad por el funcionamiento mental.

A veces, los padres están muy apegados al discurso científico-médico y a las posibles causas neurobiológicas o bien quedan fijados a algunos diagnósticos emitidos

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

previamente: TDAH, Trastorno negativista desafiante, entre otros. Les proponemos que observen a sus hijos, les animen a hablar y les escuchen, se hagan preguntas y reflexionen sobre ellos. En la medida en la que puedan comprender las necesidades y deseos de sus hijos, podrán dar sentido a muchas de las conductas que antes podían parecer caprichosas e irritantes. Estas conductas serán más tolerables y quizás podrán ayudarles a trasformarlas. Este trabajo de mentalización, de pensar en los estados emocionales del hijo, en lo que puede estar pensando y sintiendo, les va a permitir responder mejor a sus demandas y favorecer su desarrollo de una forma más adecuada.

Los temas que aparecen con más frecuencia son:

1. Quejas e incomprensión sobre las manifestaciones de la enfermedad. Comentarios como: ”Lo hace porque quiere, para llamar la atención, para fastidiarnos. No hace caso, no para quieto, no obedece, él es la ley, nos reta de continuo. Todo tiene que ser al momento, cuando él lo quiere y no soporta esperar. Los compañeros le rechazan porque es muy brusco, siempre quiere mandar y si no lo consigue, se aísla“.
   Lo que sucede es que la mayoría de estos niños no han podido renunciar a la omnipotencia infantil y acceder a la posición depresiva. Por eso, ante las frustraciones, se defienden de la tristeza a través del comportamiento: se agitan, se ponen furiosos, se portan mal, culpan al profesor, se escapan y rechazan la ayuda. Otras veces, lo que predomina es la inhibición y el bloqueo. Ciertamente, estos niños están sometidos a grandes frustraciones. Debido a sus dificultades simbólicas presentan importantes trastornos instrumentales y cognitivos, lo que va a ser una ofensa narcisística permanente que va a reforzar las defensas maniacas. A los padres les conviene aprender a leer estas conductas, a identificar cuando el niño no se está pudiendo confrontar con las angustias depresivas y cómo ayudarles.
2. Expresión de la frustración y rabia que les produce un hijo con dificultades, incapaz de ocuparse de sus necesidades. Lo más frecuente es que desarrollen una actitud de sobreprotección. Los padres, a su vez, también tienen dificultades para separarse de sus hijos y expresan su angustia ante las situaciones de asistencia a campamentos, salidas con el colegio o con la familia ampliada. Es importante ayudarles a encontrar un equilibrio, una distancia adecuada entre el cuidado y el control excesivo.
   Por el contrario, otras veces, los padres pueden mostrar una satisfacción omnipotente al sentir que ellos son los únicos que entienden y pueden cuidar del hijo, no pudiendo delegar en otros, lo que imposibilita a este la vivencia de experiencias enriquecedoras y de autonomía fuera del ámbito familiar. El hijo enfermo se convierte entonces en el centro de la vida familiar, descuidando la vida de pareja y la relación con los otros hijos.
3. Aislamiento social de la familia a causa de la inadaptación del hijo (que se desborda cuando hay mucha gente, con las novedades, las emociones, etc.). Los padres con más experiencia comparten información con el resto sobre el beneficio de utilizar los recursos de ocio protegido y/o educadores sociales y familiares, entre otros.
4. Expresión del malestar por los sucesivos desencuentros con sanitarios y educadores. También por las insuficiencias de los recursos y de las instituciones para dar siempre una respuesta adecuada. Se les anima a colaborar en la creación de nuevos recursos o la mejora de los existentes.

VIÑETA CLÍNICA

Voy a ilustrar con una pequeña viñeta clínica, la importancia de que los padres elaboren sus conflictos para que los hijos puedan progresar. Hablaré de la evolución de un niño y su madre en los respectivos grupos de niños y de padres. El niño, al que llamaremos Rubén[1], tiene siete años y a pesar de su buena capacidad intelectual no tiene un buen rendimiento escolar. Tiene problemas de conducta en el colegio y dificultad para la relación con los iguales. Se obsesiona con diferentes temas que ocupan todo su interés y sobre los que presenta notables conocimientos, temas que aunque no son bizarros obstaculizan sus relaciones sociales. Presenta confusión entre la fantasía y la realidad. Los padres están separados desde que él tiene 4 años. Vive con la madre y pasa fines de semana alternos con el padre, con el que mantiene una buena relación.

El grupo, conducido por dos terapeutas, está compuesto

[1] Los datos personales de este ejemplo clínico han sido modificados con el fin de preservar el anonimato

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

por 3 niños y 2 niñas de edades parecidas, que presentan trastornos graves de la personalidad con predominio del funcionamiento psicótico. Se trata de su primer año en el grupo. Rubén presenta un funcionamiento hipomaniaco y una arrogancia narcisista. En los momentos de mayor verbalización, al comienzo de la sesión, se muestra omnipotente y grandioso, exhibiendo sus logros y conocimientos. Cuando no consigue ser el centro de atención, ignora a los compañeros y a las terapeutas, molestando o bien escondiéndose debajo de la mesa o de una silla. En el tiempo de juego y/o representación, siempre elige una relación dual con un compañero al que propone un rol pasivo, y él encarna un personaje omnipotente (cirujano, bombero, etc.). A medida que se iba desarrollando la historia, empezaban a emerger contenidos del proceso primario, alejándose del "como si" del juego y a pretender invadir el cuerpo del compañero y cuando este expresaba su negativa a seguir, Rubén no podía reconocer su sufrimiento, y mostraba una actitud desconsiderada y despótica.

La madre, en el grupo de padres, hablaba de sus dificultades para frustrar al hijo y a veces se sentía muy tiranizada por él. Tenía una nueva pareja, que frecuentaba la casa, pero al niño se lo ocultaba, le decía que era un amigo "para no hacerle sufrir". Rubén solicitaba a menudo dormir con ella. La madre decía que le consentía porque se culpabilizaba de las circunstancias en las que se había producido la separación, de una forma muy abrupta, sin ninguna preparación y anticipación al niño. Este se vio obligado a cambiar de domicilio, ciudad y colegio a mitad de curso. El grupo la apoyó en su derecho a tener una nueva pareja, a hablarlo con el hijo y situarle en su lugar en la cadena generacional. Ella lo entendía racionalmente, pero lo postergaba, aunque finalmente lo hizo. A las pocas sesiones, el niño pudo por primera vez conectar con sus sentimientos depresivos y habló espontáneamente y con mucha autenticidad del gran dolor que sufrió cuando sus padres se separaron, lo que aún le hacía sentirse muy triste y asustado. Vemos cómo el trabajo de elaboración psíquica de la madre y el hijo se refuerzan mutuamente.

CONCLUSIONES

Es innegable la complejidad del tratamiento de los niños con trastorno mental grave, pero no es menos cierto que sin la colaboración de la familia, los resultados se ven seriamente comprometidos. En este sentido, conseguir su implicación en este proceso es un objetivo prioritario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bion, W. (1990). Experiencias en grupos. Buenos Aires: Paidós.

Colas Sanjuan (1996). Intervenciones terapéuticas destinadas a la recuperación de las funciones parentales. Revista Sepypna.

Di Ciaccia, A. (2001). Una práctica al revés. En Desarrollos actuales en la investigación del autismo y psicosis infantil en el área mediterránea. Ministerio de Asuntos Exteriores. Embajada de Italia. Madrid.

Egge, M. (2008). El tratamiento del niño autista. Madrid: Gredos.

Egge, M. (2001). Cuáles son las exigencias de los niños psicóticos. Colofón. nº 20

Buenos Aires.

Freud, S. (1925). La negación. Obras completas. Tomo 3. Madrid. Biblioteca Nueva

Freud, S. (1915). Duelo y melancolía. Obras Completas. Tomo 2. Madrid: Biblioteca Nueva.

Geissmann, C. (2006). Tratamiento de las psicosis infantiles. Cap. 60. En C. Geissmann y D. Houzel (dir.), El niño, sus padres y el psicoanalista. Madrid: Síntesis.

Geissmann, C. (2008). El vínculo madre-padre-hijo psicótico. En C. Geissmann y D. Houzel (dir.), Psicoterapias del niño y del adolescente. Cap. 36. Madrid: Síntesis.

Klein, M (1978). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo, en Obras completas. Tomo 2. Buenos Aires: Paidós Hormé.

Lopez, P. y Tárrega, B. (2010). Grupo de padres con trastorno mental grave. Revista de Psicopatología y Salud Mental. nº 15. págs. 85- 91. Abril 2010.

Manzano, J.; Palacio, F. y Zilkha, Natalie. (1999). Los escenarios narcisísticos de la parentalidad. Bilbao: Asociación Altxa.

Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (1993). Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía. Buenos Aires: Paidós.

Misés, R. La función paterna. En C. Geissmann y D. Houzel (dir.), El niño, sus padres y el psicoanalista. cap 18. Madrid: Síntesis.

Torras de Beà, E. (2013). Psicoterapia de grupo para niños, adolescentes y familias. Barcelona: Octaedro.

Torras de Beà, E. (1996). Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.

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

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

ACOMPAÑANDO LOS PROCESOS SIMBÓLICOS. INTERVENCIÓN TEMPRANA EN GRUPO*

GOING ALONG WITH SYMBOLIC PROCESSES. EARLY GROUP INTERVENTION

Consuelo Panera Uribe** y Encarnación Garrán Sabando***

RESUMEN

En esta presentación queremos reflexionar sobre el acceso a las representaciones y el desarrollo de las capacidades simbólicas -incluyendo la capacidad de comunicación con el otro por la palabra- de niños pequeños con trastorno mental grave a lo largo de un proceso de psicoterapia grupal de 2 años y medio. Para ello describiremos con viñetas clínicas distintos momentos en la evolución de este grupo, mostrando los niveles de representación en estos niños, según van cediendo las defensas más autísticas y van accediendo a una relación de objeto que les permitirá ir construyendo su propio espacio interno con posibilidad de generar pensamientos y lenguaje verbal, lo que favorecerá los procesos de aprendizaje.

Palabras Clave: trastorno mental grave, capacidades simbólicas, relación de objeto, psicoterapia grupal con niños pequeños.

ABSTRACT

The objective of this article is to think about the mental access to the world of representations and the development of symbolic capacities –including the ability to communicate using words- in children with severe mental disorders in group therapy for two years and a half. We will describe different clinical vignettes to show how these representations appear as the autistic defenses yield and an object relation being to be possible. This process allows them to build their own psychic space and to generate thoughts and language, which will facilitate the learning processes to come.

Key words: severe mental disorder, symbolic abilities, object relations, group therapy with young children.

En este artículo vamos a tratar de describir el trabajo terapéutico en un grupo de niños pequeños con trastornos graves del desarrollo a largo de 2 años y medio, mostrando con algunas viñetas clínicas el acceso a las representaciones y a las capacidades simbólicas. El proceso que tendrán que atravesar desde sus defensas más autísticas, que les mantienen en un mundo cerrado sin acceso al exterior y a los otros, pasando por la experiencia de diferenciación entre los otros y de sí mismos, hasta la experiencia de una relación con el otro fuente de placer y malestar, con diversos matices de sensaciones, pensamientos y sentimientos.

* Taller presentado en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Psicóloga clínica, Psicoterapeuta de niños y adolescentes y Grupoanalista. Centro de Salud Mental de Niños y Adolescentes de Bilbao (Red de Salud Mental de Bizkaia RSMB-Osakidetza).

*** Psiquiatra y psicoterapeuta de niños y adolescentes. Centro de Salud Mental de Niños y Adolescentes de Bilbao (Red de Salud Mental de Bizkaia RSMB-Osakidetza).

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

Se trata de niños que entran al Programa de Trastorno Mental Grave (en un contexto de asistencia pública a la salud mental infantil), por las grandes dificultades que muestran desde su más temprana infancia, con riesgo grave de comprometer su desarrollo afectivo, cognitivo y relacional.

¿Cómo trabajar con estos niños en un tiempo limitado y con una continuidad suficiente para afrontar todos los procesos necesarios que acompañan al desarrollo de los procesos de simbolización? ¿Cómo preparar el terreno para que puedan alcanzar una representación de sí mismos y del otro? ¿Qué podemos hacer para ayudarles a desplegar la capacidad de representar a través del juego y la experiencia de jugar con el otro, que les permita conocer y vivir la realidad, desarrollar su creatividad y disfrutar jugando? ¿Cómo aliviar las angustias psicóticas que invaden y atacan los procesos de pensamiento, para que puedan acceder a los procesos de aprendizaje? Cada niño tendrá su propia evolución y con algunos el trabajo estará en dejar el terreno preparado para todo ello.

Según la concepción teórica de Bion, en la psicosis no hay tiempo ni espacio, funciona en proceso primario y se manifiesta por la envidia y la intolerancia a la frustración, que entorpecen los procesos de aprender y el desarrollo del pensamiento.

Elegimos el modelo de trabajo grupal por diversas razones, entre ellas porque en el grupo se ve más claramente el funcionamiento psicótico, ya que se despliegan rápidamente los mecanismos de escisión y proyección como defensa ante las angustias más primitivas. De este modo se movilizan más fácilmente las defensas autísticas que en un encuadre individual. Cada niño va a proyectar los aspectos persecutorios en los otros y la intensidad de las transferencias masivas quedan repartidas entre varios terapeutas y niños. El grupo funciona como la suma de la totalidad de todos los psiquismos, proyectando cada uno dinámicamente sobre los otros. Pretendemos que el grupo, como el terapeuta, se constituya en ese continente donde puedan proyectar sus angustias y sean devueltas de una forma más digerible, continente al que pueden atacar con sus contenidos sin llegar a destruir. Que el mismo grupo adquiera una función análoga a la "capacidad de rêverie materna" (Bion), para contener y tolerar esos primeros elementos sensoriales y emocionales de los niños y devolvérselos más desintoxicados en forma de pensamientos. Y a través de los mecanismos de identificación, tratar de ir tejiendo un espacio psíquico interno y los rudimentos de una vida fantasmática (un espacio para las representaciones-cosa y si es posible representaciones-palabra), que puedan generar pensamientos para ser pensados y que les ayude en una mejor utilización de sus capacidades cognitivas y de aprendizaje.

Una cualidad del grupo es que permite desplegar la identificación proyectiva que en su funcionamiento normal es necesaria para la formación de símbolos y posibilita la relación de empatía con el otro por la posibilidad de ponerse en su lugar y comprender mejor sus sentimientos. Desde el nacimiento tiene la función de aliviar al yo de partes malas y preservar las buenas. Y en el encuentro con los otros niños y los terapeutas se van a facilitar las conductas de imitación e identificación a través del juego. Los niños tienden a externalizar sus sentimientos y reacciones, por lo que uno puede observar lo que le ocurre a otro y también a sí mismo, así como lo que hace el terapeuta en esas ocasiones, evolucionando hacia una ligazón de estas experiencias emocionales que irán permitiendo un mayor grado de simbolización.

Con una breve descripción del encuadre, diremos que se trata de un grupo de 5 niños, que inician la terapia entre los dos y tres años. Todos diagnosticados de Trastornos Generalizados del Desarrollo (psicosis precoces, autismo, TEA), sin lenguaje o siendo este muy precario, con somatizaciones, ausencia de juego y con graves alteraciones de la comunicación y la interacción. Son sesiones semanales de una hora de duración y se realizan en una sala de juegos con material de psicomotricidad, piezas de construcción, algunos juguetes básicos (familia, bebé, animales con sus casitas, platitos, instrumentos médicos), papel y pinturas, pizarra. Se realiza en co-terapia entre las dos autoras y una psicóloga en prácticas.

Con Acompañamiento, queremos decir que mostraremos en estas viñetas como pretendemos observar, estar receptivos y acompañar el gesto, sonido, mirada, que produce un niño desde su mínima expresión hasta la transformación en un elemento importante en la historia de ese niño, haciéndolo al mismo tiempo parte integrante del grupo o de la relación. Intentaremos ayudarles a pasar los momentos de más riesgo de la evolución de quedarse en la psicosis y que puedan acercarse a experimentar la conflictividad edípica, que sería lo más sano. Se trata de movilizar en lo posible el desarrollo psíquico bloqueado para que pueda evolucionar y crecer dinámicamente.

VIÑETA 1 (INICIO DEL GRUPO): ENCUENTRO EN LO DESCONOCIDO

En los inicios del grupo podemos ver a niños paralizados, en silencio, uno vomita expresando toda su

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

angustia y parece más calmado. Hay una evitación del contacto visual, ausencia de juego y desparramamientos corporales en el suelo. Poco a poco, algunos van desplazándose pegados a la pared, rodean el tubo o rozan a los otros, tanteando los límites contenedores de ese espacio (los límites contenedores de la mente), que podrá constituirse como continente simbólico.

Las terapeutas nos presentamos y les presentamos a ellos, explicándoles que vienen a jugar con los otros y que nos vamos a ver todas las semanas ese día y a esa hora. La única norma es no hacer ni hacerse daño. Hablamos de que vienen porque están "malitos", muy tristes y con mucho miedo ya que todavía no nos conocemos y han tenido que dejar a sus madres y padres fuera, probablemente echándoles mucho de menos. Ante la situación nueva, vivida como peligrosa, algunos se hunden, se desparraman, y otros se unen para darse consuelo. No pueden expresar ni con palabras ni con emoción lo que les pasa, solo corporalmente.

Poco a poco van desplegando su modalidad defensiva ante las intensas angustias que provoca el encuentro con el otro. Un niño empieza a dar golpes a dos troncos de espuma repetidamente y con un lenguaje ininteligible, otro camina repitiendo frases y estribillos de canciones por la sala, mientras otro repite todo el abecedario en inglés. El cuarto niño gatea buscando trocitos minúsculos para meterse en la boca, hasta que encuentra una adulta por la que trepa sin ninguna diferenciación. Y el quinto, quizá el que se encuentra en un estadio evolutivo más avanzado, con un lenguaje deficitario pero comunicativo, está con otra terapeuta que tiene que hacer algo "para él" porque él mismo es incapaz de construir algo solo.

En una de las primeras sesiones, un niño entra tarde y le saludan las terapeutas poniendo muchas palabras y afectos, ninguno de los otros dice nada, el niño se sienta de espaldas a todos. Posteriormente irá a coger todas las piezas que pueda para él y no tolerará que nadie se las quite. También atacará o quitará lo que los otros tienen.

Hay muy poco juego, a lo sumo, movimientos con los coches. No hay contacto entre unos y otros, incluso se puede observar a menudo el espacio vacío entre ellos.

VIÑETA 2 (ESCENA A LOS 6 MESES): EL OTRO EXISTE.

Ya han aparecido algunas interacciones entre ellos, más bien imitaciones del juego del otro, sobre todo construcciones de carreteras-rampas para los coches. Están creando caminos. En un momento, el mismo niño que se llevaba todas las piezas, ahora le coge a otro su juguete. Este protesta y acaba recibiendo un empujón. El conflicto se puede exteriorizar, parece que hay otro ahí fuera que tiene algo que él quiere, despierta toda la envidia y lo ataca. El que ha recibido el empujón, expresa verbalmente y con gesto de enfado que no quiere a éste porque le ha pegado. Incluso, no se queda ahí, insiste en mostrar su enfado y lo dice "estoy muy enfadado". ¡Bién!, parece que hemos sorteado un peligro sin destruirnos. Hay otro fuera, que además nos despierta emociones y sentimientos. Y puede utilizar la palabra con un valor de comunicación, en lugar del empujón.

Han dado un primer paso en la simbolización, la representación palabra se ha instalado y ha permitido llevar al yo consciente las percepciones y emociones resentidas esta vez en un nivel de simbolización secundaria.

VIÑETA 3 (ESCENA A LOS 18 MESES): UN JUEGO COMPARTIDO, LA CURIOSIDAD Y EL PLACER.

Uno de ellos, el que antes cantaba estribillos, cogía letras que repetía de forma onomatopéyica, ahora se dibuja caritas (ojos y boca sonriente) en sus manos y brazos y posteriormente les da y se da besitos con ellas, como una forma de autocaricias (¿será cierta representación indirecta de la madre?). Empieza a dibujar algo en la pizarra, que cuando le pregunta la terapeuta, dice que es un castillo. Al mismo tiempo, el niño enfadado de antes, pide a la terapeuta que le ayude a construir uno con las piezas grandes de gomaespuma (paredes y tejado) y se mete dentro. Parece tranquilo ahí dentro. El más regresivo en su funcionamiento en estos momentos, se mete también y se queda sentado con él. Un tercero nos dice algo que nos cuesta entender, hasta que logramos descifrar "falta la puerta" y pone una pieza cuadrada (ofrecida por la terapeuta) que ocupa el lugar de ésta. También se mete dentro. La parte del tejado está construida por dos troncos de espuma que se abren a modo de ventanita. Solo mencionarlo por la terapeuta: "parece que este castillo tiene paredes, tejado, puerta y una ventanita por la que se puede mirar", inician un juego lleno de excitación, en el que entran y salen. Especialmente uno, quiere comprobar qué se ve desde fuera hacia dentro y va diciendo "pues hay un niño, que muerde algo" (ecuación simbólica). El niño que antes acaparaba todas las piezas para él, ahora va llevando y metiendo un montón de objetos y acaba él solo dentro del castillo, mostrándonos su poderío. El que había empezado, se queja y tenemos que construir su propio

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

castillo. Ahora son dos reyes con sus castillos. Un quinto niño (el que antes golpeaba los troncos sin parar), está todo el tiempo jugando en el suelo con un tren, haciendo su ruido y aunque prácticamente no mira, se le escucha de vez en cuando "hay un castillo". Una terapeuta le invita a mirar y descubre emocionado "¡hay dos castillos!". Le pregunta: "¿Cuál te gusta?" y él señala uno con gran energía. Le propone que vaya a visitarlo con su tren, que igual el rey le deja entrar. Otra terapeuta le acompaña y él va acompañado de su tren. El niño que empieza a dibujar en la pizarra se sienta en medio de los dos castillos como si fuera un tercer castillo.

Está apareciendo la curiosidad, quieren saber qué hay dentro y fuera; y lo que es importante, el placer por el juego, la satisfacción por lo que son capaces de construir, la negociación entre ellos, la expresión de deseos básicos. Todo ello, con la representación entre todos de un espacio continente que se puede llenar de objetos, niños, afectos, interacciones con el otro igual. Un espacio que les permite sentirse protegidos y que pueden construir y destruir cuantas veces quieran.

Este juego va a continuar enriqueciéndose con partes añadidas como un timbre que hay que tocar para poder entrar si te admiten (incorporación de una ley), tiene su puerta secreta por donde pueden escapar y por donde pueden entrar sin que se enteren otros. Su propia casa, sus límites, son continentes de cosas buenas que dar y recibir. Aunque todavía están en peligro de desmoronarse, saben que pueden construirlos de nuevo.

El primer paso para el proceso de simbolización es tener un continente, algo que contenga la mente y han "sentido la necesidad" de hacerlo, constituye una fantasía primitiva que pueden simbolizar. Es más avanzado que esperar que todo venga dado. El juego representa esa fantasía primitiva y permite "sacar fuera", materializando con elementos de realidad externa, un conflicto que la mente es incapaz de resolver. Fantasía de deseo de apoderarse de lo que quieren o huir de lo que les molesta, protegerse y separarse de todas las angustias paranoides. Esa puerta que se abre y se cierra, puede representar al propio cuerpo y los esfínteres, expresando con ello su capacidad para guardar algo en su interior. Tienen en cuenta el peligro pero no se quedan paralizados.

VIÑETA 4 (ACTUAL): UN ADENTRO Y UN AFUERA, INDIVIDUAL Y GRUPAL

El que siempre entra con retraso, llega con una mochila nueva del Athletic. "Vacía", dice la madre cuando entra en la sala. Nos la muestra diciendo "es mi mochila". Una terapeuta le dice "¿Es para meter tus cuadernos?, "Sí", contesta él. "¿Y tus libros?", "Sí". "¿Y tus pinturas?", "Sí". Los otros miran la "mochila vacía" para la madre, pero llena de imágenes, representaciones y elementos que nos permiten hablar de lo que pasa "fuera del grupo". Se ha creado un adentro y un afuera del grupo, los otros y nosotros, el grupo a quién podemos enseñar lo que tenemos fuera y también "dar una cierta envidia",…

Los que saben, nos dicen cómo se llaman sus profesoras y así, el mundo externo también se enriquece.

La cabeza (la mente) sirve para contener ideas y pensamientos.

VIÑETA 5 (ACTUAL): COMPARTIR UNA FANTASÍA (CO-CREATIVIDAD)

Creación de un castillo, por 3 niños del grupo.

El castillo, es el elemento del grupo que sigue evolucionando con ellos, es parte de la historia del grupo. Aparece de nuevo, después de las vacaciones del verano, como el hilo conductor que se ha mantenido durante esta larga separación y testigo de la memoria de este grupo.

Para uno de ellos hay fuego en el castillo, los dos que se encuentran en un estado más regresivo entran también en el juego acompañados por los terapeutas (Yo auxiliar, aún necesario para ellos). Uno coge el teléfono cuando hablamos de llamar a los bomberos y responde "¿diga?, ¿diga?, ¿diga?", el otro coge el fonendoscopio que se transformará, con ayuda del terapeuta, en manguera de bombero para apagar el fuego del castillo.

Los cinco pueden desarrollar una parte del escenario del juego, por supuesto diferente para cada uno desde su desarrollo psíquico. Mientras que el que pone fuego en el castillo no deja de meter y meter objetos en el tubo, objetos que pueden explotar, que dan miedo (él está viviendo un periodo de encopresis); otro, cerca de él, intenta vaciar el tubo, se introduce dentro y no quiere salir, como si estuviese buscando, investigando lo que hay en el interior de esa "tripa inmensa"; aterradora para uno, e interesante y provocadora de curiosidad para otro.

El espacio ya se puede llenar de imágenes y fantasías.

Fantasía que pensamos representa toda la pasión, afecto, que se mueve en el encuentro entre nosotras y ellos tras las vacaciones, con gran deseo y agresividad al mismo tiempo. Y con toda la curiosidad y las ganas de saber. El conocer provoca temor pero también mucho placer si estamos suficientemente seguros en nuestro castillo interior.

Estamos lejos de esos niños paralizados, que no se miraban, ni hablaban, ni jugaban. Hemos pasado del

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

mundo senso-perceptivo, con cargas afectivas sin discriminación entre afecto y percepción, a un proceso en el que el mundo perceptivo se liga a un afecto creando una representación, imprescindible para la creación de las palabras y pensamientos, que permitirá a estos niños entrar en el mundo de los conocimientos.

Han ido evolucionando desde un desarrollo psíquico en los 6-8 primeros meses, con elementos orales, sin pasar por la posición depresiva, hasta los 2 y medio-3 años, acercándose al Edipo. Se ha dado una liberación de energías pulsionales que estaban muy pegadas en esas fases primitivas, pudiéndose observar una dinámica psíquica importante, diferenciándose principio de placer y principio de realidad, con un contacto con el objeto interno y externo.

Pueden hacer parejas y ocasionalmente, juegan a tres. Están en plena fase anal, intentando deslizarse a lo genital pero todavía con mucha investidura de lo anal. Posición de dominio, de control sádico. Explorando muchas posibilidades con el tubo digestivo y todos los agujeros.

¿DE DÓNDE PARTIMOS?

Simbolización viene del griego Symbolon, que significa reunir, integrar, juntar. Como dice Pilar Puertas (1998), reunir lo interno con lo externo, el sujeto con el objeto y lo antiguo con lo nuevo. Es la capacidad del ser humano de ir utilizando lo que el mundo exterior le ofrece (cosas, personas, palabras), para sentirlo como una representación de algo suyo. En el juego, el niño representa su mundo interno (sus fantasías), aunque él no lo sabe (es inconsciente).

Según A. Riviere el niño utiliza la simbolización para representar objetos ausentes en la comunicación con los otros y con uno mismo (Viloca, Avilés y Viudes, 1996).

Desde la perspectiva psicoanalítica un punto en común en los autores (M. Klein, H. Segal, W. Bion) es que el niño debe tener adquirida la categoría simbólica "presencia-ausencia" (que implica tener conciencia de la separación yo-no yo), porque la capacidad simbolizadora del niño se asienta sobre la base de poder elaborar la ausencia de la madre, la pérdida del objeto real para poder acceder al objeto simbolizante que contiene todas las características físicas y psíquicas del objeto real sin ser él. Es decir, se requiere el paso de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva, que implica la tolerancia a la ausencia del objeto y su recreación a través del símbolo que la representa. (Albamonte, Bermejo, Ferrándiz, Guijarro, Montes, Palop y Sánchez, 1991).

Y compartimos la idea de que el niño autista no puede sentir la falta o ausencia, porque no se ha separado del objeto (no se ha vinculado con él). Si no hay falta, no hay nada que simbolizar y no se necesita el lenguaje. No tiene representado al otro y no está preparado para ese encuentro que le produce una amenaza de desorganización psíquica, una angustia impensable de la que se defiende con un ataque a las funciones integradoras (las ideas, fantasías o pensamientos) y encerrándose en ese mundo de autosensorialidad (manipulando su cuerpo, agitándose, corriendo).

Hablaríamos de un primer momento en el recién nacido de descargas sensoriales o motrices desorganizadas, impensables, no representadas, que a través de la función metabolizadora de la madre, van a ir ligándose a una imagen, a una percepción, (ecuación simbólica de H. Segal) en la que ya estaríamos hablando de un primer momento de simbolización y con la elaboración de la experiencia emocional de ese encuentro podríamos pasar a las representaciones palabra o un segundo momento de simbolización.

En nuestro trabajo intentaremos, como recogemos de Eric Laurent, "construir un espacio que no sea ni del sujeto ni del otro, un espacio que permita un acercamiento que extraiga al niño de su indiferencia y de la repetición exacta de su relación con el otro, y articular así un espacio de juego". Aprovechar sus producciones subjetivas, insertarnos en sus manifestaciones o creaciones que produce con su cuerpo, sus objetos, sus invenciones, para transformarlas en manifestaciones simbólicas de su subjetividad.

Como ejemplo, otra escena:

EL CUERPO Y SUS PARTES:

En un grupo de madres y niños menores de dos años, hay una pequeña que destaca de los otros por su falta de mirada, su deambular constante, su falta de palabras y sonidos, su falta de interés por el juego. Sólo recoge del suelo objetos para metérselos en la boca.

En un momento de la sesión uno de los pequeños se acerca a una terapeuta que tenía las gafas colgando de un cordel por el cuello. El niño intenta colocárselas en los ojos, le hace mucha gracia y se ríe cuando la terapeuta empieza a teatralizar el momento. Ella coge sus gafas y con movimientos lentos acompañados de sonidos de sorpresa, se las acerca a los ojos, en ese momento hace como que descubriese a cada niño al ponerse las gafas cerca de los ojos y les va nombrando mientras les mira a través de ellas a uno detrás de otro.

Todos los niños entran en la escena, algunos con

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

carcajadas. Con gran sorpresa para todos, la niña ausente mira lo que ocurre, se acerca, sonríe y se queda fijada en el movimiento de quitar y poner las gafas mientras éste se repite varias veces.

¿Qué ha ocurrido? Una percepción ha atraído su atención; una visión que muestra de forma excepcional como "una parte del cuerpo se pone y se quita", quedándose fascinada en el movimiento.

Como reflexión nos planteamos que una percepción visual acompañada de sonidos "teatrales" ha permitido conectar con esta niña, interesarse, acercarse y sonreír.

Estamos en lo concreto, real, sin simbolización pero sí con una emoción como respuesta a una percepción. Primer paso para poder iniciar los pródromos de una representación futura. No hay juego, no hay simbolismo, sólo estamos intentando iniciar con ella un espacio dónde haya posibilidad de escucha, mirada, sonrisa, reacción hacia lo que viene de fuera de ella. Algo diferente al rechazo.

Estamos en el mismo espacio nada más y todo eso.

Volviendo a nuestro grupo, como ellos nos traen el "afuera", nosotras también queremos saber qué pasa en ese afuera, es decir, cómo se manifiesta todo esto en su entorno cercano, familia y actividad escolar. Además de las referencias externas, como parte del Programa de TMG nos hemos propuesto observar si se refleja algún cambio en el desarrollo psicomotor de estos niños evaluado con Escalas de Desarrollo Merrill-Palmer Revisadas, al inicio y a los 2 años de tratamiento. En una primera impresión, podemos decir que un gran avance ha sido para algunos la posibilidad misma de realizarlas y para otros, una mejoría importante observable en los perfiles, particularmente en las áreas cognitivas y de lenguaje. No ha sido posible realizarlo en todos los casos, pero es suficiente para creer que merece la pena trabajar intensiva y tempranamente para que las potencialidades de estos niños puedan desplegarse y no quedarnos con la idea de un déficit que hay que compensar o complementar con otras habilidades. Concepciones que corren el riesgo de dejarles encerrados en diagnósticos de discapacidad con recursos protocolizados de tratamiento, que no tienen en cuenta estas posibilidades evolutivas del desarrollo psíquico.

Queremos agradecer a Maria Luisa Castillo, psiquiatra y psicoanalista con la que supervisamos regularmente, por sus aportaciones teóricas y clínicas, que nos ayudan a dar sentido y coherencia a las dinámicas grupales y las vivencias que nos despierta el trabajo con estos niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albamonte, M.A., Bermejo, V., Ferrándiz, C., Guijarro, F., Montes, I., Palop, D. y Sánchez, M. (1991). La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 11/12,109-135.

Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C. y Daymas, S. (2001). El Juego en psicoterapia del niño. Madrid: Biblioteca nueva, S. L.

Bion, W.R. (2006). Experiencias en grupos. Barcelona: Ed. Paidos. (Org. 1980).

Ferrari, P. (1997). Modelo psicoanalítico de comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 23/24, 5-21.

Grinberg. L., Sor, D., y Tabak de Bianchedi, E. (1991). Nueva introducción a las ideas de Bion. Madrid: Tecnipublicaciones, S.A. (Org. 1973).

Lasa, A. (1998). El niño autista. Formación médica continuada en Atención Primaria. Vol. 5, nº5.

Mazet, M., Houzel, C. y Burzstejn, C. (2001). Autismo infantil y psicosis precoces del niño. Encyclopedie Médico-Chirurgicale , Psiquiatría, 37-201-G-10, 1-30.

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.

Segal, H. (1984). Introducción a la obra de Melanie Klein. Barcelona: Ed. Paidós.

Torras de Beà, E. (2013). Psicoterapia de grupo. Para niños, adolescentes y familias. Barcelona: Ed. Octaedro.

Torrás de Beà, E. (1998). Primera infancia: asistencia terapéutica. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 25, 5-20.

Viloca, L., Avilés, P. y Viudes, E. (1996). Los precursores de la simbolización en los niños autistas. V Congreso Internacional de Autismo, B, 597-602.

Winnicott, D. W. (1997). Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa (Org.1971).

Winnicott, D. W. (1994). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Paidós.

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

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista ***Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*** de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los originales se enviarán por correo electrónicoen tamaño DIN A-4 y deberán estar escritos con un inter lineado de 1,5; con letra Times New Roman, tamaño 12 y sin numerar. Su extensión máxima será de 25 folios incluyendo el texto, bibliografía, tablas, dibujos, figuras y gráficos.

2. La primera página constará de:

a) *Nombre principal de autor/es y dos apellidos* (aparecerán 3 en el título principal, pudiéndose añadir más a pie de página); profesión y entidad (centro de trabajo),dirección de correspondencia (postal y e-mail); número de teléfono o fax.

b) *Título y resumen* del artículo en castellano e inglés obligatorio, pudiéndose añadir otros idiomas. El resumen no podrá superar las 150 palabras. PALABRAS CLAVE: entre 3 y 5 palabras que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo en ambos idiomas.

3. *Notas a pie de página*: se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.

4. *Tablas, dibujos, figuras y gráficos*: Se presentarán también en formato Word a continuación del trabajo, numeradas en orden de aparición en el texto. Cada una de ellas debe tener un título o pie en castellano e inglés.

5. *Bibliografía*: Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association 6th edition) entre las que recordamos:

- Las referencias bibliográficas deberán ser ordenadas alfabéticamente en una lista. Cuando exista más de una referencia sobre el mismo autor, se deberán ordenar comenzando por la más antigua.

- Las referencias bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación. Ej. (Bion, 1962) y para referenciar trabajos de un mismo autor/es de la misma fecha se añadirán letras a, b, c, etc al año, que siempre será el mismo. Ej. (Freud, 1900a, 1900b).

- Referencias bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una "y"); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos, y editorial. Para señalar los libros traducidos se añade al final la referencia "Orig." Y el año entre paréntesis.Ejemplo:
  Lebovici, S. y Soulé, M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig.1970).

- Referencias bibliográficas de capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con "En" las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed.ocomp., añadiendo una "s" en caso de plural (eds.); el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial. Ejemplo:
  Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.), *Manual de psicología patológica* (pp. 43-81). Barcelo-

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

na: Toray-Masson (Org. 1975).

- Referencias bibliográficas para revistas: autor; año (entre paréntesis); título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n.º entre paréntesis sin estar separados del vol. cuando la paginación sea por número, y página inicial y final. Ejemplo:
  Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19/20, 5-24.

Para más información consultar el Manual de la APA anteriormente citado.
http://www.apa.org

INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los trabajos deberán ser enviados a publicaciones@sepypna.com enviándose de vuelta un e-mail de confirmación de la recepción. No podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales.

El Comité Editorial enviará los trabajos recibidos al Comité Asesor, quien realizará una "revisión por pares"

El Comité Editorial decidirá sobre la conveniencia de la publicación, reservándose el derecho de realizar modificaciones en el estilo de los textos y de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación. En casos puntuales el Comité Editorial podrá valorar la reedición de artículos de interés

La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerá exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.

Los autores cuyos artículos hayan sido aceptados para su publicación recibirán un ejemplar de la revista en el que han sido incluidos.

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

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

Secretaria
C/Paseo de la Castellana 144 4ª Pta 3
28046 Madrid
Telf. /Fax 91 319 24 61
www.sepypna.com
sepypna@sepypna.com

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA SOCIEDAD

D/Dña .....

licenciado en ..... especialidad en .....

con domicilio en calle/plaza ..... nº .....

ciudad ..... provincia ..... C.P. .....

Teléfono ..... / ..... E-mail .....

Adjunto curriculo vitae y documentos acreditativos para solicitar su ingreso en calidad de (*)..... en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, para lo cual es propuesto por los miembros

☐ ..... Firma

☐ ..... Firma

(*)

En ..... a ..... de ..... de 201 ..

Orden bancaria

Muy señores míos:
Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar de mi cuenta corriente /Libreta de aho-rros el importe de la suscripción anual a la **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.**

Entidad ..... Agencia nº ..... calle .....

Ciudad ..... C.P .....

TITULAR DE LA CUENTA
D/Dña .....

Firma

Según lo dispuesto en la Ley 15/1999, de Protección de datos, los datos solicitados formarán parte de un fichero de clientes debidamente inscritos en la Agencia de Protección de Datos y propiedad de la Empresa **SEPYPNA** con **CIF G-78528288** con domicilio en **C/Paseo de la Castellana 144 4ª Pta 3 28046 Madrid**. Recabar estos datos tiene por objeto **GESTIÓN DE SOCIOS** y no serán cedidos a terceros bajo ningún concepto sin su expresa autorización. Usted tiene derecho a recibir respuesta de cualquier pregunta, consulta o aclaración que le surja derivada de este cuestionario. Igualmente tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación, de sus datos mediante escritos a la dirección antes indicada o por correo electrónico a **sepypna@sepypna.com**

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

SUSCRIPCIÓN ANUAL (2 números al año)

IMPORTE
ESPAÑA ..... 60 €

EXTRANJERO ..... .130 $

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:
SELENE Editorial
C/ Jeréz, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: 91 6395965
email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos .....
Dirección ..... **Nº** ..... **Piso** .....
Cód. Postal ..... **Población** .....
Provincia ..... **Especialidad** .....
NIF .....

FORMA DE PAGO:

☐ **CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO**

☐ **DOMICILIACIÓN BANCARIA**

ORDEN DE PAGO, DOMICIALIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta .....
Banco ..... **C/C Nº** .....
Caja de ahorros ..... **C/C Nº** .....
Sucursal ..... **Calle** ..... Nº .....
Cód. Postal ..... **Población** .....
Provincia ..... **Teléfono** .....
IBAN .....

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente)

..... **de** ..... **de** .....

FIRMA DEL TITULAR

XXVII CONGRESO NACIONAL SEPYPNA BURLADA (NAVARRA)
Talleres precongreso: día 14 de abril de 2016
15 Y 16 DE ABRIL DE 2016 Lugar: Casa de Cultura de Burlada

LA TÉCNICA EN PSICOTERAPIA EN SUS DIVERSAS APLICACIONES

JUEVES 14 DE ABRIL DE 2016
TALLERES PREVIOS-TARDE
Horario: de 17:00 a 20:00 horas

Taller 1	"PERINATALIDAD Y VÍNCULO: INTERVENCIONES EN EL COMIENZO DE LA VIDA"
Moderador	Margarita Alcamí
Ponente	Marta Baez Saioa Zarrazquín Remei Tarragó
Taller 2	Evolución del encuentro terapéutico con el adolescente
Modera	Alberto Lasa
Ponente	Luis Feduchi

VIERNES 15 DE ABRIL DE 2016
MAÑANA

08:30	Entrega de documentación
09:00	Fernando González-Serrano Presidente SEPYPNA Javier San Miguel (Comité Organizador Local)
09:30	Primera mesa: Parentalidad y Psicoterapia
	Moderador: Rakel Sueskun
	Ponentes • Fernando González Serrano "El lugar actual de las familias en la asistencia clínica en salud mental de niños y adolescentes" • Nathalie Nanzer "¿Qué aportan las terapias centradas sobre la parentalidad en la atención en psiquiatría de niños y adolescentes?
11:00	Debate con los ponentes
11:30	Pausa café
12:00	Segunda mesa Intervenciones en el trastorno mental grave.
	Moderador: Carlos Arango
	Ponentes: • Juan Larbán "La relación terapéutica en el tratamiento de los trastornos mentales graves. Continente y contenido de nuestras intervenciones" • Filippo Muratori "La participación de los padres en el tratamiento del autismo: fundamentos y métodos
13:30	Debate con los ponentes
14:00	Comida

TARDE

15:30	Actualizaciones sobre la técnica Moderador: Javier Huarriz
16:30	Tercera mesa: Psicoterapia en las adopciones
	Moderador: Arantza Martín
	Ponentes: • Alicia Monserrat y Mayte Muñoz "Retos creativos en las psicoterapias con niños y adolescentes adoptados • Vinyet Mirabent "Los padres de adolescentes adoptados en el trabajo clínico. Fantasías, inquietudes y conflictos"
18:00	Debate con los ponentes
19:00	Asamblea General Ordinaria (reservada a socios)

SÁBADO 16 DE ABRIL DE 2016
MAÑANA

09:00	Actualizaciones sobre la técnica Moderador: Paula Dukelsky
10:00	Cuarta mesa: Psicoterapia en la adolescencia
	Moderador: Juan Manzano
	Ponentes: • Mark Dangerfield "Tratamiento basado en la mentalización para adolescentes (MBT-A): aplicaciones para adolescentes con conductas autodestructivas"
10:45	Pausa café
11:15	Ponente: • Graziella Fava (Padua) "Combate contra el miedo: adolescentes a la búsqueda de sus orígenes".
12:00	Debate con los ponentes
13:30	Clausura

Solicitada acreditación como Formación continuada de Profesionales Sanitarios del Gobierno de Navarra.
Solicitada la acreditación como Formación continuada a la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)
Congreso reconocido dentro de los cursos de Formación Continuada de Psicopatología y Psicoterapia del Niño y del Adolescente realizados por SEPYPNA y ALTXA.

Precio del Congreso/Talleres e inscripción on-line próximamente a través de la página web de SEPYPNA.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 61 - Marzo 2016

V Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes. La atención a los trastornos graves de la personalidad. Bilbao octubre 23 y 24 de octubre de 2015
Fernando González Serrano 9

De la patología vincular al trastorno de inestabilidad emocional. De cómo el niño se convirtió en erizo
Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz 11

Evaluación del Hospital de Día infanto juvenil
Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Beneítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual 17

Técnicas terapéuticas basadas en la teoría de la mentalización en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de Hospital de Día
Paula Laita de Roda 35

Hospital de día comunitario como dispositivo de crisis: experiencia clínica sobre el abordaje institucional de la patología límite en la adolescencia
Jaume Claret 43

La demanda a enfermería en un centro terapéutico educativo con adolescentes
Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes 49

El grupo como recurso terapéutico en un centro terapéutico educativo
Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas 59

Intervenciones psicoterapéuticas con familias
José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García 65

Convivir con los límites: El Hospital de Día como experiencia terapéutica para adolescentes con trastorno límite de la personalidad
Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos 73

Atención a las familias de niños con trastorno mental grave en un programa específico de atención ambulatoria
Begoña Solana Azurmendi 81

Acompañando los procesos simbólicos. Intervención temprana en grupo
Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando 87

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.)