Ahijado Guzmán, Zulema
Alonso Gómez, Raquel
Avellón Calvo, Mónica
Bacelar Pereira, Karina
Báez López, Marta
Barriocanal Gil, Eduardo
Béjar Trancón, Agustín
Calavia Balduz, Jose María
Castro García, Gema
Castro Masó, Ángeles
Catalina Fernández, Cristina
Delgado Campos, Rafael
Elúa Samaniego, Ana
Estalayo Hernández, Ángel
Esteban Arroyo, Angélica
Fandiño Pascual, Ricardo
González González, Francisca
González Serrano, Fernando
Gutiérrez Sebastián, Raúl
Hernanz Ruiz, Manuel
Iriondo Villaverde, Odei
Knobel Freud, Joseph
Laita de Roda, Paula
Laudo, Isabel
López-Palop de Piquer, Beatriz
Martín Ávila, Esther
Mezzatesta Gava, Marcela
Mira Pérez, Jorge
Morer Bamba, Bárbara
Ortega López-Alvarado, Pablo
Panera Uribe, Consuelo
Pastor Jordà, Carolina
Pedrón Giner, Consuelo
Quintana Velasco, José Luis
Requejo Báez, Berta
Rubio Plana, Amanda
Sandoval Intxaurrandieta, Teresa
Sanz Herrero, Beatriz
Serrano Coello de Portugal, África
Socorró Carrié, Michel
Vivancos Gil, Daniel
Uría Rivera, Teordoro

N.º 62
2º 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

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

COMITÉ ASESOR

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

INDICE:

El lugar actual de las familias en la asistencia clínica en salud mental de niños y adolescentes
Fernando González-Serrano, Manuel Hernanz Ruiz y Consuelo Panera Uribe 9

Análisis del rechazo infantil, más allá del maltrato emocional
Michel Socorró Carrié 17

La interconsulta hospitalaria en salud mental infanto-juvenil: un modelo internacional
Raquel Alonso Gómez, Bárbara Morer Bamba, Gema Castro García y Pablo Ortega López-Alvarado 27

El encuadre en contextos de intervención convivencial de protección de menores y justicia juvenil. Intervención psicoterapéutica en instituciones
Ángel Estalayo Hernández, Olga Rodríguez Ochoa y Raúl Gutiérrez Sebastián..... 33

¿Qué hacer con Bartleby? Pensando emociones ante una gran inhibición
Agustín Béjar Trancón..... 43

Trabajo focalizado en las emociones con adolescentes
Jose María Calavia Balduz, Beatriz López-Palop de Piquer, Paula Laita de Roda, Eduardo Barriocanal Gil y Daniel Vivancos Gil 47

La coterapia: Una adaptación técnica en psicoterapias con familias de riesgo
Isabel Laudo 55

Grupo paralelo de padres y niños con síntomas de hiperactividad
Cristina Catalina Fernández, José Luis Quintana Velasco, Mónica Avellón Calvo y Ana Elúa Samaniego 59

Entre lo interno y lo externo: Una experiencia de juego grupal para la creatividad compartida
Odei Iriondo Villaverde, Carolina Pastor Jordà, Angélica Esteban Arroyo y Ángeles Castro Masó 67

Un obstáculo en la psicoterapia de la adopción
Joseph Knobel Freud 71

Intervención psicológica en una adolescente con dolor crónico
Esther Martín Ávila 75

Duelo, migración y adolescencia, a propósito de un caso
Marcela Mezzatesta Gava 79

Psicoterapia con adolescentes en conflicto. Cartografía y navegación
Ricardo Fandiño Pascual y Karina Bacelar Pereira 89

Variaciones del encuadre. Reflexiones en torno a Daniel, un niño con TEA y su familia
Berta Requejo Báez 93

Intervención en el contexto de adopcion: La funcion del equipo tecnico
Teresa Sandoval Intxaurrandieta 101

Sostener la cuchara. La alimentación en niños con soporte artificial, trabajo en grupo de padres
Beatriz Sanz Herrero, Francisca González González y Consuelo Pedrón Giner 105

El grupo multifamiliar en el hospital de día de niños
Teordoro Uría Rivera, Zulema Ahijado Guzmán, África Serrano Coello de Portugal, Jorge Mira Pérez y Amanda Rubio Plana 109

Taller madres adolescentes embarazadas
Marta Báez López 117

Consideraciones psicolegales sobre el abandono voluntario de menores de centros de protección en la modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia
Rafael Delgado Campos..... 131

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

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

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

Sistema de selección de los originales:

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

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

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

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

The current place of families in clinical care of child and adolescent mental health
Fernando González-Serrano, Manuel Hernanz Ruiz y Consuelo Panera Uribe 9

Analysis of child rejection, beyond emotional maltreatment
Michel Socorró Carrié 17

Interdisciplinary consultations in child and adolescent mental health: an international model
Raquel Alonso Gómez, Bárbara Morer Bamba, Gema Castro García y Pablo Ortega López-Alvarado 27

The setting in contexts of convivential intervention for the protection of minors and juvenile justice. Psychotherapeutic intervention in institutions
Ángel Estalayo Hernández, Olga Rodríguez Ochoa y Raúl Gutiérrez Sebastián 33

What to do with Bartleby? Thinking emotions within a great inhibition
Agustín Béjar Trancón 43

Emotion-focused work with adolescents
Jose María Calavia Balduz, Beatriz López-Palop de Piquer, Paula Laita de Roda, Eduardo Barriocanal Gil y Daniel Vivancos Gil 47

Cotherapy: a technical adaptation in psychotherapies with families at risk
Isabel Laudo 55

Parallel group of parents and children with symptoms of hyperactivity
Cristina Catalina Fernández, José Luis Quintana Velasco, Mónica Avellón Calvo y Ana Elúa Samaniego 59

Between the internal and the external: an experience of group game for shared creativity
Odei Iriondo Villaverde, Carolina Pastor Jordà, Angélica Esteban Arroyo y Ángeles Castro Masó 67

An obstacle in the psychotherapy of adoption
Joseph Knobel Freud 71

Psychological intervention in an adolescent with chronic pain
Esther Martín Ávila 75

Mourning, migration and adolescence, about a case
Marcela Mezzatesta Gava 79

Psychotherapy with adolescents in conflict. Cartography and navigation
Ricardo Fandiño Pascual y Karina Bacelar Pereira 89

Variations of the setting. Reflections on daniel, a child with asd and his family
Berta Requejo Báez 93

Intervention in the context of adoption: the role of technical team
Teresa Sandoval Intxaurrandieta 101

Holding the spoon. The feeding in children with artificial support, work in group of parents
Beatriz Sanz Herrero, Francisca González González y Consuelo Pedrón Giner 105

Multi-family group at children's day hospital
Teordoro Uría Rivera, Zulema Ahijado Guzmán, África Serrano Coello de Portugal, Jorge Mira Pérez y Amanda Rubio Plana 109

Adolescent mothers workshop
Marta Báez López 117

Psycholegal considerations on minors' voluntary abandonment of protection centers in the modification of the protection system for childhood and adolescence
Rafael Delgado Campos 131

EL LUGAR ACTUAL DE LAS FAMILIAS EN LA ASISTENCIA CLÍNICA EN SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES*

THE CURRENT PLACE OF FAMILIES IN CLINICAL CARE OF CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH

Fernando González-Serrano**, Manuel Hernanz Ruiz*** y Consuelo Panera Uribe****

RESUMEN

Partiendo de unas reflexiones generales sobre la diversidad de entornos familiares, en paralelo a los cambios acelerados en las sociedades desarrolladas de la globalización en las últimas décadas, los autores revisan la influencia que aquellos tienen en la clínica y la asistencia a la salud mental de niños y adolescentes hoy. Para ello se apoyan en una comprensión del desarrollo psíquico y de la personalidad -imprescindible en nuestro trabajo- en este caso psicodinámica y relacional, y en la pertinencia del concepto de alianza terapéutica. Finalmente se plantean algunas adaptaciones posibles en la atención a las familias para facilitar los procesos terapéuticos y asistenciales.

Palabras clave: familias; desarrollo psíquico; alianza terapéutica; salud mental de niños y adolescentes.

ABSTRACT

Starting with some general reflections on the diversity of family environments and the rapid changes in the developed societies of globalization in recent decades, the authors will review their influence in the assistance of current child and adolescent mental health. To do so, they will rely on an understanding of psychic development and personality. A regard both psychodynamic and relational of this understanding, as well as the relevance of the concept of Therapeutic Alliance, will be fundamental in our work. Finally, some possible adjustments in the care of families were made in order to facilitate the therapeutic and care processes.

Key Words: families; psychic development; therapeutic alliance; child and adolescent mental health.

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, queremos manifestar que nuestra manera de comprender tanto el lugar de la familia como el modo de organización de la personalidad y el funcionamiento mental del niño y del adolescente se basa en la concepción, psicodinámica y relacional, de la que ya es conocida como escuela de Ginebra. En concreto queremos hacer un reconocimiento especial a los aprendizajes e intercambios con J. Manzano y F. Palacio-

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

** Psiquiatra y Psicoterapeuta. Jefe del Servicio de Niños y Adolescentes. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. E-mail: fernando.gonzalezserrano@osakidetza.eus

*** Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Niños y Adolescentes de Uribe. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

**** Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Niños y Adolescentes de Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

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

Espasa facilitados por Alberto Lasa, y asimismo incluir a N. Nanzer y otros autores, a través de la lectura de sus artículos (Manzano et al, 2002; Nanzer et al, 2012).

Nos parece importante subrayar algo que sabemos evidente: en relación a nuestro objeto de conocimiento -el ser humano- nos movemos en un terreno siempre complejo. Conviene recordarnos a menudo a nosotros mismos que nuestras teorías requieren un cuestionamiento permanente y abierto a las nuevas realidades. Volviendo a nuestro tema –el estudio o comprensión de las familias hoy- nos movemos en una considerable incertidumbre: a veces encontramos alguna respuesta, otras debemos aceptar la limitación de nuestro conocimiento acerca de situaciones nuevas, complejas y cambiantes que afectan al lugar de niños y adolescentes y que, a menudo, colorean la expresión psicopatológica (Lazartigues et al, 2007). Entre ellas podemos citar los nuevos modelos de familia y ejercicio de la parentalidad, las adopciones internacionales, las nuevas definiciones de la psicopatología y de los trastornos de la salud mental (Trastornos del espectro autista TEA, hiperactividad, Trastorno por desregulación emocional).

La realidad es que cada vez se nos reclama más a los clínicos y profesionales –más demandas tanto asistenciales como a nivel de nuestras opiniones de "expertos" o apelando a la "evidencia" de nuestros conocimientos en base a la investigación- con sus efectos paradójicos: nos halaga y, al mismo tiempo, nos incomoda o nos desborda.

Vamos a tratar de focalizar nuestras reflexiones y acercarlas al terreno práctico. Queremos puntualizar que vamos a dejar de lado expresamente situaciones que implican a las familias de manera especialmente intensa y que necesitarían un desarrollo más extenso y específico como son las referidas a niños y adolescentes con Trastornos Mentales Graves o TEA, los que viven en entornos sociofamiliares muy carenciados o literalmente de pobreza, y los inmersos en situaciones de adopción.

CAMBIOS FAMILIARES COMO REFLEJO DE NUEVA SOCIEDAD (INDIVIDUO-FAMILIA-SOCIEDAD: INTERACCIÓN E INFLUENCIA CONTINUA Y COMPLEJA)

Empezaremos relatando 3 situaciones asistenciales cotidianas que vemos con cierta frecuencia en nuestras consultas.

1ª viñeta: Ane es una niñita de 6 años y de rasgos orientales, de una llamativa vivacidad, inteligencia y seducción desde los primeros momentos de la consulta. Le acompañan sus 2 papas varones que asisten embelesados a su desenvoltura y dominio de la nueva situación. La adoptaron cuando ella tenía 6 meses. Evitaré extenderme sobre el periodo previo de papeleos burocráticos y viajes que parecían no tener fin. Consultan por lo que muy finamente interpretan como actitudes tiránicas y caprichosas de su hija, que ellos soportan estoicamente y a la vez con admiración, pero no así el entorno social-escolar que ve en estos comportamientos indicios de un incipiente trastorno de atención con hiperactividad y disrregulación emocional, y un riesgo para su futuro académico.

2ª viñeta: Maria y Jon, hermanos de 14 y 12 años, hijos de un matrimonio con buen nivel cultural y laboral. En la primera consulta, a la que acuden solo los padres, impresionan por su alto nivel de expresividad emocional y por la intensidad de sus divergencias explicitas en la comprensión y respuesta a los comportamientos y conflictos con sus hijos, entremezcladas con referencias a sus tensiones y frustraciones conyugales. Sabemos que en el periodo de la pubertad y adolescencia la presencia y actitudes de los padres reales adquiere una importancia fundamental cuando aparecen los problemas (y siempre aparecen) en los hijos para intentar crear un entorno de seguridad que haga contrapeso a las incertidumbres identitarias del adolescente. Plantean la consulta para la hija mayor que, con inusitada brusquedad y violencia, ha comenzado a mostrar sus exigencias de autonomía así como reclamado y externalizado en su cuerpo su estrenada sexualización, lo que sin duda ha chocado frontalmente con la propia sexualidad de los padres, enormemente confundidos frente a ella. Pero también el hijo parece unirse al desconcierto familiar al adoptar comportamientos bizarros y provocadores, que parecen competir, pero en un sentido evolutivo aparentemente contrario e infantil, con los de la hermana, al menos al requerir la atención de los padres.

3ª viñeta: Manuel, varón de 13 años, un cerebrín con cierta apariencia narcisista e intereses poco masculinos, es traído a consulta –un poco a regañadientes, ya que es el colegio el que les insiste- por su madre. Joven inmigrante, luchadora desde que llegó a su nuevo país hace 4 años, de llamativa belleza. Les acompaña su pareja, un varón de edad claramente mayor que ella, al que conoció aquí y con el que conviven junto con un nuevo bebé de ambos. El motivo de consulta son los repetidos conflictos de Manuel con los compañeros de colegio, compatible con lo que cada vez más se conceptualiza como acoso escolar.

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

Seguro que todos podríamos contar situaciones asistenciales similares. Aunque supongo que los más jóvenes y los aficionados a las series de televisión, no pasarán por alto que estas situaciones bien podrían ser las que, rondando la parodia, nos muestran los protagonistas de "Modern Family", serie estadounidense repetidamente premiada y de enormes audiencias también en nuestro país.

Nuestra sociedad cambia a ritmo vertiginoso. Quizás la característica más reseñable, por encima de los cambios en sí, es la velocidad a la que estos se producen y por tanto las limitaciones para metabolizarlos: elaborarlos solemos decir nosotros. Incluso esta nueva realidad, que en muchas ocasiones asusta por lo que conlleva de incertidumbre, se llega a sacralizar y convertir en un valor ideal: la permanente innovación, la adaptabilidad a los nuevos tiempos, tecnologías, hábitos,...

Los filósofos hablan de sociedad narcisista, de la positividad, de la transparencia (Han, 2012, 2013). Responde cada vez más a ideales de éxito, bienestar y realización individual en la que se admira más el decir (hacer) todo lo que se piensa (y siente) por encima del pensar (y sentir) lo que se dice (se hace). Y el lugar del otro, de los demás, como referentes de la subjetividad, del deseo y la comunicación parece estar perdiendo importancia. Se toleran mal el sufrimiento y el dolor –intrínsecos de la condición humana- sentimientos que pasan a ser calificados como negativos.

Evidentemente vivimos en sociedades que –al menos en apariencia, y así se pregona a modo de credo- nos ofrecen múltiples posibilidades de vida y realización personal. Sin duda más que nunca en la historia del ser humano. Pero conlleva unos riesgos, y pasa una factura a los sujetos que, probablemente, se refleja en el aumento de la hiperactividad y la depresión, tanto en niños como en adolescentes y adultos (Han, 2012).

En nuestra disciplina se van imponiendo nuevas situaciones en las consultas: hijos nacidos de diversas técnicas de Reproducción Medicamente Asistida, adopciones homoparentales, las derivadas de menores con Disforia de género (hasta hace poco Trastornos de la identidad sexual); o más habituales como las familias multiparentales o reconstituidas de maneras diversas tras separaciones o divorcios, la ausencia o el cuestionamiento de roles considerados nucleares (lugar simbólico del padre) en las familias que responden al modelo clásico, o las variaciones culturales inherentes a los entornos de niños inmigrantes,…Nos plantean como podemos atender e integrar en el trabajo clínico estos entornos familiares cambiantes. Esto incluye tanto el lugar que les otorgamos en la realidad externa del niño y en el proceso asistencial, como en la realidad interna, en el mundo de fantasías y afectos del niño, en el proceso terapéutico.

Hoy más que nunca, el individualismo -valor nuclear de las sociedades postmodernas de la globalización, regidas por el neoliberalismo- deja al sujeto privado de referentes sociales compartidos (valores, ideales, límites) (Han, 2013). Asistimos, al mismo tiempo, a una idealización de las relaciones privadas intrafamiliares y, a la vez, unos roles más inciertos e inestables en sus participantes.

Otra de las paradojas actuales afecta al lugar (idealizado) del hijo o del niño fruto de una cuidadosa planificación, que choca con la escasa disponibilidad, tolerancia hacia sus necesidades evolutivas y su dependencia. No hay tiempo para compatibilizar con la plenitud personal y profesional (y esto vale para varones y mujeres). P. Denis ya hablaba en su intervención en el congreso nacional de SEPYPNA de Bilbao en 2009, de que los cambios sociales y familiares acarrean con las nuevas maneras de criar a los niños -la tendencia a la socialización precoz- discontinuidades relacionales, con (potenciales) consecuencias psicopatológicas "de un alcance difícil de valorar hoy" (Denis, 2010). Asistimos a situaciones escindidas: por un lado, la continuidad idealizada de los afectos compartidos permanentemente entre padres e hijo; por otro, una incesante discontinuidad en las relaciones reales, ya desde bebés. Ello implica un esfuerzo adaptativo para el niño a veces desorganizador (de nuevo podemos pensar en la epidemia de hiperactividad en las aulas de educación infantil).

La función de la familia como trasmisor de valores y límites se va abandonando (cediéndose a las instancias públicas, incluidas las sanitarias) en beneficio de una casi única función de trasmisión emocional y relacional con una finalidad prioritaria de tipo narcisista, tanto para adultos como para hijos (Jeammet, 1995; Corcos y Jeammet, 2002; Lazartigues et al, 2007). Solo se comparten los afectos positivos y se busca evitar los conflictos -inherentes al desarrollo- lo que se traduce en una escasa integración de los aspectos libidinales y agresivos de las funciones parentales (Nauer, 2012). Nunca se ha dicho con tanta insistencia no se nos ha enseñado a ser padres. Se busca o delega, como decíamos antes, en instancias externas, al mismo tiempo que se las critica severamente (escuela, instituto, policía, jueces, instituciones de menores). Da la impresión de que nunca ha habido tantas intervenciones con menores externas a

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

la familia: situaciones de acoso escolar, separación de menores de su entorno familiar en situaciones de violencia intrafamiliar, judicialización interminable de procesos de divorcio y guarda-custodia por los progenitores.

Señalaremos para finalizar este primer apartado otras dos características que afectan directa e inevitablemente a nuestra práctica asistencial.

La primera de ellas es el cambio en pacientes y familias hacia un rol más activo en la gestión de su malestar o enfermedad, influencia del consenso social en relación a los derechos ciudadanos. Ello implica adaptaciones en la relación terapéutica inevitables. Los pacientes y las familias reclaman –exigen- a los terapeutas y a las instituciones más que hace unas décadas. Creemos que hay que valorar con cuidado dicha actitud ya que, con cierta frecuencia, esto nos confunde y puede ser interpretado como resistencias o inadecuación de pacientes o familias.

Por último, la influencia del modelo denominado médico (en su vertiente genético-temperamental reduccionista) que plantea una visión etiopatogénica del desarrollo y los trastornos centrada, casi en exclusiva, en alteraciones de las estructuras neurocerebrales. Paralelamente, se ha pasado progresivamente, en estas últimas décadas, de una demanda centrada en el sujeto y su sufrimiento, a una búsqueda-exigencia de diagnóstico y supresión rápida de los síntomas y el malestar. Esto conlleva un riesgo de desimplicación-desrresponsabilización de los padres en el desarrollo del hijo, cediendo su papel al médico o terapeuta, o al fármaco (Lasa, 2008), y sumándose al movimiento ya citado de delegación de funciones que antes cumplía la familia hacia el espacio público.

QUÉ ES LO QUE PERMANECE EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL CON EL NIÑO Y SU ENTORNO FAMILIAR: COMPRENSIÓN DEL DESARROLLO, ALIANZA TERAPÉUTICA

Hemos elegido –con un objetivo de síntesis- varios conceptos que nos parecen relevantes de nuestro modelo comprensivo del Desarrollo (evidentemente se puede ampliar con otros).

- El conocido concepto de Epigénesis: procedente de las neurociencias, recoge la complejidad del desarrollo temprano y estudia las influencias mutuas entre los procesos de maduración (neurológica incluida) y las variadas experiencias del individuo desde que nace (Ansermet y Magistretti, 2007).
- Un recién nacido, un bebe en sus primeros años, como consecuencia de su estado de dependencia global, necesita, además de su equipamiento neurobiológico, del Otro, del cuidador. No solo para satisfacer sus necesidades vitales -para sobrevivir- sino también para construir un sentimiento de seguridad y descubrir el mundo.
- La continuidad relacional con un número reducido de personas en los primeros años de vida: sigue siendo –salvo situaciones excepcionales de entornos carenciales o muy patológicos- la mejor garantía para consolidar sentimientos de seguridad interna, base de la personalidad y de la salud mental.
- Las funciones materna y paterna: Denis (2010) hablaba también de la “pasión maternal y el deseo de ocuparse de su bebé que, a menudo, se ve trastocado -desgarrado- por las obligaciones sociales”. No volveremos aquí al tema de la conciliación laboral familiar, y la necesidad de crear verdaderas condiciones para ello, tanto para la mujer como para el varón. El encuentro amoroso madre-padre-hijo con su intensidad necesariamente cambiante, está presente a lo largo de toda la niñez y adolescencia, con sus imperfecciones, y con la aceptación inevitable del distanciamiento y la soledad de hijo y padres, para poder cumplir la finalidad del desarrollo.
- Los movimientos introyectivos y proyectivos propios de las interacciones tempranas: en sus diferentes dimensiones -real, imaginaria y fantasmática (Alvarez et al., 2012)- estos procesos, expresados por los padres, en sus abundantes preocupaciones y fantasías en relación al niño sabemos que tienen su papel sobre la dinámica intrapsíquica de aquel, fundamentalmente estructurante pero también bloqueante o perturbador, sobrecargando o alienando el psiquismo del niño (Lebovici, 1988; Stern, 1997; Manzano, 2001; Manzano et al., 2002; Nanzer et al., 2012; González-Serrano et al., 2013). Complementario de lo anterior son los procesos identificatorios del niño con ambos padres. Según las características de estas interacciones sus efectos se apreciarán ya en el momento del nacimiento del hijo pero dejan su huella o siguen actuando a lo largo de toda la infancia y adolescencia, y nos plantean, en muchas situaciones asistenciales, la necesidad de tenerlos en cuenta y de ayudar a elaborar-resolverlos (Palacio-Espasa, 2007;

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

Nanzer et al., 2012). Un ejemplo muy resumido se aprecia en el caso reciente de un padre hablando, en una sesión de grupo de padres de adolescentes, de que no sabe cómo responder a las demandas contradictorias del hijo adolescente –con una problemática grave de aislamiento en casa- que le exige de manera fluctuante, su presencia cercana –"¿Por qué tienes que ir a trabajar y no te quedas conmigo en casa?"-, pegado, unas veces, y rechazándole con brusquedad otras. Recuerda entonces, espontáneamente, la falta de comunicación y la sensación de soledad vivida durante su propia adolescencia con sus padres, y rompe bruscamente a llorar mientras dice "no quiero que mi hijo sienta nunca eso conmigo".

- Los duelos evolutivos en niño y padres: incluido el propio de la condición de convertirse en padres descrito por los autores de la escuela de Ginebra: "se deja de ser hijo para ser padre-madre". Trabajo complejo de elaboración psíquica que despierta un abanico de emociones contradictorias (exaltación y tristeza, creatividad e impotencia, confianza e inseguridad, angustias diversas en relación a bebé) (Manzano et al., 2002; Nanzer et al., 2012).
- La función de la familia como mediadora entre individuo y sociedad: sigue permaneciendo (¿hasta cuándo?), quizás más presente en las sociedades menos ricas como las del sur de Europa, y desde luego en otras culturas de países menos desarrollados (lo podemos apreciar de cerca en las diferencias de roles en las familias inmigrantes).

El concepto de Alianza Terapéutica nos parece que permanece como central en la actividad asistencial. Sigue siendo esencial para llevar a cabo tanto la evaluación y comprensión de las situaciones clínicas y las demandas de pacientes y familias, así como para proponer, con ciertas posibilidades de éxito, un tratamiento psicoterapéutico, psicoanalítico, o cualquier otra modalidad en nuestra disciplina.

Este concepto va asociado a un aspecto de la trasferencia positiva que, a diferencia de la neurosis de trasferencia, tendría elementos más racionales-conscientes que buscarían el buen desarrollo del proceso terapéutico (Houzel, 2006). Uno de estos elementos importante es la reciprocidad entre paciente y terapeuta. "Hay en la personalidad de todo paciente –aquí podemos incluir a niño y padres- una parte madura, susceptible de interesarse en la exploración del mundo psíquico, incluso aunque suponga sufrimiento. Es la adhesión a una experiencia nueva que incluye aspectos emocionales, imaginarios y simbólicos, y que permite entrever otro modo de funcionamiento psíquico…y descubrir la posibilidad, la esperanza, de dar sentido a sus síntomas y a su sufrimiento" (Houzel, 1986). Y en el caso de los padres a los del hijo, añadiríamos.

Las entrevistas iniciales de un proceso asistencial tiene como objetivo –además de la recogida de los motivos de consulta y la anamnesis- el empezar una exploración con el niño o adolescente del significado de los síntomas. Previa o paralelamente, con los padres se realiza un trabajo similar para no iniciar prematuramente un tratamiento. Pensamos que los niños y adolescentes son muy sensibles al consenso o las diferencias entre los adultos que le rodean, y esto incluye, inevitablemente, la relación entre padres y terapeuta.

Hay pocas dudas de que las condiciones para una indicación terapéutica -sea cual sea la edad del niño y del adolescente (quizás con alguna excepción en este caso)- dependen en un primer momento de los padres, de la sensibilidad de estos hacia el mundo psíquico del hijo. Y se necesita un tiempo para que aquellos expresen sus reacciones ante lo que el terapeuta –en lenguaje adecuado para ellos- les trasmite de lo que ha entendido del funcionamiento del niño y al mismo tiempo, de la su historia, personal y como familia. Evidentemente la posibilidad de lo anterior estará muy influida por la calidad de las proyecciones de los padres, como ya hemos dicho (Manzano et al., 2002; Muratori y Palacio-Espasa, 2008; Nanzer et al., 2012). Cuanto más domine la investidura narcisista del hijo más difícil será la aceptación de la propuesta de un tratamiento, especialmente psicoterapéutico. Asistiremos, en mayor o menor medida, no solo a vivir una desconfianza -cuando no un boicoteo- de nuestra actividad, sino también a un aplastamiento de la vida mental y pulsional del hijo. En estos casos se plantea la posibilidad de consultas espaciadas, o bien atender al niño en modalidades que no comprometan de entrada las proyecciones de los padres, o lo que es lo mismo, el proyecto "narcisista" parental. Manzano et al. (2002) plantean hacerse cargo de entrada del hijo en tratamientos tipo centros de día –si es posible- hasta que las proyecciones parentales de carácter negativo puedan irse aliviando.

De la suerte que corra esta relación inicial con la familia, sea la que sea, y las capacidades de facilitarla -cuando sea necesario- dependerá el proceso posterior. Es importante la evaluación de la pertinencia y los riesgos

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

de la indicación de tratamiento para no añadir con los abandonos más carga de fracaso y culpa, que intensificará las resistencias de los padres.

ALGUNAS INTERVENCIONES Y ADAPTACIONES POSIBLES

La generalidad de los profesionales de la salud mental de niños y adolescentes admitimos hoy la necesidad de trabajar con los padres de los niños que atendemos. Los padres son interlocutores indispensables. Son los depositarios de la historia del niño, y su punto de vista y colaboración activa son indispensables para el éxito, al menos relativo, de cualquier proyecto terapéutico. En casos graves es más evidente, pero también en el resto de la asistencia en general.

Los modos de atención son diversos: entrevistas con ellos solos, consultas terapéuticas padres-niño o madre-niño, terapias de familia, en ocasiones psicoterapia individual para alguno de los padres.

La aceptación, primero, y el análisis (a veces difícil, incluso puede que imposible) de las proyecciones de los padres sobre el hijo y directamente sobre nosotros, en tanto terapeutas, desde el inicio de la relación es –en nuestra opinión- el núcleo fundamental de la Alianza Terapéutica.

En nuestra experiencia, compartida en espacios de supervisión propios y con colegas, si no se logra instaurar mínimamente esta Alianza –lo que precisa un tiempo- el proceso terapéutico con el hijo, si se propone, está en gran riesgo de fracasar. Todos hemos tenido experiencias de abandonos imprevistos en situaciones que nos parecían ideales desde nuestro rol de terapeutas: padres que traen a sus hijos con una gran conciencia y preocupación, empatía con ellos y sus dificultades, con una aparente buena relación con nosotros y que aceptan de buen grado la propuesta de psicoterapia (individual o grupal). En ocasiones, antes incluso de su puesta en marcha o en las primeras sesiones, dejan de acudir. Se argumentan dificultades no previstas en la realidad externa (pérdida de clases o de otras actividades del hijo, imposibilidad de organizar sus horarios los padres). No son raros los casos en que desaparecen sin más, sobre todo en la asistencia pública. Otras veces son los propios niños o adolescentes, o se les otorga a ellos, la razón del abandono. Manifiestan –y en algunos casos sin duda es real, pero no lo hemos advertido- su malestar y rechazo a las consultas. Jeammet (1989) ya nos alertaba de las amenazas que, especialmente, los adolescentes y su entorno familiar experimentan frente a la inmersión en un proceso terapéutico. Por un lado, debido a la intensidad de los movimientos trasferenciales pero, sobre todo, por el riesgo que supone para la estabilidad de los vínculos familiares, sobrecargando hasta hacerlas intolerables –especialmente en los casos de mayor vulnerabilidad en el adolescente y padres- las ansiedades de separación entre ellos.

Creemos que es necesario proponer este trabajo con los padres como condición previa a cualquier indicación de tratamiento para el niño: si no se abordan las proyecciones familiares sobre el hijo, dicho tratamiento será difícil o inviable. Con frecuencia esto se obvia en las patologías menos graves: problemas adaptativos, trastornos emocionales no intensos, con afectación moderada de los aprendizajes y la vida familiar, que son por cierto el porcentaje mayor de las demandas de consulta. Solemos presuponer que la familia -en general con relativo buen funcionamiento (conflictividad neurótica), conciencia de las dificultades y sensibilidad hacia el hijo- ya lo ha hecho.

En la asistencia pública se suma además la limitación en la disponibilidad de tiempo. Otras veces, los mismos padres, en su lógica defensiva, nos empujan a atender rápida y prioritaria o exclusivamente al hijo, que es por quien consultan.

Tener las herramientas relacionales y técnicas para tomarse el tiempo necesario con ellos creo que es una necesidad y, cuando se consigue (y esto es básicamente la alianza terapéutica: algo compartido entre padres y terapeuta y que posteriormente incluye al hijo), va a dar libertad al niño o adolescente para adueñarse en compañía del terapeuta de su mundo interno y de su vida. Es decir, de implicarse en el proceso terapéutico.

Sabemos que hay bastantes situaciones en que esta alianza va a estar en riesgo por la ambivalencia, o el claro cuestionamiento y desconfianza por parte de los padres. Las proyecciones de carácter o predominio negativo (agresivo-constrictivo) van a ser predominantes, imposibilitando nuestro trabajo. Las adaptaciones que podamos hacer, aunque ciertamente son limitadas, pensamos que, además de ser necesarias, pueden tener importantes efectos a largo plazo en algunos casos.

Para finalizar, relatamos un resumen clínico que ilustra este tipo de situaciones. Aitor, niño de 6 años, es derivado por su pediatra que, muy angustiado, viene incluso a reunirse conmigo a mi Centro de Salud ambulatorio para contarnos el caso. Desde el nacimiento el niño ha tenido cerca de 150 episodios médicos entre urgencias y consultas especializadas hospitalarias, por problemas

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

respiratorios, alimentarios y de piel. Ha sido estudiado en busca de posible proceso alérgico complejo. Se le llegó a hacer una gastrostomía a los 3 años, para darle alimento directamente debido a las intolerancias alimentarias que afectaban su crecimiento ponderal. Finalmente, 4 meses antes de nuestra primera consulta, con gran revuelo, sobre todo para los diversos profesionales médicos que le venían atendiendo, un especialista en alergias raras, de un hospital de otra provincia al que fue derivado para estudio, emite un informe en el que habla de posible Síndrome de Munchausen por poderes. Como es conocido, este es un trastorno controvertido que involucra a los cuidadores que buscan para el hijo inducir una dolencia física o atención médica innecesaria y que es considerado una variedad de maltrato infantil. La madre estaba ya en seguimiento por psiquiatría hospitalaria por Trastorno de ansiedad sin especificar. Ambos padres tienen graves dificultades laborales y globalmente mala situación económica.

Los padres acuden por primera vez a consulta (contexto público) con sus 2 hijos refiriendo que no han podido dejar a la pequeña de 3 años con nadie. Cuentan, de entrada, al terapeuta no entender nada y acusan de todo este embrollo diagnóstico a los médicos que no saben coordinarse ni tampoco lo que le pasa a su hijo y que siempre les han hablado de gravedad (p.e. se ha postpuesto el calendario habitual de vacunaciones por temor a reacciones alérgicas graves). El niño se muestra en consulta vivo y comunicativo, jugando todo el tiempo a peleas con guerreros-trasformer que él mismo ha traido y, a veces, interesándose e interactuando con la hermanita.

Evitamos extendernos en más detalles de la historia familiar y de la familia extensa por no salir de nuestro tema. Estos padres plantean desde el primer día – y lo repiten en cada nuevo encuentro- que vienen obligados y que no ven ninguna necesidad de continuar las consultas ya que ahora su hijo está bien y escolarizado como el resto de niños. Incluso este curso se han arriesgado (a pesar del riesgo que persiste –según ponen en boca de los médicos- de imprevisibles intolerancias alimentarias) a dejarlo al comedor escolar para que no se sienta distinto a los demás compañeros. A veces la madre se siente desbordada por las demandas conjuntas de los 2 hijos pero no ven otros problemas. Solo añadir que en las entrevistas, muy prudentes por parte del terapeuta, han relatado algunas modalidades relacionales que implican una gran indiferenciación: sirva de ejemplo, el hábito mantenido de que los dos hijos duerman en la cama de los padres. Las consultas de seguimiento con ellos, espaciadas en el tiempo (cada 3 semanas o 1 mes) se desarrollan en un clima de gran tensión, y escasa participación inicial que tras 30 o 40 minutos se alivia y permite que se muestren más confiados. Ello no evita que al concretar la fecha de la siguiente consulta vuelvan a plantear, especialmente la madre, su contrariedad. Apelando en parte a los informes que pusieron el punto de mira en sus funciones parentales (aceptando por nuestra parte una función de superyó vigilante amenazador) y, a la vez y sobre todo, al deseo de acompañar la evolución de su hijo (incluyendo la función de superyó protector) por todo el sufrimiento físico que ha padecido en los primeros años, el terapeuta les argumenta que quiere seguir viéndoles. En ocasiones faltan a la consulta y se ha optado por llamarles por teléfono para citarles de nuevo. Paralelamente, y siendo informados (sería difícil decir con su consentimiento), se mantiene coordinación con el pediatra y con los servicios pedagógicos del colegio donde esta Aitor.

Con esta última pequeña viñeta clínica se ilustra la adaptación activa de nuestra función de terapeutas a contracorriente. Sabemos que los casos de mayor riesgo para la personalidad y la salud mental de un menor son los que más requieren un contacto y atención a su familia, aun aceptando la gran dificultad (y la gran frustración que nos generan, fruto de las proyecciones e identificaciones proyectivas masivas de pacientes y entorno, familiar y social). Si se consigue una cierta relación terapéutica -siempre amenazada de ruptura-, a largo plazo, tiene a menudo algunos efectos positivos. En algunas de estas situaciones, no obstante, es imprescindible la colaboración con recursos sociales o instituciones de Infancia o Justicia. Esto necesitaría un desarrollo y adaptaciones más amplias que superan el objetivo que nos hemos planteado aquí y que, sin duda, merecerían ser objeto de otra publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarez, L., Beauquier-Maccotta, B. y Golse, B. (2012). Approche Chinique du bébé en pédopsychiatrie. *Encyclopédie médico-Chirurgicale Psychiatrie/ Pédopsychiatrie*, 37-200-D-20.

Ansermet, F. y Magistretti, P. (2004). *Á chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*. Paris: Odile Jacob. Versión castellana (2007): *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Madrid: Katz.

Corcos, M. y Jeammet, P. (2002). Expresión neurótica. Estados borderline. Funcionamiento psicótico en la adolescencia. *Enciclopedia Médico Quirúrgica*

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

(edición castellana), 37-215-B-20.

Denis, P. (2010). Entre familia y parentalidad: algunas consecuencias de las discontinuidades relacionales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 79-90.

González-Serrano, F., Aldasoro, T., Panera, C. y Tapia, X. (2013). Las interacciones tempranas padres-bebé y su influencia en la psicopatología. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 56, 59-66.

Han, B-Ch. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.

Han, B-Ch. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder.

Houzel, D. (1986). Un element du cadre: l´alliance thérapeutique. *Journal de la psychanalyse de l´enfant,* 2, 78-94.

Houzel, D., Emmanuelli, M. y Moggio, F. (dirs.) (2006). *Diccionario de Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Akal.

Jeammet, P. (1989). Psychothérapie de l´adolescent. *Enciclopedie Médico-Chirurgicale,* 37-812-B-10-5.

Jeammet, P. (1995). Psicopatología de la adolescencia. En Rodríguez Sacristán, J. (ed), *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla.

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

Lazartigues, A., Planche, P., Saint-André, S. y Morales, H. (2007). Nouvelles sociétés, nouvelles familles: nouvelle personnalité de base? De la personnalité névrotique à la personnalité narcissico-hédoniste. Encephale, 33(1), 293-299.

Lebovici, S. (1988). Interaction fantasmatique et transmission intergénérationnelle. En B. Cramer (dir.), *Psychiatrie du Bébé. Nouvelles frontieres.* París: Eshel.

Manzano, J. (2001). Las interacciones precoces padres-hijos: una nueva frontera. En J. Manzano (ed.), *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne.

Manzano, J., Palacio Espasa, F. y Zilkha, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad. Clínica de la consulta terapeútica*. Bilbao: Altxa.

Muratori, F. y Palacio Espasa, F. (2008). *Manuel de psychothérapie brève des troubles émotionnels de l´enfant*. Paris: PUF.

Nanzer, N. (coor.), Knauer, D., Palacio-Espasa, F., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D. y Le Scouëzec, I. (2012). *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. Paris: PUF.

Nauer D. (2012). Introduction. En : Nanzer, N. (coor.), Knauer, D., Palacio-Espasa, F., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D. y Le Scouëzec, I. (2012). *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. Paris: PUF.

Palacio Espasa, F. (2007). Los trastornos de personalidad en el adolescente, el niño e incluso el bebé. *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 10, 21-31.

Stern, DN. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos.* Barcelona: Paidos.

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

ANÁLISIS DEL RECHAZO INFANTIL, MÁS ALLÁ DEL MALTRATO EMOCIONAL

ANALYSIS OF CHILD REJECTION, BEYOND EMOTIONAL MALTREATMENT

Michel Socorró Carrié**

RESUMEN

En este artículo se plantea realizar un análisis de las causas de rechazo del niño al padre/madre u otro familiar significativo, tomando tales manifestaciones como síntoma de una situación en la que pueden considerarse diferentes factores (internos, externos y relacionales o de vinculación). Con ejemplos de casos reales, se pretende resaltar la importancia de diagnosticar adecuadamente las motivaciones reales de estas manifestaciones, sin caer en la simplicidad de la explicación única, ya sea el maltrato, o bien el puro capricho del niño. Al mismo tiempo se considera determinar la justificación auténtica de dicho rechazo. Finalmente, se hace una llamada a la reflexión en las intervenciones profesionales delante de estas situaciones y a la necesidad de una coordinación eficaz para tratar el fenómeno.

Palabras clave: rechazo infantil, maltrato emocional, Síndrome de Alienación Parental, distrato

ABSTRACT

In this article arises to perform an analysis of the causes of rejection of the child to the parent or other significant family member, taking such manifestations as a symptom of a situation in which different factors can be considered (internal, external and relational or bonding). Examples of real cases, it is intended to highlight the importance of adequately diagnosing the actual motivations of these manifestations, without falling into the simplicity of the single explanation, be it abuse, either the pure whim of the child. At the same time is considered to determine the real justification for the rejection. Finally, a call to reflection on professional interventions in front of these situations and the need for effective coordination is done to treat the phenomenon.

Key words: Child rejection, emotional abuse, Parental Alienation Syndrome, distreatment

En mis años de práctica en protección infantil he visto a muchos niños/as y adolescentes que en algún momento de la intervención expresan su deseo de no ver, de no querer tener contacto con el padre o bien, la madre, o algún otro familiar.

La primera explicación que se baraja cuando se dan estas situaciones es el maltrato, generalmente el maltrato emocional (ya sea rechazo, violencia, desprecio) es decir una causa externa. Esta debe ser la primera hipótesis a

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

** Psicoterapeuta-psicoanalista. Práctica privada.

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

valorar y descartar en los Servicios de Protección Infantil. En este caso consideraremos que el rechazo responde a factores externos, ajenos al niño/a y la intervención ira dirigida inicialmente a la protección de este. De la misma forma, en el *Síndrome de Alienación Parental*[1], la conducta de rechazo al progenitor no custodio, generalmente el padre, también se considera una causa ajena al niño, es decir, la influencia maliciosa de la madre o el llamado "lavado de cerebro".

Estas manifestaciones de rechazo, rápidamente, de forma casi automática, movilizan al profesional y le cuestionan su función de ayuda, sintiéndose este urgido a intervenir en un sentido u otro. En ocasiones puede provocar divisiones entre profesionales y servicios a favor y en contra de ese rechazo, transfiriéndose el conflicto de intereses entre los diferentes participantes a la red.

Pero en otras ocasiones las cosas no son tan simples y hay que tomar en consideración también la propia relación de ayuda o asistencial como contexto en el que se expresa una demanda o pedido. Esto quiere decir, que también puede existir alguna motivación más profunda en quienes señalan al maltratador.

La mayoría de las veces, el rechazo del niño/a responde a un conjunto de factores, de condicionantes y no solamente a uno. Es decir, no solamente se han tenido en cuenta, para su comprensión y análisis, ni únicamente los factores personales del chico/a que rechaza (internos) ni únicamente los factores del padre/madre o familiar rechazado (externos), ni tampoco, y a veces son los más determinantes, los factores relacionales o vinculares (interpersonales o de dinámica familiar).

Es decir, al igual que Freud cuando postuló la "realidad psíquica[2]" ante la encrucijada de los relatos de abusos sexuales en los discursos de sus histéricas, en los inicios del psicoanálisis, no podemos desviar la atención y decisión respecto a unos datos o señales de alarma y atrincherarnos en posiciones simplistas que pretendan explicar toda la casuística de una forma determinada, reduciendo su complejidad. Ni todos los casos de rechazo al padre responden al efecto de un Síndrome de Alienación Parental, si bien este no deja de existir; ni tampoco todos los casos responden a una respuesta propia, personal y auténtica del chico/a sea por los motivos que sea, tanto a causa del propio padre, o bien por el efecto de rechazo que le pueda generar al chico/a el acercamiento o la relación con el padre.

El rechazo de un hijo/a es una de las experiencias más dolorosas y violentas que se pueden sufrir, ya que, generalmente implican un alejamiento y desvinculación y un posterior deterioro de la relación padre-hijo. Producen una gran aflicción en el padre rechazado e implica un duelo traumático por no ser previsible, según las capacidades y el funcionamiento mental de la persona, pueden provocar angustia, culpa, rabia, agresividad, pena y depresión, con sentimientos de desvaloración y desvalimiento.

El niño que rechaza a su padre o a su madre no muestra signos claros de malestar, al contrario, el rechazo supone una respuesta "defensiva" que le ayuda a organizarse, a protegerse del malestar, vivido como externo, puesto en el padre/madre rechazado. Por ello es importante conducirse con mucho tacto con estos chicos/as, sin desmontarles su construcción de entrada, sosteniéndolos en la relación y ayudándoles a construirse un criterio de realidad lo más ajustado y adaptativo posible. Si no se interviene adecuadamente, el alejamiento y separación puede acabar siendo irreversible y construirse una imagen del otro distorsionada en la relación materno o paterno-filial, sintiéndose los hijos abandonados sin posibilidad de comunicación, sobre todo cuando la instancia judicial acaba validando el rechazo, consintiendo estas situaciones y no ejerciendo su función de terceridad.

En muchos casos en los que el niño/a no tiene relación con el padre o la madre desde hace años, a pesar de haber mostrado rechazo, los niños siguen expresando anhelo y malestar al evocar la figura parental vivida como abandonante. De ahí podemos extraer que el rechazo no implica dejar de querer, así como el odio no hace desaparecer el amor. Muchas veces el rechazo obedece a un sentimiento de no haber sido atendido, no haber sido complacido como se quería, y, por tanto, implica una demanda, un deseo de amor, por muy contradictorio que pueda parecer.

[1] Término acuñado por Richard Gardner en 1985, profesor de psiquiatría que trabajó como perito en juzgados de familia. Definió el S.A.P como un trastorno psicopatológico en el niño, el cual, de forma permanente insulta i denigra sin justificación alguna al padre no custodio. Este trastorno no ha sido reconocido como tal por parte de la OMS y otras instituciones, careciendo de consenso científico. Sólo en Brasil es aceptado por parte de los Juzgados de Família.

[2] En 1895, Freud publica sus "Estudios sobre la histeria" donde refleja la Teoría traumática y la teoría de la Seducción. Posteriormente en su Carta de Freud a Fliess del 11.09.1967, Freud escribirá: "ya no creo más en mis histéricas…"y desarrollará los conceptos de "realidad psíquica" y "fantasía inconsciente"

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

El análisis y diferenciación de los diferentes factores propuestos nos permiten responder a la pregunta sobre el motivo, las causas del rechazo parental.

FACTORES EXTERNOS

Se refiere a las experiencias de malestar o mal tratantes, abandono emocional-negligencia[3] recibidas por parte del padre-madre rechazado como efecto de autoprotección.

Aquí deberemos analizar y fijarnos en el tipo de personalidad del padre-madre, en sus dificultades, sus características patológicas y sus habilidades o falta de habilidad en sus funciones parentales.

Cuando se identifican los malos tratos, la desatención, una vez protegido el niño/a, se debe procurar promover y desarrollar acciones reparatorias[4] posteriormente a un trabajo de responsabilización y toma de conciencia del daño ocasionado. En algunas ocasiones solo se consigue promover una respuesta defensiva y negadora del maltrato o de las acciones inadecuadas y una reafirmación y justificación de las motivaciones y acciones violentas entendidas como provocadas por el otro.

La identificación del maltrato permitirá validar los sentimientos del chico/a y ayudará a mitigar el sentimiento de culpa, dirigiendo la intervención en evitar la victimización secundaria. La angustia y el malestar del niño/a en estos casos responden a la Angustia Señal[5], cumpliendo una función adaptativa y de supervivencia. Por esto consideramos la respuesta de rechazo contingente al traumatismo recibido. El trabajo individual con el niño/a maltratado irá dirigido a tratar las secuelas y el malestar emocional producido.

En el caso de una niña de 8 años que vivía con sus abuelos maternos y que no quería ver a su madre, ésta había consumido drogas en su presencia y la desatendía, habiéndola dejado con sus padres y reclamándola posteriormente según su propia necesidad. Existía un conflicto muy potente entre los abuelos y la madre, con denuncias mutuas y amenazas de suicidio de la madre. En este caso la niña expresaba su sentimiento de abandono y el rechazo respondía al rechazo sentido por parte de su madre. "Si tú no me quieres yo no te quiero". Además se añadía la lealtad a los abuelos. En este caso se declaró el desamparo de la niña y el Acogimiento familiar con sus abuelos.

Poco a poco y con el acompañamiento de la Educadora del EAIA se fue trabajando la relación y se iniciaron unas visitas de la niña con su madre. Al cabo del tiempo se normalizó la relación, la situación de la madre mejoró, estableciendo una relación de pareja estable con un nuevo hijo.

Posteriormente, en su pubertad-adolescencia, la chica quiso irse a vivir con su madre.

El maltrato emocional por omisión, el abandono emocional, el desinterés o desinvestimiento es uno de los maltratos que más cuestan de elaborar para los niños afectados. Provoca un profundo sentimiento de desvalorización, de falta de amor por uno mismo, afectando al desarrollo de la identidad y a la autoestima. Muchos de los niños que son abandonados emocionalmente en algún nivel responden con mecanismos de rechazo como forma de protegerse al dolor cuando se prevé algún posible encuentro o contacto. Podríamos decir que pagan con la misma moneda. Se sienten rechazados y luego devuelven el rechazo.

En el caso de 5 hermanos acogidos por sus abuelos maternos, la madre padece un trastorno sin diagnosticar y sin tratamiento (tuvo una historia infantil con malos tratos, consumo de tóxicos, violencia de género, etc…). Después de intentar trabajar durante años el establecimiento de visitas y el seguimiento con unos acuerdos de tratamiento, la madre vuelve a faltar a alguno de los encuentros, justificando siempre en motivos ajenos a ella, en diferentes ocasiones. El mayor de los hermanos está muy rabioso y enfadado con la situación y siempre se resistió a las visitas. Ahora expone abiertamente no querer volver a verla nunca más, después de un año de haber perdido completamente el contacto con sus hijos. La hermana que le sigue simplemente sufre y llora cuando se le habla de su madre, quedándose bloqueada. Los otros hermanos callan y muestran una sonrisa, o bien se distraen y no paran atención.

Como vemos en este caso, aún en el caso del maltrato,

[3] El maltrato psicológico o abandono emocional a veces se asemeja a la negligencia, entendiendo que responde a una falta de interés, a un desinvestimiento y a la falta de amor por parte de los padres. Véase Socoró, M (2010) "El maltractament psicològic i la patología mental" Revista del COPC.

[4] La reparación es un mecanismo psíquico descrito por M.Klein ligado a la angustia y a la culpabilidad depresiva como efecto de la conciencia de responsabilidad del sujeto por los ataques fantaseados al objeto

[5] La Angustia Señal o angustia ante un peligro real fue descrita por Freud en su 2ª Teoría de la Angustia. La utilización que hace Freud del término Angst, en alemán, en ocasiones se traduce por miedo

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

cada sujeto reaccionará de forma diferente en función de sus características personales y su funcionamiento mental.

FACTORES INTERNOS

El deseo es una de las dimensiones principales en la constitución subjetiva de la personalidad y en la construcción de su identidad, del Yo.

En la infancia, los primeros objetos de deseo y de amor son los padres o sus substitutos y las vicisitudes y dinámica de relación entre ellos influyen en la formación de la personalidad del niño/a.

La experiencia de sentirse amado asegura los fundamentos de una autoestima sólida y permanente. Los primeros maestros del deseo y del amor son los padres, sin sus efectos narcisizantes[6] no hay sujeto posible. Unos padres amorosos son el mejor antídoto para la angustia y el malestar emocional, y promueven un desarrollo personal creativo y fructífero en los hijos. Para Bolwy[7] ello es posible cuando se establece unas interacciones que aseguran un modelo de vinculo seguro o cuando los modelos de vinculo evitativo, ambivalente o desorganizado no son predominantes.

El deseo no se reduce a ningún objeto, puesto que en definitiva ninguno puede colmarlo. De ahí que en los niños los deseos sean caprichosos, ya que van variando y mudando de objetos de forma muy rápida y a menudo muestran grandes dificultades para tolerar la frustración. Principalmente los niños se orientan más por el Principio del Placer que los adultos. Aquello que les produce placer lo quieren, aquello que les produce displacer lo rechazan. Podríamos decir que, como en todo síntoma, algo de esta dimensión es lo que predomina en el rechazo de los hijos.

Tenemos diferentes niveles de profundidad para analizar el deseo de un sujeto. Podemos partir de aquello que manifiesta, aquello que conscientemente dice que desea, sus gustos en la comida, en el vestir, en sus juegos, sus motivaciones, sus intereses a nivel profesional, académico, sus preferencias respecto a familiares, amistades, a quien quiere, en definitiva, aquello hacia lo que se orienta, en lo que encuentra placer en más o menos medida y también aquello con lo que se identifica.

Las preferencias de los niños por lo que respecta a sus padres pueden manifestarse a cierto nivel, en función de sus movimientos identificatorios tanto con uno como con otro. Por lo general, después de la etapa edípica, el niño se acerca al padre al que idealiza identificándose con él. Eso no quiere decir que no quiera a su madre sino que se aparta emocionalmente de ella por efecto de la represión de sus pulsiones incestuosas con ella. Tanto el odio como el amor han estado presentes, aunque de forma inconsciente para que se den estos movimientos identificatorios.

Entonces, habrá que descubrir que es lo que le produce malestar al niño/a en contacto con su padre o madre y por qué no lo quiere ver si hasta ahora no había mostrado rechazo.

Cuando unos padres se separan algo se rompe también en los hijos. La separación de los padres representa un acontecimiento traumático en la medida en que para el niño ello representa la puesta en acto de los deseos de separar a los padres e interferir en la conyugalidad de la pareja, ocupando un lugar que no le corresponde. Este es el fundamento por el cual ya numerosos autores han señalado la importancia de mantener la relación con ambos padres cuando estos se separan. Los fundamentos, los pilares en los que el niño había edificado su identidad y su confianza se derrumban. Así pues, el niño/a se siente desprotegido, sin la seguridad que tenía hasta entonces. Pero se siente desprotegido sobre todo por sentirse sin protección interna respecto a sus propios deseos.

PRIMERAS SEPARACIONES VIVIDAS Y ORIGEN DEL RECHAZO

En el desarrollo evolutivo, sabemos que desde el nacimiento el niño sufre separaciones temporales de su madre o cuidador principal, y que en función de la respuesta de esta madre, el niño podrá elaborar las ausencias o bien tendrá más dificultades.

Hacia los 6-8 meses acontece una primera experiencia significativamente decisiva y traumática. Es el momento del destete, de la pérdida del pecho, con la consecuente

[6] El narcisismo fue desarrollado por Freud como etapa de formación del Yo, amor a la imagen de sí mismo.

[7] Psicoanalista inglés que se desvió de la teoría freudiana sobre la sexualidad infantil y que desarrollo la noción de apego, en la que no participa la pulsión sexual.

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

elaboración de la etapa oral canibalística descrita por Klein (fantasías sádicas de morder el pecho-pene de la madre) y con la importante culminación de la posición depresiva[8]. También es el momento inaugural de la Angustia, la Angustia ante el Extraño, descrita por Spitz (2º organizador de la relación de objeto), angustia que se encuentra en la base de la Angustia de separación como síntoma. Freud también identificó el Juego del Fort-Da, en el caso Juanito, como un juego que elabora la ausencia-presencia de la madre e instituye la relación de objeto total, y Lacan nos brindó su concepto del Estadio del Espejo como expresión del gozo del niño al descubrir su imagen completa en el Otro.

En el juego del Fort-Da, el niño encuentra placer al rechazar, alejar fuera de su campo de observación al objeto, persona, para luego reencontrarlo. Este juego le permite al niño elaborar la ausencia (las separaciones). Quizás algo de este proceso no ha sido completado en algunas conductas de rechazo hacia los padres.

Podríamos decir que es en este momento de constitución subjetiva que el bebé empieza a tomar conciencia de la madre como objeto total y separado, a la vez que experimenta que "no lo es todo para su madre", que esta tiene otros intereses, que se le inscribe en una ley cultural, ley paterna que nos preexiste por la que todos debemos atravesar.

Tanto el rechazo-temor a la separación como el deseo de separación pueden estar en la base de muchas situaciones de rechazo. Por ejemplo, en situaciones de separaciones conflictivas el rechazo al progenitor no custodio puede responder a la angustia de separación del progenitor custodio, tal como propone Mary Lund[9]. En esta vivencia, el niño siente la separación como un peligro real, teme fantasmáticamente perder a uno de los padres y por ello se niega a separarse de él.

La conducta de rechazo en el niño aparece ya en las primeras etapas como respuesta a situaciones emocionales sentidas como violentas. El bebé reacciona con rechazo al pecho cuando, según Melanie Klein, este es vivido de forma persecutoria, y por tanto como objeto malo, efecto de la identificación proyectiva al propio odio y a los sentimientos agresivos hacia el objeto.

Así como en la Anorexia infantil, el rechazo al alimento responde a la pulsión canibalística y a la fantasía de envenenamiento o de peligro. En esta situación, el deseo de tragarse el pecho o destruirlo no puede realizarse por sentirlo tan peligroso, entonces aparece el rechazo.

Observamos también el rechazo del niño en relación a diferentes situaciones que pueden generarle temor o ansiedad, por ejemplo, el rechazo-temor a dormir, el rechazo a vestirse, rechazo a todo lo que se relacione con dar o su contrario recibir, ya en relación a ansiedades propias de la analidad y donde pueden aparecer conductas de oposición (las cuales estarían exacerbadas en el pretendido Trastorno Negativista Desafiante).

En el Complejo de Edipo, el odio se centrará en uno de los padres, el padre o la madre, según predominen componentes homosexuales, o bien, heterosexuales. Con el desarrollo de la etapa fálica y el descubrimiento de la diferencia de sexos, el niño y la niña mostraran rechazo-temor a diferentes objetos o situaciones fóbicas (fobias a animales, al colegio, a objetos como las agujas, a transportes, etc..), como desplazamientos sintomáticos de la pulsión sexual.

Todas estas conductas de rechazo cabe pensarlas desde la óptica del rechazo como respuesta de la instancia Superyoica a una representación sentida como inconciliable. Podríamos decir que en estas situaciones de rechazo existe una confusión en el niño entre lo interno y lo externo, o bien que el niño proyecta sus peligros internos y los coloca afuera, en el objeto o en la persona rechazada.

Por otro lado, hay que tener también en cuenta que cuando la angustia de desorganización es muy elevada, mantener la escisión propia de los mecanismos esquizoparanoides, le permite al niño cierta organización, colocando todo lo malo en uno de los padres y lo bueno en el otro. Si bien esto no sería lo deseable, en ocasiones la situación no permite hacer otra cosa. En estos casos habrá que dirigirse con mucho tacto en la intervención con el niño, validando sus dificultades y malestar emocional, acompañándolo hacia una mejor organización y resolución de sus conflictos internos.

Así pues, sobretodo en adolescentes, aparecen reacciones de rechazo, de apartamiento de la relación con los padres que son evolutivas, que no comportan

[8] Melanie Klein, Amor, culpa y reparación (O.C) Vol.1. Paidos, 1989, Barcelona
[9] LUND, M. (1995). A therapist´s view of parental alienation syndrome. Family and conciliation courts review, 33(3), 308-316.

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

más complicación y que hay que poder tolerar. A menudo se trata del conocimiento o toma de consciencia de características de personalidad del padre o madre rechazados, como por ejemplo, actos moralmente reprochables de contenido ya sea sexual o no.

En todo caso, frente a las muestras de rechazo de cualquier niño que vive en una familia estructurada o con un buen funcionamiento, tanto en las muestras de rechazo en la primera infancia como en las posteriores, los padres generalmente se conducirán con comprensión y paciencia. Si por el contrario los padres tienen dificultades en tolerar las reacciones hostiles normales de los hijos y les retiran su vinculación o se muestran hostiles con ellos, entonces esas conductas podrán quedar fijadas o bien serán de más difícil disolución. A veces suceden este tipo de situaciones en las rabietas o las conductas de oposición.

Además, el rechazo del niño que produce efectos de separación, va a ser vivido, en parte, como efecto provocado y, por tanto, exacerbando la experiencia del sentimiento de omnipotencia, provocando como consecuencia efectos disociativos en su estructura, al igual que ocurre en situaciones de Alienación Parental y de maltrato psicológico o emocional[10]. Estos son los efectos más nocivos por los cuales diferentes autores justifican la necesidad de trabajar estas situaciones, bien sea en casos de padres separados en conflicto, bien sea en casos de familias desestructuradas o mal tratantes, como factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastornos mentales, como por ejemplo, la psicosis[11].

FACTORES RELACIONALES (INTERPERSONALES-VINCULARES)

En este tipo de factores se toma en cuenta la dinámica de relación entendiendo a los diferentes actores del grupo familiar como un sistema interdependiente e interrelacionado.

En situaciones de separaciones conflictivas u otras, a menudo pueden aparecer relaciones o trato hostil por parte de uno de los progenitores que producen un efecto de alejamiento o malestar, sin que pueda considerarse propiamente una conducta mal tratante. Otros conceptos como el *distrato*[12] o trato inadecuado parecen más ajustados para estas situaciones.

Lo primero que hay que tener en cuenta es que toda separación de los padres, para un niño, supone un acontecimiento que va a resignificar, a ponerse en relación a anteriores situaciones análogas o parecidas vividas hasta entonces, volviendo a supurar viejas heridas mal, o no del todo, curadas.

La separación requiere realizar un trabajo de duelo por parte de todos los miembros de la familia y no sin dificultades. La mujer puede sentirse deshonrada, herida y desvalorizada (especialmente si ha habido infidelidades), el hombre confuso y asustado, y a través del conflicto y la judicialización consiguen mantener la guerra y el vínculo de odio, pasando de ser un matrimonio a ser enemigos. Esta guerra parental es un factor de malestar añadido al malestar por la separación.

Así pues, cuando se produce la separación de los padres, lo que se pone en juego en el niño son muchas cosas en función de su edad y su evolución anterior, entre ellas el vínculo fusional con el padre custodio, generalmente la madre. Como hemos señalado anteriormente, el deseo de fusionarse con la madre, de ocupar ese lugar vacío que el padre dejó, debería ser un movimiento emocional de riesgo que las madres tendrían que atender y procurar no fomentar. Cuando el niño recibe el dolor de su madre por la separación y ésta se consuela en sus hijos no hace más que darles un mensaje: ”El papa no nos quiere y nos ha abandonado. Ahora tú eres mi apoyo”. Por más que las palabras de la madre vayan en otra dirección, lo importante y lo que el niño/a va a captar es el sentir de la madre y, para el niño/a, ese sentir va a ser importante en la medida en que el niño pueda percibir que la responsabilidad respecto a la dolorosa situación que está viviendo no es únicamente del padre. La victimización en los padres produce dos reacciones contrarias, o bien promueve identificaciones, por un deseo de proteger y apropiarse, o bien un rechazo por una desvalorización de esa victimización sentida como falsa.

En todo caso, más que las palabras dichas, lo que en los niños va a influir son los comportamientos y las posturas de los padres en el conflicto. Este vínculo fusional responde al sentimiento de lealtad y, por tanto, el niño

[10] ElIgnacio Bolaños (2001). Estudio descriptivo del Síndrome de Alienación Parental en Procesos de Separación y Divorcio. Diseño y aplicación de un programa piloto de Mediación Familiar. Tesis Doctoral. UAB

[11] Jorge Luís Tizón (2013). Entender las psicosis. Herder, Barcelona

[12] J.Leal define el distrato como aquellas situaciones producidas en el vínculo que sin ser manifiestamente hostiles pueden ser vividas como insuficientemente adecuadas: una mirada, un gesto, la dificultación de un procedimientos, juicios inadecuados y malicioso aunque sibilinos acerca de actitudes o comportamientos (en Violencia Maltrato y sufrimiento en las instituciones)

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

tendrá que superar también su sentimiento de traición al padre custodio. Muchos niños rechazan el contacto con el progenitor no custodio como una forma de evitar el conflicto[13].

Para el niño y la niña mostrar y defender su deseo en relación a uno de los padres es una tarea emocionalmente costosa y difícil, sobre todo cuando se da en clara oposición o divergencia respecto al otro progenitor, es decir, cuando el niño tiene que decir: "yo quiero a papá aunque tú no lo quieras o a ti no te parezca bien". El niño se siente dividido y teniendo que tomar partido entre uno y otro, no los puede juntar de ninguna forma. Si está bien con uno, el niño/a puede sentir que el otro se puede molestar o al revés. Por decirlo de alguna forma, el hijo/a puede sentir que su deseo natural es vivido por parte de uno de los padres con dolor y malestar, cosa que le "culpabiliza" sin que necesariamente el progenitor le transmita mensajes directos en contra del otro progenitor. Y como mantener su deseo seria perturbar y malmeter la relación con el otro, el niño/a se inhibe o se abstrae de un mundo loco, y sobretodo peligroso y violento. También, a menudo, los niños acaban protegiendo al progenitor que sienten más frágil, más débil, o emocionalmente más perturbado.

Otra forma de expresión frecuente en los niños en estas situaciones son las dolencias psicosomáticas. Cuando tienen que ir a ver al progenitor no custodio, aparecen dolores de cabeza, fiebre, dolor de estómago, dolor en las rodillas, vómitos, etc…Para Françoise Doltó[14] en estos niños la emoción no puede ser expresada de otra forma y no es debido a que el padre no sea bueno para el niño, sino que responde a una situación difícil para él, ya que tiene que ver a su padre al cabo de tanto tiempo, generalmente 15 días.

En el caso de separaciones conflictivas, en matrimonios donde el conflicto y las tensiones conyugales predominan en la vida familiar, en cierta forma estas situaciones vienen a contaminar, a invadir la esfera emocional de los niños y, en cierta forma, les invita a tomar partido por uno u otro de los padres, la vida familiar se rompe y se convierte en un campo de batalla donde el miedo a la amenaza, al ataque, al abandono inundan la vida emocional, reactivándose viejos fantasmas internos propios de la posición esquizoparanoide con las ansiedades básicas correspondientes . Lo menos adecuado es decantarse por papa o por mama, pero a menudo esto es lo que sucede. Como tantos autores señalan, "Los niños no se divorcian[15]", es decir, no es saludable, pero la realidad es que en muchos casos lo que sucede es que los niños dejan de tener relación con el padre no custodio, es decir, generalmente el padre.

En estas situaciones, y cuando los hijos están ya en la adolescencia, además, se añade el efecto manipulador que han aprendido de la guerra de los padres y de las manipulaciones de que han sido objeto, convirtiéndose en expertos conocedores de las debilidades y dificultades de cada uno de sus padres. De esta forma los hijos "sacan provecho" del conflicto conyugal controlando o dirigiendo la situación, generalmente de forma gratificante para él/ella. En muchos casos los adolescentes prefieren estar con el progenitor más benevolente y menos autoritario, dificultándose así su proceso de maduración personal.

Para Santo Tomás de Aquino no hay voluntad alguna que quiera el mal como tal, y es posible que el niño no quiera ningún mal cuando rechaza a su padre…pero a veces el niño está condicionado por influencia y no puede hacer otra cosa que rechazar.

Por tanto, y a modo de conclusión, podemos decir que cuanto más predominen factores externos en el rechazo infantil, más justificada estará la necesidad de protección, cosa que no se dará cuando predominen factores internos. Esto no quiere decir que cuando el predominio sea de factores internos se tenga que obligar al niño a toda costa a revincularse rápidamente sin considerar su malestar, pero tampoco es conveniente dejarlo a su libre albedrío en una cuestión tan importante como sus padres.

En el caso de una niña que a los 10 años rechaza a su madre y se niega a ir con ella: la madre estuvo en prisión varios años cumpliendo condena por robos relacionados con su período de consumo de tóxicos. Por este motivo la niña se crio desde los 5 años con los abuelos maternos y estuvo tiempo yendo a visitarla a prisión, manifestando su malestar por la separación, con un ánimo depresivo

[13] LUND, M. (1995). A therapist´s view of parental alienation syndrome. Family and conciliation courts review, 33(3), 308-316.

[14] Psicoanalista francesa que tuvo interés por la divulgación radiofónica i que trató la temática de las separaciones en su libro " Quan els pares se separen"

[15] SALZBERG, Beatriz (1993). Los niños no se divorcian. Beas Ediciones, Barcelona

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

y dificultades de rendimiento en el colegio. La madre hizo un primer intento de mejora al salir de prisión y rápidamente volvió a consumir y fue internada de nuevo en prisión. Ello decepcionó mucho a su hija. Nos encontramos ahora en la segunda excarcelación, con un seguimiento muy positivo de la madre de su proceso de recuperación, pero con una intromisión de la madre en la dinámica de funcionamiento de los abuelos, los cuales desaprueban sus intentos de educación a su hija. Por otro lado, la hija ya es una preadolescente que le pasa factura a su madre y le molesta todo lo que hace y todo lo que le dice.

En este caso, a pesar de haber habido un factor externo inicial, en la actualidad, las secuelas del abandono sufrido y es sentir de la niña con su madre son factores internos de alto peso que hacen considerar la necesidad de manejarse con mucho tacto. Por otro lado, la dinámica de convivencia con los abuelos y los mensajes que la niña recibe de estos también contribuyen a mantener el síntoma. Por todo ello se tendrá que trabajar la situación tanto a nivel individual como familiar.

LAS INTERVENCIONES DE LOS PROFESIONALES CON NIÑOS/AS QUE MANIFIESTAN RECHAZO HACIA EL PADRE O LA MADRE

Una vertiente del pensamiento de los profesionales sería más favorable respecto a situarse del lado del deseo del niño, en una especie de escenario pretendidamente pro-subjetivo, validando sus gustos, impresiones, reflexiones y objetivos, buscando el sentido a sus deseos, en una especie de atribución de autonomía y de reconocimiento de sus motivaciones más profundas. Sin considerar otros aspectos de la interacción del niño con su medio ni tampoco su mundo interno más profundo. Se asemejaría al pensamiento Rousoniano[16]. Este pensamiento considera poco adecuado la intervención instructora del adulto y considera más bien que se debe dejar al niño libre y ayudarlo a descubrir por sí mismo las presiones del ambiente…a través de su sufrimiento. Este tipo de pensamiento es el que estaría en la base de la idea de "**no se puede obligar a los niños a estar con sus padres si no quieren**". El adulto que sigue esta consigna a rajatabla se refugia en ella pensando que así no se equivoca, delegando su responsabilidad de intervención y valoración en el deseo manifiesto del niño.

A menudo los profesionales podemos caer en la patologización del chico/a exacerbando la atribución de fragilidad o afectación emocional en los hijos simplemente validando su deseo y manifestaciones en relación a los padres, al conflicto conyugal e incluso a sus "obligaciones" como por ejemplo los estudios, en base a razones variadas y cambiantes…sin mucho fundamento. Acostumbran a ser jóvenes que se muestran desvalidos y que justifican sus dificultades en base a ataques de los otros o discursos en los que ellos quedan identificados como víctimas y poco o nada queridos por parte del padre rechazado, incluso insultado o maltratado en alguna forma, justificando su baja autoestima.

En estos casos, algunos profesionales no expertos en Protección Infantil van dibujando la idea de presuntas experiencias de maltrato, desagradables, hirientes o de dominio hacia el niño, convirtiendo todo acceso y relación del padre con su hijo en el motivo de sospecha, de prevención y de control ("no se le puede obligar") colusionando[17] con los temores irracionales y fantaseados de los niños, situando en ese caso el motivo del malestar y rechazo en aspectos externos, relacionales y no interno. Ahora bien, en estas situaciones, los profesionales tampoco derivan los casos a los servicios pertinentes para su protección, dándose una contradicción inoperante que desemboca en el acrecentamiento del malestar infantil, es decir, en el maltrato institucional. Extraña paradoja: para evitarle un sufrimiento se le somete a otro sufrimiento mayor.

En el caso de una niña de 16 años que hacía más de un año que no quería ver a su padre con una historia de constantes cambios de domicilio después de la separación de los padres y con un período de abandono por parte de ambos padres, habiendo estado cuidados por una canguro ella y sus hermanos. Esta chica se autolesionaba y no iba al Instituto, instalada en la enfermedad, iba al Hospital de Día y estaba atendida en el CSMIJ diagnosticada con un trastorno TDAH. Cuando finalmente el juez instó a los diferentes servicios (EAIA i CSMIJ) a realizar unos

[16] Rousseau supuso un cambio importante en la educación infantil imperante del siglo XVIII. Abogaba por una educación libre, sin pautas ni normas y con la simple propia limitación de las necesidades del niño. Entendía al hombre naturalmente y originalmente bueno pero al que la educación y la sociedad le ha corrompido, envilecido y transformado en un ser odioso.

[17] Pacto o acuerdo entre dos personas con el fin de perjudicar a un tercero

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

encuentros supervisados y trabajar la relación de la hija con su padre, en el primer encuentro con su padre la chica empezó a cambiar y a manifestar su deseo de verlo. Toda su queja y temor empezó a disiparse, al igual que su malestar. Ello coincidió con el momento en que había empezado una relación con un chico.

En otras ocasiones, lo que suscita el enganche de algunos profesionales o servicios tiene que ver con las propias necesidades de subsistencia y de autoprotección de éstos.

Otras veces no se considera adecuado que el niño muestre este odio y, por lo tanto, se aprueba su separación del padre odiado o rechazado. Los niños no deben mostrar odio de forma tan cruda, la sociedad no está preparada para ello…o bien nos hace conectar con este tipo de sentimientos tan violentos que en algún momento hayamos podido tener….

En el caso de un niño de 9 años con rasgos Asperger, era frecuente que manifestara abiertamente al padre y delante de cualquier profesional "te odio, no puedes obligarme a quererte, sólo estoy contigo porque me obligas…"La madre padecía un trastorno delirante y el caso había sido diagnosticado de Alienación Parental por el SATAF. A pesar de los argumentos de la madre para limitar i restringir el contacto del niño con su padre, gracias a la coordinación entre los servicios (Terapia Familiar, SATAF, CSMIJ y EAIA) se consiguió establecer unos objetivos comunes que condujeron a la regularización y normalización de los contactos paterno filiales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bolaños, I. (2001). *Estudio descriptivo del Síndrome de Alienación Parental en Procesos de Separación y Divorcio. Diseño y aplicación de un programa piloto de Mediación Familiar*. Tesis Doctoral. UAB

Cirillo, S. (2012). *Malos Padres :Modelos de intervención para recuperar la capacidad de ser padre y madre*. Barcelona: Gedisa

Danzinguer, C. y otros (1997). *Violence des familles. Maladie d'amour. Collection Mutations* nº168. Paris : Autrement

Doltó, F. (1989). *Quan els pares se separen.* Barcelona: Empúries (Orig.1988).

Eliacheff, C. (1977). *Vies privées. De l'enfant roi à l'enfant victime*. Paris : Odile Jacob

Freud, S. (1985). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu. OC,II

Klein, M. (1989). *Amor, culpa y reparación.* Barcelona: Paidós. OC,I

Laplanche, J. y Pontalis, J-B (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labour

Luengo, D. y Coca, A. (2009). *El síndrome de alienación parental.80 preguntas y respuestas*. Barcelona: Oxigen Viena

Lund, M. (1995). A therapist´s view of parental alienation syndrome. *Family and conciliation courts review*, 33(3), 308-316.

Leal, J. (2009). Violencia, maltrato y sufrimiento en las instituciones. V*iolencia y salud mental*, 159-170

Salzberg, B. (1993). *Los niños no se divorcian*. Barcelona: Beas

Socoró, M (2013) "El maltractament psicològic i la patología mental. Abordatge de la complexitat del fenòmen del maltratctament infantil. *Psiara, revista electrónica del COPC*. Barcelona. http://www.psiara.cat/view_article.asp?id=4216

Tizón, J.L. (2013). *Entender las psicosis*. Barcelona: Herder

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

LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: UN MODELO INTERNACIONAL*

INTERDISCIPLINARY CONSULTATIONS IN CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH: AN INTERNATIONAL MODEL

Raquel Alonso Gómez**, Bárbara Morer Bamba***, Gema Castro García**** y Pablo Ortega López-Alvarado*****

RESUMEN

La enfermedad infantil supone un gran impacto emocional sobre el niño que la padece, así como sobre su familia y los profesionales involucrados. En este sentido, la atención psicológica tiene una importante labor preventiva y terapéutica, siendo fundamental darle un lugar al dolor psíquico que acontece junto al dolor físico. En este trabajo, tomando la experiencia de rotación externa en dos hospitales argentinos (Hospital de Pediatría "Prof. Juan P. Garrahan" y Hospital Italiano) se propone un modelo de Interconsulta Psicológica para Niños y Adolescentes adaptado a España, que permita una atención integral al niño hospitalizado en sus vertientes subjetiva-individual, familiar y del equipo de tratamiento.

Palabras clave: Salud Mental, Interconsulta, Infancia, Enfermedad Infantil, Atención Integral.

ABSTRACT

Childhood disease represents a high emotional impact on the child who suffers, as well as their family and the professionals involved. In this sense, the Mental Health has an important preventive and therapeutic work, being essential to give a place to psychic pain that occurs with physical pain. In this paper, taking the experience of external rotation in two Argentine hospitals ("Prof. Juan P. Garrahan" Hospital and Italian Hospital), a model of Psychological Interconsultation for Child and Adolescent adapted to Spain is proposed, that allows comprehensive care to hospitalized children in their subjective-individual, family and treatment team aspects.

Key words: Mental Health, Interconsultation, Childhood, Chilhood Disease, Comprehensive Care.

INTRODUCCIÓN

La psicología en el ámbito hospitalario es un campo en pleno progreso en España. Una disciplina en desarrollo se torna plástica y por lo tanto permeable a las influencias de otros modelos de trabajo. Siempre resulta enriquecedor conocer el trabajo de nuestros homónimos internacionales. En particular, la psicoterapia en Argentina está ampliamente desarrollada e integrada,

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

** Psicóloga Clínica, Unidad de Salud Mental de Valterra, Arrecife.
*** Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
**** Psicóloga Clínica, Centro de Salud Mental Actur-Sur, Zaragoza. E-mail: gemacastrog@gmail.com
***** Médico Psiquiatra, Centro de Salud Mental La Milagrosa, Pamplona.

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

tanto en la sociedad como en el contexto sanitario.

A partir de la experiencia de rotación externa en la Interconsulta Psicológica en Niños y Adolescentes en el Hospital Garrahan y el Hospital Italiano de Buenos Aires, proponemos un modelo integrado de trabajo en este campo adaptado a nuestro país. Consideramos prioritaria la asistencia a la población infantil. La hospitalización de un niño resulta un factor de riesgo traumático, lo cual está articulado por la propia enfermedad, los recursos de afrontamiento del niño y la capacidad de sostén de la familia.

La propuesta de un modelo de trabajo de Interconsulta y Enlace para población pediátrica que tenga en cuenta la subjetividad del niño y el papel fundamental de la familia concibe una atención integral del niño hospitalizado, atendiendo no sólo a un cuerpo enfermo sino al sujeto que lo habita, dando cabida a la individualidad del niño en su proceso de enfermedad. En esta concepción del niño enfermo, el adjetivo enfermo sólo adjetiva la subjetividad del paciente.

LA INTERCONSULTA EN SALUD MENTAL

Los profesionales de Salud Mental adscritos a la Interconsulta son considerados como especialistas capaces de hacer un diagnóstico diferencial o ayudar a elaborar un caso ahí donde el diagnóstico médico "no cierra". Si el pedido es de los padres o de los niños se trataría más de una consulta que de una interconsulta (Gamsie, 1994).

Una de las dificultades de la interconsulta es el horror que produce la confrontación con un cuerpo sufriente, enfermo, martirizado, a veces deformado, sobre todo cuando se trata del padecimiento de un niño. Si bien en Salud Mental es habitual operar con el malestar, con lo que no funciona en el plano discursivo, no se dispone de la misma preparación para asistir en vivo a la escena de ese padecimiento orgánico que suele adquirir un carácter ominoso.

El médico suele estar inadvertido de que más allá de la demanda explícita de curación del paciente puede aparecer la resistencia de este a curarse a cualquier precio, de que lo que se pide a nivel manifiesto no coincide necesariamente con lo que se desea a nivel inconsciente, y que puede llegar a ser incluso extremadamente lo opuesto. El profesional de Salud Mental entrenado en la escucha de la dimensión inconsciente siempre presente, se posiciona como bisagra entre el médico y el paciente, haciendo lugar a que ingrese la dimensión del deseo.

Florencio Escardó (1972), uno de los padres de la pediatría argentina, habla de la preocupación acerca de la práctica médica y la degradación que sufre la palabra en la relación médico-paciente. Considera que la práctica de la medicina solo podrá modificarse con la revalorización de la palabra del paciente.

La labor de interconsultor psicológico es rescatar la singularidad del niño, darle la palabra en un contexto que tiende a ser homogeneizador, cuando prima la enfermedad sobre el paciente y el adjetivo enfermo se sustantiva.

DOS MODELOS DE INTERCONSULTA PEDIÁTRICA EN ARGENTINA

El Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" y el Hospital Italiano de Buenos Aires son hospitales, público y privado, respectivamente, de alta complejidad y referentes asistenciales en Latinoamérica.

El Hospital Garrahan es el centro de referencia para el diagnóstico y tratamiento de las patologías infantiles más complejas de Argentina. El Servicio de Salud Mental tiene dedicación exclusiva a la Interconsulta y Enlace. La demanda desde la hospitalización proviene de Salas de Internación, Unidades de Cuidado Intensivo, Servicio de Neonatología, Unidad de Quemados, Unidad de Trasplante Renal, Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Hospital de Día Polivalente. Se caracteriza por la amplitud de programas de enlace instaurados, contando también con una Sala de Juegos Terapéutica.

El Hospital Italiano cuenta con dos servicios de Salud Mental, uno de adultos y otro infanto-juvenil. El Servicio de Salud Mental Pediátrica cuenta con diversas unidades específicas, siendo una de ellas la Interconsulta. Las tareas de interconsulta se realizan en las salas de internación de clínica pediátrica, de terapia intensiva y de neonatología. Además consta de tres estructuras, que son la Sala de Juegos Terapéutica, el equipo de Psicoprofilaxis Quirúrgica y el equipo de Psicooncología. El servicio cuenta con unidades específicas de Diagnóstico y de Intervención Grupal, Familiar y de Pareja.

Ambos hospitales enfatizan las necesidades de los niños y de sus familias, apelando a sus derechos, autonomía y cuidado, así como a la ética asistencial. Comparten una forma de intervención psicodinámica y relacional, con un formato breve y focal, así como las actividades grupales tanto para los niños enfermos como para sus familias. La figura del Psicólogo Clínico es destacada dentro del organigrama del hospital así como su integración en los equipos interdisciplinares.

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

PROPUESTA DE MODELO INTEGRADO HISPANO-ARGENTINO

Para la interconsulta resulta fundamental un trabajo interdisciplinario, siendo esencial la articulación del trabajo en equipo. Dadas las características del trabajo de intervención durante la hospitalización, se considera pertinente la práctica de una psicoterapia de carácter integrador breve y focalizada, que tenga en cuenta tanto los aspectos psicodinámicos del sujeto como los relacionales. Se realiza una intervención a nivel individual, familiar y del equipo de tratamiento, entendiendo al niño como un agente activo de conocimiento, entendimiento y cambio ante sus dificultades.

La Unidad de Interconsulta estaría organizada en equipos interdisciplinarios específicos: Psicoprofilaxis Quirúrgica, Neonatología, Oncología, Quemados y Abuso y Maltrato; asimismo se contaría con un equipo que se encargaría de atender las interconsultas procedentes de otras especialidades médicas. Transversalmente se dispondría de una Sala de Juegos Terapéutica.

Sala de Juegos Terapéutica

Las Salas de Juegos Terapéuticas son frecuentes en los hospitales de Buenos Aires. La Dra. Bárbara Fulfor, psicóloga canadiense, exportó e introdujo la Sala de Juegos Terapéutica en Argentina con el objetivo de asistir al niño internado y a su familia, humanizando la tarea hospitalaria.

El juego es una necesidad para el desarrollo psíquico y físico del ser humano, así como una herramienta privilegiada de expresión y elaboración; es estructurante del psiquismo del niño y a su vez le permite elaborar la situación traumática, haciendo activo lo que vive pasivamente en la internación y en su enfermedad. El espacio lúdico le permite movilizar la angustia y activar mecanismos defensivos que se adecuen a los acontecimientos que debe afrontar (Hospital Italiano, 2015).

A su vez, el juego puede ser un instrumento diagnóstico, tal y como fue conceptualizado por la psicoanalista argentina Arminda Aberastury. También fue el medio que M. Klein descubrió para poder psicoanalizar a un niño, como vía de acceso al inconsciente. Toma de Freud la técnica de la interpretación de los sueños y la aplica a la interpretación del juego (Simeone, 2015). El juego es el escenario en el que el niño personifica sus ansiedades más primitivas, sus fantasías y todo el cortejo de personajes y objetología fantástica de su mundo interno dando así expresión a lo que siente, imagina y piensa de manera inconsciente. La atención se realiza tanto en la sala de juegos como en las habitaciones. Las intervenciones a través del juego son realizadas por equipo de profesionales coordinados por un supervisor con el que se realiza la puesta en común al final de la jornada. El coordinador de sala de juegos también se encarga de la comunicación interprofesional con el resto del equipo tratante.

Neonatología

El nacimiento prematuro es vivido por los padres como un acontecimiento traumático, una interrupción del proceso de anidación biopsíquica, con sus consecuentes duelos, que pueden interferir en la futura representación del bebé, asumiéndolo como frágil o vulnerable, teniendo así una influencia en el vínculo actual y futuro. Es importante ayudar a estos padres en sus procesos de identificación y parentalización, diferenciando las necesidades paternas y las del hijo. El niño no es una víctima pasiva de las representaciones maternas y paternas, sino que también colabora para que ellas se den. El recién nacido dispone de ciertas capacidades comunicacionales, preferencias innatas y tendencias hacia la acción que despertarán en los padres distintas reacciones y vivencias. Así podemos decir que los padres crean un niño pero que el niño también los hace padres en una relación dialéctica entre ambos (Ruiz, 2004).

El seguimiento a los recién nacidos prematuros o de alto riesgo se realiza durante los dos primeros años de vida, tomando como referencia el funcionamiento de los hospitales argentinos visitados. El programa de seguimiento se lleva a cabo por un equipo interdisciplinar, compuesto por neonatólogos, pediatras clínicos, enfermeros, kinesiólogos, fonoaudiólogos o logopedas, trabajadores sociales y psicólogos clínicos.

Psicooncología

El niño con cáncer, a lo largo del tratamiento vive numerosas invasiones en su cuerpo y diversas situaciones estresantes, teniendo que lidiar con la incertidumbre que conlleva la enfermedad y su pronóstico. Estos niños pueden desarrollar cuadros ansiosos, depresivos, alteraciones conductuales, así como afectación de su esfera familiar y social. A esto se le suma el aislamiento social que supone la hospitalización al tener que ausentarse de la escuela con su posible deterioro en el rendimiento escolar.

El cáncer pediátrico exige al niño una comprensión, a pesar de su corta edad, de la enfermedad y su tratamiento,

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

teniendo que construir un sentido a lo que le sucede, integrándolo en su incipiente sentido de identidad. El niño se ve convocado a una situación en la que ha de inventar nuevos modos de afrontamiento adaptados a la vivencia de enfermedad. El niño enfermo necesita ser acompañado en este proceso, ayudándolo en la comprensión de la enfermedad, en el trabajo de significación de ésta, así como en el rescate activo de formas de afrontamiento propias del paciente (Pitillas, 2012).

Quemados

Cuando un niño ingresa en una unidad de quemados lo hace tras haber vivido una situación potencialmente traumática. Las quemaduras suelen producirse en graves incidentes en los que puede peligrar la vida tanto del propio sujeto como de otros. El niño tiene la tarea de elaborar múltiples duelos, por la pérdida de su propia imagen -que puede afectar incluso a la identidad-, por la pérdida de la funcionalidad de algunos miembros, por la afectación de seres queridos e incluso de su pérdida total.

Aparece con crudeza el cuerpo sufriente, sin la piel que lo cubre, es un cuerpo con el que es difícil la relación, tanto para el propio sujeto como para los otros. De los relatos de los niños se extrae la importancia de la dureza de las curas y de enfrentarse a su propia imagen y a la mirada del otro. Los elementos que se ponen en juego son el cuerpo en lo real y su imagen. Algunos niños pueden encontrarse ante el espejo con el horror del reflejo de una imagen que puede ser vivida como monstruosa.

Psicoprofilaxis Quirúrgica

La psicoprofilaxis quirúrgica es un proceso clínico-preventivo para la reducción del impacto psicológico potencialmente traumático. Es una técnica psicológica aplicable, individual o grupalmente, con el objetivo de administrar información veraz, dosificada y adaptada previa a la intervención quirúrgica, verbalizar y esclarecer las fantasías y ansiedades, así como facilitar una mayor integración de la experiencia quirúrgica (Galilea, 2011).

Se interviene tanto con el niño como con la familia. La experiencia muestra que los temores más comunes de los pacientes ante una intervención quirúrgica evolucionan con la edad. Los niños más pequeños temen la separación de sus padres, el castigo, la pérdida de partes del cuerpo y las inyecciones. Los temores más frecuentes en niños mayores, púberes y adolescentes son los relacionados con la pérdida de intimidad, la pérdida de control, la anestesia, la muerte, el dolor y las cicatrices (Galilea, 2011). Por otro lado, los padres con frecuencia temen no poder contener la angustia de sus hijos, así como la propia angustia ante la intrusión en el cuerpo del niño, la anestesia y la muerte del paciente.

Maltrato

Es elevado el número de consultas por sospecha de maltrato o abuso sexual infantil por parte de su entorno inmediato. Los hospitales son lugares tristemente privilegiados para testimoniar estos acontecimientos. En muchas ocasiones resulta fundamental, no solo una exploración física, sino también una exploración psicológica que esclarezca la situación clínica y garantice la protección del menor.

Es importante la intervención por parte de los profesionales de la salud mental para clarificar el diagnóstico y evitar la revictimización de la víctima, tanto por parte del perpetrador como por parte de los profesionales con escasa preparación para atender estos casos.

CONCLUSIONES

Es de suma importancia la atención integral al niño, como sujeto de pleno derecho y activo en sus procesos de salud y enfermedad, así como parte de un sistema familiar implicado en dichos procesos e inmerso en un contexto social particular.

Es difícil procesar psíquicamente el hecho de la hospitalización infantil, especialmente por enfermedad grave por parte de todos los actores involucrados. Frecuentemente hay una tendencia a la negación de esta realidad, por lo que el encuentro con lo real de la enfermedad del niño supone un elevado impacto emocional tanto en el niño y la familia como en los profesionales; razón por la cual la Salud Mental tiene relevancia en estos contextos por su valor preventivo y terapéutico en todos aquellos involucrados en la penosa situación de la enfermedad infantil. Las intervenciones aquí propuestas resaltan la importancia de hacerle lugar al dolor psíquico junto al dolor físico implicado en la enfermedad orgánica, para evitar, en la medida de lo posible, daños colaterales cuando la dimensión subjetiva del niño sufriente pasa inadvertida en medio del furor curandis de médicos e instituciones hospitalarias.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial a ANPIR (Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes) por la concesión de la X Beca ANPIR 2014-2015 para una estancia en el Hospital de Pediatría "Prof. Juan P. Garrahan

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

de Buenos Aires (Morer, 2015). También agradecer a los hospitales de procedencia (Hospital Universitario Miguel Servet y Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza), así como a los hospitales de recepción por hacer posible la experiencia que originó el presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Escardó, F. y Baranchuk, N. S. (2004). *Carta abierta a los pacientes*. Buenos Aires: Fundación Sociedad Argentina de Pediatría.

Galilea, A. (2011). Psicoprofilaxis quirúrgica con niños y adolescentes. En Barrionuevo, J. (Ed.), *Práctica hospitalaria en Salud Mental Pediátrica* (pp. 69-80). Buenos Aires: Hospital Italiano.

Gamsie, S. (1994). La interconsulta: una práctica del malestar. *Psicoanálisis y el Hospital*, III (5), 58-62.

Hospital Italiano (2015). *Sala de Juegos*. Recuperado de http:www.hospitalitaliano.org.ar/pediatria/index.phpcontenido=ver_curso.php&id_curso=8316.

Morer, B. (2015). X Beca ANPIR 2014-2015 para la promoción de estancias en centros de excelencia extranjeros. *Memoria de Rotación Externa. Hospital de Pediatría* "Prof. Juan P. Garrahan". Atención psicológica en Neonatología. Recuperado de: https://www.anpir.org/uploads/attachment/attachment/354/Memoria_B_rbara_Morer_Bamba.pdf

Pitillas, C. (2012). Ayudar al Niño con Cáncer en lo que necesita. Cuatro usos Posibles de la Terapia de Juego en el Campo de la Psicooncología Pediátrica. *Clínica Contemporánea*, 2 (3), 147-161.

Ruiz, A. L. (2004). *El bebé prematuro y sus padres*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.

Simeone, S. (2015). *La hora de juego diagnóstica*. Curso en Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

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

EL ENCUADRE EN CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN CONVIVENCIAL DE PROTECCIÓN DE MENORES Y JUSTICIA JUVENIL. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN INSTITUCIONES*

THE SETTING IN CONTEXTS OF CONVIVENTIAL INTERVENTION FOR THE PROTECTION OF MINORS AND JUVENILE JUSTICE. PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN INSTITUTIONS

Ángel Estalayo Hernández**, Olga Rodríguez Ochoa*** y Raúl Gutiérrez Sebastián****

RESUMEN

La intervención psicoterapéutica y educativa en contextos de convivencia involuntaria, como pueden ser los centros de justicia juvenil y protección de menores, requiere de la adaptación a un nuevo entorno donde el encuadre, por un lado, va a favorecer una resonancia emocional mutua y bidireccional tanto en el menor como en el profesional que le acompaña y, por otro, va a determinar la relación terapéutica entre ambos participes, fundada sobre la contención y validación de esa resonancia que evoca el propio encuadre y sobre la que se basará la alianza terapéutica y el vínculo.

Dado que va a ser a través de las experiencias que brinda la relación de convivencia, en las que van a poder reconocer aquellos ecos de experiencias pasadas, es precisamente en estos vínculos en los que se podrán sostener determinados cambios. Todo ello en el marco de un encuadre que defina la mutualidad de la experiencia relacional entre el menor y el profesional.

Palabras clave: Intervención psicoterapéutica, contexto de convivencia, encuadre

ABSTRACT

Psychotherapeutic and educational intervention in situations of involuntary cohabitation, such as juvenile detention centers for young offenders and child protection requires the adaptation to a new environment. The framework for this, on the one hand, will encourage a mutual emotional resonance in both the child and the professional. On the other hand, it will establish the therapeutic relationship between them, based on containment and validation of this resonance. Thereafter, the therapeutic alliance and the link will be founded.

Given that it will be through the experience that determines the relationship of coexistence, where they

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

** Psicoterapeuta y Responsable del área de menor y familia IRSE-EBI. E-mail: aestaher@irsebizkaia.org

*** Psicoterapeuta y psicóloga del Equipo Psicosocial Judicial de Bizkaia. E-mail: olgaotsoa@yahoo.es

**** Psicólogo en la Fundación para la Atención Integral del Menor. Psicoterapeuta de Familia y Pareja. Espacio Ariadna

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

will be able to recognise echoes of past experiences, it is precisely these links that will sustain change. All this within a framework that defines the relational mutuality of experience between the child and the professional.

Key words: psychotherapeutic intervention, context of coexistence, setting

JUSTIFICACION-CONTEXTUALIZACION

Trabajar con pacientes "involuntarios" que no tienen conciencia de problema pero presentan graves trastornos que cursan con violencia supone cuanto menos un desafío importante para los profesionales en el establecimiento de la relación terapéutica (el desarrollo del vínculo, la alianza terapéutica, el manejo de los procesos transferenciales y contra-transferenciales) desde donde poder hacer una redefinición conjunta de la demanda y un trabajo de análisis de la misma (qué factores, contenidos o significados hay detrás del síntoma). Dentro de esta realidad de intervención, nuestra reflexión parte de un enfoque integrador especializado en abordajes terapéuticos en Centros de Protección de Menores y Centros de Justicia Juvenil. Tras haber realizado una revisión sobre los modelos clásicos de Psicoterapia de Apoyo esta perspectiva nace del intento de adecuar los criterios fundamentales de este tipo de psicoterapia a contextos y tipos de población en los que normalmente no han sido implementadas y que se caracterizan por nuevas formas de sufrimiento que pueden derivar de cambios sociales.

La Psicoterapia de Vinculación Emocional Validante es un enfoque psicoterapéutico de apoyo de tiempo limitado con un encuadre de relación cotidiana a implementar en supuestos de involuntariedad de tratamiento, trastornos graves o egosintónicos que conlleven desregulación emocional, desorden relacional e impacto en el entorno. Esta propuesta se basa en la experiencia en distintos Centros del País Vasco y Aragón durante los últimos diez años en distintos momentos de implantación y desarrollo. En todos ellos, se procura crear un entorno contenedor que posibilite validar la experiencia emocional de los menores.

Así, esta perspectiva nace también de los cambios constatables en la población atendida dentro de este tipo de dispositivos. El aumento de problemas de Salud Mental dentro de estos contextos y en concreto de la prevalencia de Trastornos de Personalidad requiere una forma de intervenir especializada en las características de esa población, pero también del contexto de intervención, los tiempos y objetivos de la demanda. En este sentido, varias investigaciones encuentran porcentajes muy elevados de problemas de salud mental dentro de la población de menores infractores (Bravo y Fernández del Valle, 2003; Gude y Fandiño, 2006; y San Juan y Ocariz, 2010). Del mismo modo, se puede explicar este incremento por el crecimiento de trastornos en los que el ambiente y el contexto podrían mediar como elementos de contención. (Navarro-Pardo, Meléndez-Moral, Sales-Galán y Sancerni-Beitia, 2012). De hecho, hay algunos datos que ejemplifican esta situación, tales como que los trastornos de conducta supongan como motivo de consulta el 25-40% en C.S.M. y como causa de ingreso psiquiátrico el 47-76% de los adolescentes atendidos (PLAN OSTEBA Fernández et al., 2010).

Dentro de estos cambios, se aprecia un tipo de población que puede no responder al abordaje clásico psicodinámico. Se requieren abordajes distintos a los habituales. Entonces partimos de la psicoterapia de apoyo, al entenderlo como "un derivado trascendental del tratamiento psicoanalítico que se puede diferenciar de éste, que amplía enormemente el campo de intervenciones basadas en el psicoanálisis y que serán de beneficio a un gran segmento de la población que no puede o no debe recibir un tratamiento psicoanalítico propiamente dicho" (Kenberg, 2005, p.108). A la hora de concretar esta oferta de abordaje, partimos de que "la terapia de apoyo emplea medidas directas para reducir síntomas y para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, las funciones del ego y las habilidades adaptativas" (Pinsker, 2002, p.22), aunque el componente expresivo conlleve que "el contenido de las sesiones terapéuticas implique atender las relaciones, actitudes y sentimientos, y con frecuencia se centre en descubrir cómo se han perpetuado los patrones que anteriormente tenían sentido, cuando ya no cumplen ningún propósito funcional" (Pinsker, 2002, p.23).

Habida cuenta de lo anterior, la psicoterapia de apoyo encaja con contextos intensivos donde el profesional no es un único agente, sino un equipo multiprofesional que interviene simultáneamente desde sus diferencias y diversidad personal. Esta multiplicidad se relaciona con un grupo de menores o jóvenes que nuevamente son varios y no un solo paciente. En resumen varias personas se relacionan con varias personas en un espacio de múltiples transferencias y contratransferencias, imposibles de analizar. Se genera un espacio complejo de relaciones, un ambiente que requiere unas características para responder a la idea de Winnicott acerca de un ambiente facilitador o de Bowlby sobre el control

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

sensible. Son estos conceptos desde los que concebimos una psicoterapia de apoyo con una población en cambio dentro de contextos tradicionalmente no clínicos y con presencia de síntomas externalizantes graves o muy graves. Una forma de abordaje que se centra en desarrollar la capacidad autorregulatoria (conductual y emocional), la capacidad reflexiva, de representación simbólica y de mentalización (preventiva del acting-out) y la capacidad de responsabilizacióny que tendría como objetivos:

► Detectar los patrones relacionales disfuncionales (roles recíprocos).

► Generar egodistonía (malestar subjetivo del menor o joven respecto a su funcionamiento).

► Toma de conciencia de recursos propios.

► Adherencia al tratamiento y responsabilización.

► Estabilizar los síntomas externalizantes que provocan el ingreso o derivación al Servicio.

► Diagnóstico e indicación de tratamiento ajustado a las características del usuario al término de la estancia en el Servicio.

Todo ello, necesita como eje principal para su consecución de la relación, del vínculo entre profesional y menor/joven, del espacio terapéutico intersubjetivo.

LA RELACIÓN COMO EJE VERTEBRADOR DEL PROCESO DE CAMBIO

"El interjuego de trasferencia y contratrasferencia, la actividad organizativa tanto del paciente como del analista dentro de la experiencia analítica, conforman el campo intersubjetivo del análisis" (Orange, Atwood y Stolorow, 2012, p.39-40). Este espacio de características intermedias o transicionales depende en este contexto para su desarrollo de un conjunto de aspectos que permitan su constitución y crecimiento. Ya explicábamos lo excepcional, terapéuticamente hablando de población, contexto y técnica. Es por ello, que las condiciones que permitan generar este espacio son fundamentales y hacen tan específico e importante el encuadre desde esta perspectiva. "El hacer que el campo intersubjetivo sea cada vez más seguro, permite la exploración, la indagación, el juego, y el desarrollo de una organización psicológica nueva o revisada" (Orange, Atwood y Stolorow, 2012, p.71).

Estos cambios se producen a través de ese campo o del vínculo que establecemos con otros significativos interiorizados e integrados en patrones relacionales diádicos sobre los que se construye la experiencia.

"Pensar la experiencia, implica evocar, "recordar", pero recordar es re-escribir la experiencia al activarse de nuevo la red neural que participa de las huellas de experiencias anteriores. Recordar es construir de nuevo cuando nos activa un estímulo evocador, en el que la nueva experiencia transitan por las huellas de experiencias anteriores" (Ávila, 2013, p.2).

La convivencia durante un tiempo determinado entre el adolescente y el profesional en centros residenciales de protección de menores y justicia juvenil permite poner en juego aspectos transferenciales y contratransferenciales en la relación entre los partícipes, de los cuales surge la posibilidad de imprimir experiencias emocionales correctoras que faciliten el tránsito de un vínculo de apego inseguro o desorganizado a otro ciertamente seguro.

Es precisamente en el vínculo que se construye entre menor y profesional, de donde emerge la posibilidad de redefinir procesos de influencia y significación que permitan al adolescente ampliar un registro del conocimiento relacional implícito, previamente deficitario o limitado por vivencias invalidantes o faltas de respuesta sensible a su propia experiencia por parte del entorno.

En este sentido, construir un vínculo, que contenga y valide, nos brinda la posibilidad de trabajar, en el marco de convivencia, aquellos momentos donde el menor encuentra estímulos evocadores de aquellos contenidos emocionales invalidados y/o desregulados, los cuales van a depositarse en la relación con el profesional.

Precisamente estos momentos son oportunidades de contener aquel comportamiento desregulado, expresión de un contenido emocional privado no compartido y, seguramente, invalidado, además de favorecer un escenario sobre el que construir una experiencia emocional validante que signifique lo que acontece tras la expresión de malestar vivenciado.

"Se requiere la participación mutua presente, un sujeto y un otro como espejo, quienes se significan en la resonancia emocional, que testimonia que hay un vínculo, sea reflejo, idealizador, identificatorio, diferenciador…" (Ávila, 2013, p.8).

Esa vivencia de mutualidad asimétrica en la relación terapéutica-educativa, que constituye la alianza terapéutica, solo puede darse en el marco de un encuadre que contenga y valide la experiencia, tanto del contenido externalizado como internalizado del adolescente.

El encuadre provee de la sensación de seguridad

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

necesaria para establecer vínculo entre el profesional y el adolescente. Esta seguridad no solo responde a posibles peligros del exterior sino a las propias dificultades internas del adolescente, lo que supone una capacidad de contención por parte del adulto/cuidador de tal manera que se muestra capaz de hacerse cargo del malestar vivenciado y de los propios impulsos agresivos externalizados cuidando que los mismos no resulten destructivos ni para el propio adolescente ni para su entorno.

Esto supone que desde el principio del establecimiento de la relación nos servimos del propio encuadre para permitir que el menor ponga a prueba la capacidad del profesional para contener cierto comportamiento agresivo disfuncional y desregulado, construyendo así un vínculo de apego seguro, donde el adulto se muestra capaz y disponible para acompañar en el proceso de exploración de las propias dificultades del adolescente.

DEL ENCUADRE COMO ESCENARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN

Comprendemos el encuadre en el sentido que ofrece Ávila Espada de "un marco para crecer, construir intersubjetividad, donde las multiplicidades del Self se expresan, validan su expresión, se confrontan con las posibilidades de cambio que genera la intersubjetividad del vínculo terapéutico, abierto a la improvisación y al encuentro con lo inesperado por diferente" (Ávila Espada, 2015, p. 396).

El encuadre cobra especial significación en el marco de relación entre menor y profesional, el cual tiene por finalidad segurizar a ambos participes tanto en la posibilidad sostener la experiencia del adolescentes por parte del profesional, como para procesar la vivencia por parte del propio adolescente. Donde ambos son parte activa del mismo encuadre pues comparten experiencias en un ambiente co-construido.

El encuadre, por tanto, ha de favorecer un contexto de seguridad y disponibilidad, que permita contener determinadas experiencias de angustia, así como sostener el proceso de cambio por parte del menor.

Teniendo por premisa que la relación es el campo donde se juega el cambio y la maduración afectiva, el encuadre resulta de especial relevancia pues define los límites del campo donde se desarrolla dicha transformación. Esto es, la disponibilidad emocional del profesional sobre la que se construye un patrón relacional intersubjetivo.

En un contexto convivencial el primer momento se enmarca en la interiorización e integración de la disciplina del hogar (régimen normativo, horarios establecidos, pagas e incentivos, actividades grupales, responsabilidades personales en el hogar…).

Este contacto inicial brinda la posibilidad de observar las propias dificultades de algunos de los menores residentes en la asimilación de algunos de los elementos estructurantes del centro, de donde nace la oportunidad de abordar ciertas experiencias de descompensación que denotan una falta de regulación afectiva y emocional en el adolescente.

En este primer momento del establecimiento de la relación, dos aspectos fundamentales son la contención de aquellas emociones incontroladas proyectadas sobre el otro que las evoca y la validación "de la experiencia emocional de los jóvenes para que, a través de la relación de una figura adulta, que es el/la profesional y que actúa como guía, transiten en la relación hacia la movilización de su modelo de apego originario hacia un apego seguro"(Estalayo, Rodríguez-Ochoa y Romero-León, 2009).

No obstante, aunque señalemos estos dos aspectos como parte de un proceso de establecimiento de la relación sobre la que construir el encuadre de la misma, hay que tener presente que no existe un encuadre genérico y universal que responda a todos los menores que ingresan y residen en los centros, lo que nos exige abordar la cuestión de qué elementos estructurales y funcionales debemos tener presente a la hora de definir un encuadre desde donde construir la relación, así como diferenciar entre el encuadre externo e interno, aspectos transversales en la misma.

ENCUADRE INTERNO Y EXTERNO

En los contextos de intervención residenciales con adolescentes coexisten el encuadre externo y el encuadre interno primando uno u el otro atendiendo a la etapa del proceso educativo-terapéutico.

En los primeros momentos se prioriza la adaptación del menor al medio residencial, cobrando especial relevancia el establecimiento de un encuadre externo con las características propias del encuadre psicoanalítico tradicional: un conjunto de normas explicitadas que establecen un escenario espacial y temporal dentro del que transcurrirá el proceso. Existen un manual de convivencia y reglamento que se presentan al menor a su llegada al centro. Estas reglas compartidas se pueden

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

cuestionar, criticar o mejorar en espacios grupales de carácter abierto. Este encuadre tiene un componente diagnóstico siendo importante observar las respuestas emocionales que provoca en los menores y si favorece o no la regresión.

En el encuadre externo proponemos seguir el itinerario de objetivar el síntoma (el motivo de ingreso o aquellos aspectos que orbitan alrededor del motivo de ingreso). Consiste en hacer visible el síntoma, objetivarlo para hacerlo comprensible y asemejarlo a otros que tienen el mismo síntoma. En ese momento el encuadre tiene que ser rígido, centrado en la conducta ya que está todavía en juego la aceptación del contenido normativo (disciplina).

El tránsito de la objetivación a la subjetivación del síntoma y del encuadre externo al interno se da a medida que se va co-construyendo un vínculo entre el profesional y el menor. "En el interior de este encuadre externo se va desplegando, progresivamente, el encuadre interno, la relación intensa pero inefable que van construyendo se lo propongan intencionalmente o no, analista y paciente, pero de ninguna manera pensamos que uno y otro encuadre sean independientes entre sí, antes al contrario." (Coderch y Codosoro, 2015, p.368). Cuando se flexibiliza el encuadre y las normas es cuando los adolescentes están en una fase avanzada y empiezan a responsabilizarse de los motivos que han derivado en su ingreso en el centro: la autoridad ya no está en juego. Es el momento de subjetivar el síntoma en un encuadre distinto, más flexible y que dé cabida a la dimensión subjetiva de cada menor. Este encuadre interno o relacional se va generando desde el vínculo que van construyendo el profesional y el menor. La subjetivación del síntoma supone pasar del reconocimiento del síntoma "pego a mi madre como muchos chavales" a la exploración de los contenidos emocionales y relacionales del mismo "mi forma de pegar a mi madre, lo que me hace pegar a mi madre, lo que me lleva a sufrir para pegar a mi madre..." La subjetivación del síntoma resulta clave y tendría que ver con el momento en el que el encuadre se empieza a negociar, empieza a ser entre tú y yo sólo, empieza a ser tu forma de tratar lo que te pasa en este espacio conmigo, y ese acuerdo sólo entre tú y yo, único supone la construcción de un nuevo encuadre de carácter intersubjetivo.

OBJETIVOS DEL ENCUADRE

A riesgo de simplificar en exceso, entendemos que en estos contextos el encuadre se destinaría a:

√ Articular la convivencia dentro del dispositivo residencial en base a la objetivación de síntomas diana para la intervención general.

- Posibilitar un diagnóstico no clínico del tipo de incumplimiento de las normas, de las formas de violencia o trasgresión implementadas, de las áreas de intervención implicadas, del estilo personal de los profesionales con quienes más incumple el menor o joven, del grado de responsabilización hacia el motivo de ingreso….
- Estructurar la intervención entre los múltiples profesionales que constituyen el equipo y las diferentes formas de sentir, comprender y actuar con el menor o joven.
- Segurizar el campo intersubjetivo y posibilitar el desarrollo de la faceta subjetiva del propio encuadre.
- Trasformar los conflictos narcisistas de algunos menores o jóvenes en conflictos con la autoridad.
- Contener y validar movimientos regresivos.
- Estimular los movimientos progresivos.

SOBRE LA ESTRUCTURA DEL ENCUADRE

El encuadre, ya sea en contexto psicoterapéutico o educativo, configura el escenario relacional en el que vamos a intervenir con el adolescente, determinando así el proceso educativo-terapéutico madurativo del menor.

En este sentido, partimos de algunas reglas propuestas por Ávila Espada (2001), explicitas e implícitas, derivadas de la relación intersubjetiva y profesional en la que se actúa, las cuales son necesarias para configurar el encuadre en un contexto convivencial, como es un centro de menores, de las que abordaremos su dimensión tanto estructural, desarrollando algunos aspectos de la misma como los límites de la relación, la temporalidad y la constancia espacial, así como la dimensión funcional en cuanto a la validación y contención.

La temporalidad

A diferencia de un encuadre psicoterapéutico o analítico, no hablamos del establecimiento de una temporalidad en el encuentro explicitado por una duración determinada. Por el contrario definimos un encuentro diario delimitado por la jornada laboral, cubriendo tanto un horario de mañana, como de tarde, incluso de noche, donde el tipo de acompañamiento va a variar considerablemente.

Esto significa una estabilidad determinada por la frecuencia en la presencia diaria y continuada durante varias horas con el menor lo que genera un vínculo "intenso" y, en ocasiones, "fusional".

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

El acompañamiento continuado y diario posibilita el establecimiento de una relación cercana donde uno de los objetivos iniciales tras el establecimiento de la alianza terapéutica y vinculación es la propia individuación y futura desvinculación del adolescente.

La constancia espacial

Desde el ingreso del menor se construye un lugar de encuentro entre el profesional y el adolescente, donde poder definir un espacio intersubjetivo, seguro y estable. Dicho espacio ha de constituirse asimétricamente, donde el profesional accede a hacerse cargo de la angustia resultante de la adaptación a la disciplina del hogar.

Los centros disponen de los espacios necesarios para convivir respetando tanto lugares individuales donde cada menor tiene la posibilidad de disfrutar de intimidad, así como espacios grupales como comedores, salones de esparcimiento, ocio y tiempo libre, y lugares donde poder intervenir tanto individual como grupalmente (despacho de educadores, de coordinación o psicología, salas de trabajo grupal, etc..).

Cada espacio debe estar definido simbólicamente de tal modo que de él se deriven determinadas representaciones que preparen al menor para contextualizar el contenido a abordar.

En parte, la interacción va a venir predeterminada dependiendo de dónde contextualizamos el encuentro dado que no es lo mismo una entrevista con el tutor en el despacho de educadores, una entrevista con el psicólogo en su despacho, así como una dinámica de grupo en una sala grupal o un encuentro grupal en el comedor comiendo juntos. Cada espacio invita a relacionarse acorde al momento y el espacio donde desarrollamos la interacción.

Resulta de especial relevancia disponer de un espacio tranquilo, seguro, amable y estable donde poder desarrollar determinados encuentros entre educadores-tutores, psicólogo, psiquiatra, coordinador, con cada uno de los menores en el que emergen a un primer plano las dinámicas intersubjetivas del vínculo educativo-terapéutico.

La relación profesional

El establecimiento de la relación entre el menor y los profesionales del centro es de carácter asimétrico pues es el adulto quién ejerce el cuidado y guarda del menor durante el periodo de tiempo que permanece ingresado.

A diferencia de un recurso de carácter privado, donde el usuario accede voluntariamente al tratamiento haciéndose cargo incluso de los honorarios del profesional, en este tipo de recursos se trabaja precisamente desde la involuntariedad de ingreso por parte del menor en la mayoría de los casos, desde donde construir una relación íntima basada en la confianza y la seguridad.

En estos casos, las respuestas contingentes, contenedoras y validantes, de los profesionales, van a definir un tipo de apego seguro en base al cual se comenzará a trabajar la confianza básica, la responsabilización, la autonomía y la desvinculación del menor.

Respecto de la abstinencia

En un contexto residencial la relación se construye en base a la convivencia, las posibilidades que surgen en lo cotidiano, donde el marco normativo convivencial, las experiencias relacionales entre los propios residentes y los profesionales que les atienden, así como las situaciones externas al centro (familia, centro formativo, actividades de ocio y tiempo libre fuera del centro o recursos asistenciales externos) van a brindar la posibilidad de enfrentarnos a las dificultades que genera en el menor en relación a la gestión del conflicto interno, la identificación, regulación y expresión del mismo, intra e interpersonalmente en un marco intersubjetivo donde la propia regulación del adulto acompasa procesos de desregulación del adolescente.

Esto no quiere decir que la atención se haga exclusivamente en el centro, pero es donde más posibilidades vamos a encontrar de abordar “in situ” las conductas externalizadas desreguladas del menor.

Además, tenemos la posibilidad de acompañar al menor en su realidad cotidiana ajena al centro, conociendo a diversos agentes que intervienen en la vida de estos menores (tutores de formación, maestros, psicólogos y psiquiatras, familiares, amigos, parejas), lo que nos ofrece la posibilidad de incluir en el proceso individualizado de cada menor aquellas personas significativas para el mismo diseñando intervenciones dentro y fuera del centro, en diversos escenarios habituales y frecuentes para el adolescente.

Para ello es fundamental definir un encuadre tanto de la relación como de la disposición del profesional en la vida del menor durante el tiempo que reside en el centro y posteriormente durante el tiempo que se estime oportuno para acompañar asi un proceso de desvinculación que segurice al menor, afianzando así su proceso de autonomía y responsabilización.

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

El límite y la norma

El papel de la norma no solo tiene un valor limitador. Puede suponer el componente axiológico del contenido educativo a trasmitir a adolescentes que expresan en síntomas externalizantes, su incumplimiento. De esta forma, la norma como encuadre recoge en este tipo de dispositivos la dimensión preventiva, activa y resolutiva de la disciplina aplicable en contextos formativos, así como la perspectiva de consecuencias lógicas y naturales. Sea como fuere, se parte de la existencia de normas fundamentales que aluden a aspectos relacionados con la supervivencia que requieren mayor rigidez y otras normas que pueden acoger excepciones o individualizaciones, máxime cuando se desarrolla el encuadre subjetivo. Su aplicación busca convertir conflictos de orden relacional en conflictos de identidad que puedan responderse desde la intervención. Sea como fuere, la aplicación de la norma como contenido representativo del mundo adulto, puede suponer una confrontación con el menor o joven. "Desde la perspectiva del adolescente, esta respuesta suele ser vivida como un intento de imposición, de obligación opresiva que le encerraría en una maraña de requerimientos definidos por el deseo de otros" (Feducci, 2006, p.21). De esta forma, la respuesta del profesional o del adulto debe tratar de incorporar en su aplicación la dimensión de la sensibilidad hacia el mundo interno y de los aspectos emocionales regresivos involucrados, para poder regularlos, representarlos y desarrollar conductas basadas en la responsabilización.

La atención y redefinición de la demanda o de la ausencia de la misma.

Este contenido del encuadre nos parece especialmente relevante, máxime ante el alto contenido de involuntariedad con el que esta población en estos contextos se suele presentar en el principio de la relación y de la que en algunos casos no llegan a salir. Así, destinar tiempo y energía a comprender la no demanda o aquella implícita en la involuntariedad, es un contenido a incluir en el encuadre. Además incorpora el sustrato de psicoterapia de apoyo que estamos argumentando hasta el momento. Abeijón ya reflexiona al respecto cuando señala que "traducir la demanda en el espacio de relación ya es intervenir en el sistema; trabajar con las características de la demanda ya es iniciar una intervención; y, sin embargo, aún no se ha comenzado la terapia" (Abeijón, 2013, p.66). El aspecto de contenidos de intervención pre-terapéuticos o preparatorios para el mismo, así como el subrayar la construcción del espacio terapéutico desde la respuesta del sistema interviniente ante la demanda del intervenido, nos parece central. De hecho, tal y como refiere el autor, si no hay demanda, no hay espacio terapéutico. De esta forma, cómo se elige la respuesta a dar, cómo se posiciona ante la expresión sintomatológica del sistema o del menor o joven, constituye un contenido estructural que el encuadre debe tener en cuenta y mantener en continua revisión, máxime cuando el sistema interviniente lo constituyen un número amplio de profesionales que para ello deben reflexionar y "pensar" juntos el abordaje de la situación.

SOBRE LAS FUNCIONES DEL ENCUADRE

En el adolescente coexisten aspectos infantiles (movimientos regresivos) con aspectos adultos (movimientos progresivos) y se van a dar momentos de desorganización y reorganización (Tió, Mauri y Raventós, 2014).Desde nuestra perspectiva en los centros de menores el encuadre tendría una doble función. Por un lado, estimular la progresión del funcionamiento psíquico del menor (Coderch y Codosoro, 2015) y, por otra parte, contener y validar los movimientos regresivos que suelen presentar los menores al entrar en contacto con estos dispositivos.

En relación a las numerosas funciones del encuadre, recogemos estas dos concretamente que derivan del mismo, las cuales a su vez constituyen procesos en el marco del establecimiento de la relación generados del propio encuadre. Nos servimos de las mismas en un contexto de involuntariedad donde el significado que cobran nos permite definir un encuadre definido desde una modalidad de Psicoterapia de apoyo.

La contención "*implica el despliegue de una barrera de seguridad mediante la cual el sujeto queda efectivamente contenido y donde en consecuencia puede actuar sus ansiedades e impulsos sin miedo de correr un excesivo riesgo de descompensación*" (Ávila Espada, 2001, p.36).

La validación se entendería como reforzar activamente la realidad de las percepciones de los sujetos e identificarlas funciones adaptativas que desempeñan sus defensas y comportamientos. Sería, en primer lugar, encontrar lo adaptativo en lo desadaptativo. También como la importancia terapéutica del reconocimiento por parte del terapeuta de la validez, desde la perspectiva del paciente, de re-experimentar el trauma original en la relación trasferencial (de lo que está sintiendo). Sería,

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

en segundo lugar, resignificar el síntoma, darle nombre. Por otra parte, se entiende como atender el inconsciente invalidado constituido por experiencias que no han podido ser articuladas porque nunca evocaron respuesta del ambiente de referencia, "que está constituido por aquellos elementos psíquicos que nunca han podido llegar a ser plenas experiencias por no haber sido ni tan solo reconocidos por el entorno y, por tanto, no recibieron ninguna respuesta, ni positiva ni negativa" (Orange, Atwood y Stolorow, 2012, p.17).

De esta forma, la conjunción de esta dos funciones quedaría reflejada en el concepto de contención validante (Estalayo y Romero, 2005). Esto supone que da siempre una respuesta o consecuencia negativa a la conducta problemática, de una manera coherente entre todos los miembros que intervienen con el joven; valida la experiencia privada no compartida, rescatando el sentimiento y lo que de intención positiva pudiera tener dicha conducta inadecuada, valorando lo que ello representa; rescata la parte positiva también a través de los recursos de que ya dispone, de forma que el cambio en la expresión no suponga una renuncia a los contenidos de su identidad, y oferta vías que promuevan y se basen en la progresiva responsabilización del joven; parte de un profesional que actúa como referente, que contiene las conductas inapropiadas y las traduce (rescatando lo que de sentimiento positivo tienen y dando una consecuencia proporcional a la conducta), que responsabiliza al joven desde su responsabilidad y que mantiene un equilibrio en la intervención aunque ésta sea violenta. O lo que es lo mismo, interviene sobre la inestabilidad emocional del joven, desde su propia estabilidad; la validación no parte sólo de la detección del contenido de la expresión emocional no compartida. Sino que también esta última puede crearse como una nueva narrativa en el seno de la relación del joven con el profesional, hacia la que desarrolla un apego seguro, habida cuenta de las características contenedoras de la misma. Dicha narrativa supone una "traducción" de los contenidos incontrolados, proyectados en la relación; dicha validación, nuevamente, parte de una disposición psíquica del profesional que resulta contenedora, para crear una narración que recoja la emoción no compartida y para expresarla adecuadamente.

Así, desde la zona de desarrollo próximo, el profesional demuestra y valida al educando no sólo lo que hace, sino lo que puede llegar a hacer. Es decir, el profesional imagina que el joven puede hacerlo; el joven mediante la internalización de la dinámica interpersonal establecida, imagina que él puede hacerlo; el joven lo hace sucesivamente o en otras palabras y sólo quizá otro sentido, realizar "el menor gesto significativo que venga a decir: tú existes en mi consideración y lo que tú haces es importante para mí" (Cyrulnik, 2003).

VIÑETA CLINICA

Menor de quince años que ingresa en un Centro de Justicia Juvenil debido a un delito de violencia filio-parental. Durante los primeros momentos de su internamiento se muestra muy oposicionista y retador con las figuras de autoridad y en las primeras semanas protagoniza una fuga saltando por la ventana del salón. Es localizado, con bastante facilidad, en la misma localidad en la que se encuentra el centro por un educador que le trae de nuevo al centro. Se implementó un encuadre firme, claro y rígido incluyendo un procedimiento disciplinario como respuesta a esta "fuga" que supuso un retraso en su proceso de salidas al exterior. Este parón promovió un espacio de reflexión y el establecimiento de una relación intensa con determinados profesionales. A medida que avanzaba esta relación el menor tenía la experiencia de sentirse en un espacio seguro y limitador y empieza a arriesgar en confiar y ponerse en las manos del otro que le contenía en sus angustias y temores, le acompasaba y ayudaba a identificar los motivos de su marcado malestar. En este espacio intersubjetivo entre el menor y el profesional de referencia se va construyendo un encuadre interno que permite que el menor comparta cómo realizaba este tipo de conductas coercitivas de apego hacia sus padres, relatando cómo solía escaparse por la ventana de su habitación y llamaba al timbre de la casa para que sus padres vieran lo que había hecho. Este comportamiento buscaba una respuesta en sus progenitores. En este caso ante la falta de comprensibilidad de la conducta del hijo, que era vivida como destructiva, unido a la rigidez y a la dificultad para ver su parte sensible, frágil y necesitada la respuesta de los progenitores no sólo contribuyó a mantener sino también a aumentar estos problemas de conducta. Esta dificultad para entender su necesidad de conflicto con la autoridad le lleva a sustituir el conflicto con la autoridad externa que no encuentra en su entorno familiar por el conflicto narcisista interno consigo mismo. El riesgo de responder equivocadamente a esta violencia provocadora es que se va a convertir en una violencia destructiva (Botbol, 2015). En este nuevo encuadre que se va generando el adolescente es capaz de reconocer

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

cómo está reproduciendo este patrón relacional en el centro y al obtener una respuesta distinta por parte del adulto se sorprende y poco a poco puede ir redefiniendo la relación con el profesional desde la egodistonía y la toma de conciencia de sus dificultades y los motivos de su ingreso en el centro pudiendo hacer el tránsito de una relación desafiante y suspicaz a una relación de ayuda y confianza con el profesional.

CONCLUSIONES

Entendiendo el encuadre como el continente del proceso terapéutico en términos de Bion, intentamos desarrollar aquellos aspectos que entendemos relevantes para construir un espacio de relación entre el adolescente y el profesional en un contexto residencial de involuntariedad, desde donde el menor pueda integrar la experiencia compartida, resultante de aquellos momentos de encuentro entre profesional y adolescente, en un entorno seguro y facilitador.

Del establecimiento de la relación entre los diferentes agentes en el proceso de cambio, el adolescente lo que recoge es la disponibilidad del adulto. Alguien que, pese a las dificultades en el manejo de la angustia y la desregulación, se mantiene a su lado.

Frente a la incertidumbre y desorientación que generalmente emergen en el menor tras el ingreso, sobre todo en las primeras experiencias de ingreso involuntario, es el encuadre de la relación lo que va a introducir ciertos elementos de comprensión y regulación tanto en el adolescente como en el adulto, sobre quién recae la responsabilidad de sostener y acompañar en los procesos de desregulación para contener el malestar vivenciado.

Este primer momento de establecimiento de la relación va a determinar la posibilidad de que el adolescente confíe suficientemente en el adulto como para explorar nuevas alternativas, abandonando determinados patrones y ampliando el registro relacional sobre el que madurar y construir el proceso de cambio.

Para ello resulta especialmente relevante, sino imprescindible, definir qué tipo de relación establecemos, en qué contexto y términos, la estructura y función de la misma, así como las posibilidades de flexibilizar dicho encuadre en función de las necesidades de cada menor, su capacidad y su proceso madurativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abeijón Merchán, J.A. (2013). Patología en la demanda. Mosaico. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 54, 62-75.

Ávila Espada, A. (2001). *Reglas, funciones y vectores del encuadre: su papel generador del proceso analítico. Intersubjetivo*, 3 (1), 29-42.

Ávila Espada, A. (2013) La relación, contexto determinante de la transformación. Reflexiones en torno al papel de la interpretación, el insight y la experiencia emocional en el cambio psíquico. T*emas de Psicoanálisis,* 6.

Ávila Espada, A. (2015). Del encuadre como factor técnico a la intersubjetividad del vínculo terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (2), 394-397.

Botbol, M. (2015). Psicopatología del vínculo en la adolescencia. II *Jornadas de Protección a la Infancia y Adolescencia*. Burlada (Navarra).

Bravo, A. y Fernández del Valle, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. *Un análisis comparativo con población normativa. Psicothema*,15(1), 136-142.

Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas.* Barcelona: Gedisa Editorial.

Coderch, J. y Codosero, A. (2015). Entre la razón y la pasión. Algunas reflexiones acerca del espíritu del encuadre en el psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (2), 358-393.

Estalayo, A. y Romero, J. C. (2005). Intervención en problemas de conducta: desarrollo y contención validante. REDES. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 15, 99-115.

Estalayo, Á., Rodríguez-Ochoa, O. y Romero-León, J. C. (2009). Estilos de crianza y ambientes familiares en menores y jóvenes violentos. Un modelo psicoterapéutico de apoyo para la intervención. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente,* 2 (48), 113-129.

Estalayo, Á., Rodríguez-Ochoa, O. y García-Ormaza, J. (2014). Reflexiones respecto a los internamientos terapéuticos y su especificidad. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia REINAD*, 7, 11-24.

Feduchi, L. M., Mauri, LL., Raventós, P., Sastre, V. y Tió, J. (2006). Reflexiones en torno a la violencia en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. 8, 19-26.

Fernández, A., González, M. A., Abeijón, J. A., Bravo, B., Fernández de Legaria, J. A., Guadilla, M. L. y Rey, F. (2010). *Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia*. Investigación comisionada.Vitoria-Gasteiz; Departamento de Sanidad y Consumo-

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

Gobierno Vasco.

Gude, R. y Fandiño,R. (2006). Psicopatología juvenil en un centro de menores. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 41-42, 35-46.

Kenberg, O. F. (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. México. Editorial Manual Moderno.

Navarro-Pardo, E., Moral, J. C. M., Galán, A. S. y Beitia, M. D. S. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: *Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. Psicothema,* 24(3), 377-383.

Pinsker, H. (2002). *Introducción a la psicoterapia de apoyo*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.

Tió, J., Mauri, L. y Raventós, P. (2014). Adolescencia y transgresión. *La experiencia del Equipo de Atención en Salud Mental al Menor (EAM)*. Barcelona: Octaedro.

Orange, D. M.; Atwood, G. E. y Stolorow, R. D. (2012). Trabajando intersubjetivamente. *Contextualismo en la práctica psicodinámica*. Madrid. Ágora Relacional. Colección pensamiento relacional nº6.

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

¿QUÉ HACER CON BARTLEBY? PENSANDO EMOCIONES ANTE UNA GRAN INHIBICIÓN*

WHAT TO DO WITH BARTLEBY? THINKING EMOTIONS WITHIN A GREAT INHIBITION

Agustín Béjar Trancón**

RESUMEN

En este trabajo, realizando una comparación con lo relatado en el cuento de Melville titulado "Bartleby el escribiente", se describen las emociones del terapeuta en respuesta un paciente grave, con un cuadro caracterizado por la inhibición, la dificultad de comunicación y el encerramiento de características autísticas. Estas emociones se ilustran a través de un caso con dichas características.

Palabras clave: inhibición, angustia.

ABSTRACT

In this work, comparing with Melville's tale entitled "Bartleby the Scrivener", the therapist's emotions are described in response to a severe patient, characterized by inhibition, difficulty in communication and autism-like closure. These emotions are illustrated through a case with these characteristics.

Key words: inhibition, anxiety.

Nuestro trabajo en el terreno de las emociones tiene la peculiaridad de que, aún con bastantes años detrás de práctica, uno pueda experimentar sentimientos de desorientación, perplejidad e insuficiencia similares a los del inicio. Esta presentación surge de tales sentimientos y el asidero que puede aportar la intuición literaria para explorar ciertos fenómenos.

Quien ha leído el cuento de Melville, Bartleby el escribiente, ve que, en pocas páginas, es difícil dar un cuadro más impresionista de qué es encontrarse ante alguien con una profunda inhibición y negativismo. Pero podemos hacer una lectura comparando con lo que experimenta un terapeuta con ciertos pacientes si nos fijamos en el relato de las reacciones del jefe de Bartleby, que es el narrador de la historia, narración que es planteada como una consecuencia del impacto de esta persona sobre él.

Empieza el relato contando cómo lo contrata para hacer de escribiente, copista, en su despacho de abogado. Describe una persona de aspecto desvitalizado, introvertido y apocado. Bartleby, una persona que no da ruido, absolutamente parco en palabras, de conducta ascética, como si no necesitara nada de lo que es esperable, se aísla en su cubículo y deja patente que prefiere ninguna interacción con sus compañeros y jefe. Su vida es un misterio, su funcionamiento más

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

** Psiquiatra-psicoterapeuta. Badajoz.

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

aún. La mansedumbre inicial que veían en él pronto se verá mezclada con apreciar una terquedad especial a reaccionar, con los consiguientes sentimientos también mezclados, rabia entre ellos, que fácilmente induce. La extrañeza que inspira por su comportamiento replegado y de evitación de cualquier comunicación significativa va dando paso a sentimientos más violentos, en la medida en que tras un periodo en que al menos hace bien su trabajo pulcro y mecanizado de copista, pasa luego a negarse a las peticiones más sencillas, ofreciendo la resistencia de su pasividad. Surgen sentimientos más encontrados en el narrador, que se enfada, se ofusca, desea arrojarlo fuera de su vista y piensa si actuar con dureza con él, pero también se inhibe ante el extremo desamparo, vulnerabilidad y perplejidad que a la vez le inspira. La frase preferida de Bartleby, su lema, es "–Preferiría no hacerlo", escudo que desarma los deseos del otro, cualquier pretensión sobre él, incluso aunque fuese en su beneficio. El narrador va introduciéndonos en su propia congoja al no poder encontrar ninguna forma de moverlo. Paulatinamente va haciéndose más patente la encrucijada en que esto pone a quienes lo rodean, ya que Bartleby se desenvuelve en su pasividad y negativismo ajeno a la vida cotidiana y sensata. El jefe se moverá en la ambivalencia entre expulsarle, despedirle, y la compasión (y atracción ante el enigma) por hacerse cargo de él, una actitud que se va convirtiendo en una preocupación mayor por ayudarlo, pero que también se tropieza con lo inalcanzable de la actitud de Bartleby.

Podemos ver en este cuento una descripción que podríamos comparar a las emociones en respuesta un paciente grave, con un cuadro caracterizado por la inhibición, la dificultad de comunicación y el encerramiento de características autísticas. Expondré a continuación un caso clínico para el que esta narración me permitió un apoyo imaginativo a la hora de pensar las emociones que el comportamiento del paciente suscitaba en mí.

V acudió a la consulta traído por sus padres hace unos años, con 16 entonces. Llevaba tiempo en ese estado, caracterizado por no hacer casi nada e inmóvil en clase, no establecer relaciones prácticamente y permanecer cabizbajo y silencioso al lado de los demás, profesor y compañeros. Pero encontraban a V triste, angustiado cuando había conocido sus malos resultados. El caso es que podía estudiar y rendir haciendo sus tareas, es bastante inteligente, pero luego no podía escribir nada en un examen. Eso le angustiaba y hacía llorar, con muy limitados arrebatos emocionales, pasando luego a su comportamiento rutinario e inexpresivo. Desde el principio las entrevistas se desarrollaron de forma que un patrón se reproducía: nos saludábamos, entraba al despacho, respondía convencionalmente a mis primeras palabras de saludo y, después, salvo "bueno", "nada" "no sé" y si acaso alguna frase donde expresaba cosas tan verdaderas como que venía porque lo traía su madre, nada. El silencio más total mientras clavaba su mirada en el suelo. Viendo los aspectos de índole esquizoide, de gran retirada del entorno, durante un tiempo manejé esto facilitándole utilizar material como papel y lápices, para usar el juego de garabatos, o plastilina para moldear. V lo rechazaba, si acaso echaba una fugaz mirada. En alguna ocasión y por tiempo limitado mostró más interés por la papiroflexia, pude averiguar que en alguna ocasión tiempo atrás hizo pajaritas, y mi escasa habilidad con ello me sirvió para hacer algún barquito o avión y responderme él con una especie de "pececito". Se acabó. Varias sesiones estuve ofreciéndole usar el material, ante el silencio, que llegaba ineludiblemente tras los primeros 5-10 minutos, en que sí respondía de forma monosilábica a mis intervenciones, con amplios tiempos en silencio (estirando yo mucho las tentativas de facilitar comprensión de su silencio, o de factores contextuales, incitándole a decirme algo más de cómo estaba o qué había sucedido en la semana, o simplemente por qué tal gesto que hacía me hacía pensar en un silencio tranquilo, o dificultoso, rastreando cualquier atisbo de emoción). Siempre llegaba el corte y silencio. Me hacía experimentar desde rabia, perplejidad, aburrimiento, deseos de sacarlo violentamente del despacho, de hacer alguna interpretación salvaje, o de simplemente estar con él preguntándome por lo misterioso del universo y por si era ético empeñarme en ver a V una vez por semana, cuando no se movía ni un ápice. La impresión de no tener casi a dónde agarrarme para pensar qué sucedía en él. A veces levantaba levemente la cabeza y podía captar, por segundos, una mirada rabiosa y agresiva, pero casi imperceptible, como casi imperceptiblemente en determinados momentos, al hablar de algo que podía afectarle, solía usar pañuelos como si le goteara la nariz o se le enrojecieran los ojos, con gestos que hacen pensar en que él sentía algo en su cuerpo, pero algo en esos momentos, que se repitieron suficientemente estos años, como para poder relacionarlo con una emoción, o un conato de emoción. En determinado momento, bajo

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

el influjo de una inquietud por cómo movilizarlo, que podemos asimilar al "¿Qué hacer con Bartleby!?" del cuento, introduje tener regularmente parte de la sesión con su madre en la consulta, al estilo de ciertas terapias con niños pequeños o madres-bebé. En estas situaciones él podía hablar más en relación con lo que su madre y yo hablábamos, aunque fuera respondiendo sí o no.

A pesar de lo relatado, las cosas fuera de sesión no iban demasiado mal, tras iniciar el curso de formación laboral en el que se apuntó, lo que había sido un éxito pues renunciaron a seguir en el IES intentando una escolaridad que parecía imposible, la familia planteó la necesidad de proseguir bisemanalmente. Accedí, con cierta reticencia por mi parte pensando en el riesgo. En una sesión posterior, tras el saludo inicial y comentar yo que hacía tiempo que no nos veíamos y preguntarle qué tal, comentó: "Bueno…medio bien". A eso seguí indagando, no era respuesta habitual de él y me hizo pensar en que algo sucedía. Pero nada. Clavó la vista en el suelo y siguieron 25 minutos de silencio ininterrumpido por su parte. Escancié 3 ó 4 tentativas aludiendo a mi impresión inicial, a su dificultad, e intentando convencerle de que no temiera hablar, así como poniéndolo en relación con que habíamos alterado nuestro ritmo. Cuando hice pasar a la madre me relató ésta algo que me pareció muy revelador:

Ella habla suponiendo que él habría contado algo, yo estaba pensando en cómo había vuelto más mutista aún, qué habría pasado. Ella dice que en los últimos días muy bien, asiste a las clases, va al centro de formaciy vuelve solo, en autobús, lo ve muy bien, pero le preocupa que dé pasos atrás, pregunto si lo relaciona con algo y me cuenta: "Bueno, hay algo que sí relaciono". Lo que pasó días atrás es que al salir de sus clases para casa habitualmente le da a ella una llamada con su móvil, ese día al parecer, me va contando ella, él había terminado y llamó, pero algo pasaba en la conexión de los teléfonos y ella no recibió la llamada, pasados como 35 ' ella le llama a él, no responde, suena como desconectado, le sorprende, se asusta, ella y el marido también, al final ella está a punto de salir a la calle a ir a por él, pensaba que algo habría pasado…llamó al IES por si se habían retrasado allí, le dicen que no y se angustia más. Él no consiguió contactar con la madre y monta en el autobús y al bajar corre despavorido a su casa, piensa que algo muy grave ha pasado.

Todo esto lo cuenta la madre mientras él asiente, se enrojecen sus ojos y usa pañuelos, noto que esto ha despertado una gran emoción en él. La madre me cuenta que él llegaba corriendo cuando ella ya salía, asustado, que pensaba que podía haber un psicópata en casa amenazándoles. Le pregunto a él y dice que sí, eso imaginaba. Comento sobre cómo entiendo que en ese momento, al romper la regularidad de su contacto telefónico, les había invadido el miedo, a ambos, se lo señalo a él indicando que entiendo su terrible tensión y cómo se ha encontrado luego. Pudo reír cuando le dije que ella parecía que sospechaba algo del mismo calibre, hice relación con cómo ese miedo me recordaba otro que ellos me habían contado, cuando él de chico se quedaba sin su madre por los viajes frecuentes de ésta, aunque se quedase con una tía, fallecida luego y que pasó los últimos años con una enfermedad que le impedía hablar.

Mi asombro estaba en que al menos con el episodio V me aportaba representaciones. Me permitía atisbar algo más de un terror nunca mejor llamado "sin nombre, sin palabras", su presentación de años atrás, la dificultad para comunicar, encerrarse en el silencio y el silencio como protección, la inhibición al servicio de evitar conflicto y dolor, o el comentario en que un familiar me dice: "no ve las series que le gustan porque si las ve….se acaban luego", el enorme terror a la finitud y a perder al otro, el encerrarse en ser una mónada aislada. Así como su gran temor a la partida de cualquier ser querido, aún por trabajo, cosa que fue tolerando algo mejor a lo largo de estos años.

En Inhibición, síntoma y angustia, Freud define la inhibición como un mecanismo alternativo a la represión, algo que disminuye la funcionalidad del Yo para evitar conflicto, ya sea con el Superyó o con el Ello. Pienso que Melville en este cuento describe el impacto de eso en sus niveles más arcaicos, así como la extensión del conflicto, y delegación de funciones, al entorno, al estilo del "espacio psíquico ampliado" (Jeammet). Bartleby el escribiente retrata también el impacto sobre el personaje narrador, que atraviesa varias etapas, desde sus reacciones más viscerales hasta dar lugar a un cuidado (aún en la distancia) y una compasión ante el hombre que fija su mirada en un muro, como si mirar una pared, encerrarse, fuese la única forma de evitar un dolor más agudo: mirar algo más atrayente, y que no haya respuesta, sentir que el paraíso donde todo es provisto como por magia se perderá. Una pérdida y un vacío tan grandes, sin esperanza de eco.

Me pregunto también si la representación que surgió en la sesión con mi paciente, que me trae la madre y que

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

le pertenece: “un psicópata está atacando a mis padres”, no refleja la otra cara de su funcionamiento inhibido, una figuración para la rabia atisbada en ocasiones: la rabia asesina ante esa “otra madre”, ese otro, que le hace salir de casa, la que se fue a veces, en una época donde sólo registraba ausencia y rabia y que su mundo se derrumbaba.

V ha podido avanzar, ha permitido estímulos externos que parecían impensables al inicio. Sigo viéndolo regularmente, he mantenido la sesión conjunta con la madre tras verle a él individualmente. Creo que esta especie de terapia “madre-aspectos bebé de un adulto” lo que hace es abrir un espacio para que circulen representaciones ante un tercero, y por tanto una forma de traducir, por mínima que sea, el lenguaje de su subjetividad frustrada.

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

TRABAJO FOCALIZADO EN LAS EMOCIONES CON ADOLESCENTES*

EMOTION-FOCUSED WORK WITH ADOLESCENTS

Jose María Calavia Balduz, Beatriz López-Palop de Piquer, Paula Laita de Roda, Eduardo Barriocanal Gil y Daniel Vivancos Gil**

RESUMEN

Pese a la gran diversidad de perfiles que nos encontramos en los pacientes de hospital de día, todos comparten una gran dificultad vinculada a su esfera emocional. Tienen dificultades a la hora de identificar, expresar y manejar emociones, haciendo que situaciones cotidianas supongan para ellos conflictos diarios.

A través de un trabajo transdisciplinar, basado en la profundización sobre el conocimiento de las emociones, pretendemos que nuestros pacientes mejoren su capacidad emocional y así, mejo-ren también su calidad de vida. El enfoque de esta intervención se realiza involucrando a varios per-files profesionales como son psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y educadores, aportando una visión más integral sobre la emoción.

Palabras clave: Emoción, hospital de día, transdisciplinar, adolescentes

ABSTRACT

Despite of the great diversity of day hospital patients profiles, all share a great difficulty linked to the emotional sphere. They have difficulties to identify, express and manage emotions, ma-king everyday situations going into daily conflicts.

Through an interdisciplinary work based on the deepening of the knowledge of emotions, we hope that our patients will improve their emotional capacity and, thus, improve their quality of life. The focus of this intervention is carried out involving different professional profiles such as psychologists, psychiatrists, occupational therapists and educators, providing a more comprehensive view on emotion.

Key words: Emotion, day hospital, transdisciplinar, teens

INTRODUCCIÓN

Dentro de Hospital de Día, nos encontramos con un perfil muy heterogéneos de pacientes a nivel psicopatológico, moviéndonos entre personas con diagnósticos de psicosis, estructuras límites (neurótica- psicótica), otros trastornos personalidad, depresiones graves, problemas identidad, fallos en la capacidad de mentalización, tendencia a pasar al acto, dificultades en el proceso de

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

** Hospital de Día – Centro Educativo Terapéutico "Pradera de San Isidro". Madrid

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

separa-ción-individuación, alteración dinámica familiar, dificultades inserción social… Pero encontramos un nexo común en todos ellos y es la gran vinculación que vemos en todos los casos con la esfera emocional y la dificultad que aparece a la hora de interpretar y expresar emociones.

Debido a esto y tras revisar diversa bibliografía relacionada con reconocimiento emocional (Baron-Cohen, 2004) y psicoeducación sobre las emociones (Lange, 2001), nos surge la idea de es-tructurar un trabajo a medio plazo, focalizado en el trabajo con las emociones que implique a distin-tos espacios, desde diferentes enfoques de intervención; en base a una estrecha coordinación entre las distintas terapias y miembros del equipo, para dar un sentido integrador, comunitario y transdis-ciplinar.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La revisión y actualización bibliográfica que comenzamos a hacer, nos llevó a integrar a diferentes autores con diversos perfiles, de los que fuimos tomando las ideas fundamentales para justificar nuestro trabajo que presentamos a continuación.

Sigrid Lange (Lda. Filosofía, profesora de yoga, meditación y gimnasia consciente)

En sus obras nos habla de emociones ancestrales: miedo, rabia, dolor, tristeza, abandono. Cada una de ellas tiene una función y todas podemos emplearlas en sus formas sana (aceptación) y alterada (rechazo). Habría un sentir sano y un sentir no sano, reprimido, que ella llama alterado. También habla de percepción sana y alterada. No habla de emociones positivas ni negativas, sino que se centra en la función que cada una tiene y en la forma en la que se percibe, se acepta y se expresa. Esta clasificación de las emociones será la que nos sirva de base para todo el trabajo psicoeducativo que hemos realizado con los pacientes.

Además, considera otros sentimientos más específicos: culpa, vergüenza, traición, confusión, asco, envidia, aburrimiento y desesperación.

Leslie Greenberg (Psicólogo heredero de Carl Rogers y su Terapia centrada en las Emociones)

En los años setenta se estableció claramente la existencia de, al menos, 6 emociones innatas, básicas e independientes. Esto se consiguió mostrando que la expresión facial de estas emociones era innata; de manera universal, mostramos la misma expresión facial en situaciones que evocan enfado, miedo, tristeza, asco, sorpresa o alegría. Puede que uses diferentes palabras o conceptos para describir una determinada emoción, pero la expresión es la misma. De hecho, estas serán las seis emociones (junto con la calma que nos aporta Sigrid Lange) en las que centremos el trabajo inicial con nuestros pacientes.

En terapia, activar las emociones parece ser una pre-condición importante para poder cambiarlas. Habla además de la necesidad de que exista una relación segura el terapeuta, y que éste esté sintonizado de manera empática con el mundo emocional del paciente.

Habla de la existencia de un cerebro emocional (relacionado con la supervivencia y orientado hacia la salud), del que recibimos mensajes constantemente. Estos mensajes, captados por el cerebro emocional, contienen una riqueza en sabiduría que no es capaz de captar el cerebro cognitivo, que es más consciente. Sin embargo, el cerebro emocional no es capaz de producir pensamiento analítico o razonamiento, y sus rápidas evaluaciones son imprecisas y pueden estar equivocadas. Por lo que integrar los impulsos de nuestro cerebro emocional con el asesoramiento de la razón (cerebro cognitivo) conduce a una mayor flexibilidad adaptativa y respuestas más precisas. Ya Aristóteles, en su Ética a Nicómaco, decía que “Cualquiera puede enfadarse, eso es sencillo. Pero estar enfadado con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y de la forma correcta, eso no es sencillo”.

Greenberg, además, nos habla de la importancia de integrar las emociones desde el punto de vista corporal en la propia conciencia. Sí hace diferenciación entre emociones agradables y desagradables… pero coloca el foco en que lo fundamental es el trabajo sobre la aceptación.

A su vez, hace una diferenciación entre emociones primarias y secundarias, que además pueden ser adaptativas o desadaptativas, y las emociones instrumentales. Entiende una emoción primaria adaptativa como un sentimiento visceral adaptativo, mientras que la emoción primaria desadaptativa es un sentimiento de malestar crónico (suele tener que ver con un aprendizaje traumático). De la misma manera, una emoción secundaria lo define como una emoción reactiva o defensiva que oscurece tu sentimiento primario y una emoción instrumental es una emoción que influencia o a veces manipula, que se usa con el propósito de obtener algo que se desea

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

Dentro de su trabajo de profundización sobre las emociones, propone un proceso emocional básico, que detallamos a continuación.

El proceso emocional básico

Propone una teoría de la inteligencia emocional basada en ocho principios fundamentales que facilitan que las emociones funcionen de la mejor manera en la vida cotidiana. Estos principios están incorporados en dos fases. La primera, la fase de acceder a las emociones, incluye cinco pasos que te ayudan a llegar a ser consciente de tus sentimientos y aceptarlos. La segunda fase, la de salir del lugar emocional al que has llegado, supone transformar tus sentimientos y seguir adelante. Los ocho pasos se describen de la siguiente manera:

Fase I- Acceder

1. Es importante que seas consciente de tus emociones: a nivel de sentimientos y pensamientos
2. Hace falta que le des la bienvenida a tu experiencia emocional y la permitas (esto no significa que tengas que expresar necesariamente todo lo que sientes a otras personas). Deja que se produzca y que se desarrolle.
3. Para poder resolver los problemas resulta importante que seas capaz de describir tus sentimientos con palabras. Ponerle nombre a la emoción es el primer paso para la regulación de tus emociones. (Hablar de la emoción en lugar de actuar según la emoción). Al ser capaz de poner una etiqueta al sentimiento, se produce un acto de separación del sentimiento.
4. Identificar tu experiencia primaria: Es conveniente que seas consciente de si, en una situación dada, tus reacciones emocionales son tus sentimientos primarios. En caso de que no lo sean, tendrás que trabajar para descubrir cuáles son esos sentimientos primarios.
5. Evaluar si un sentimiento primario es saludable o no: Una vez que sientas tu emoción primaria, hace falta que evalúes si se trata de una respuesta saludable o no saludable ante la situación presente.

Fase II- Salir del lugar emocional

6. Identificar los pensamientos destructivos que acompañan a la emoción desadaptativa:
7. Encontrar emociones y necesidades adaptativas alternativas: es necesario que transformes tus emociones no saludables cuestionando los pensamientos destructivos. Podrás hacerlo si eres capaz de encontrar otra voz interna basada en tus emociones y necesidades saludables.
8. Transformar la emoción desadaptativa y los pensamientos destructivos

Por último, a menudo resulta importante la presencia de otras personas, el apoyo social, y una relación segura en la que te sientas validado. Dichas relaciones te permiten experimentar consuelo y apoyo emocional, que te ayudará a aclarar tus sentimientos.

Emilce Dio Bleichmar (Psicoanalista infantil)

La regulación emocional es definida por la neurobiología como la capacidad para mantener un óptimo estado de activación del sistema nervioso central.

Todas las emociones -miedo, rabia, tristeza, alegría...- están compuestos por un sistema subcortical de respuestas que está programado de forma innata y se halla presente en el nacimiento, y un sistema cortical de control de la respuesta. Mientras que la respuesta es automática, el control sobre la respuesta y la percepción subjetiva de la emoción no lo son. Como todas las capacidades del infante, la regulación afectiva y el tono de sus emociones dependerán enormemente de la capacidad materna para el reconocimiento del estado afectivo, a través de las expresiones del rostro y de la conducta del infante. Se trata de una dimensión mucho más compleja de la interacción, pues el adulto también participa con sus propias emociones en la relación, y no siempre está dispuesto emocionalmente para la respuesta adecuada. Calmar la excitación excesiva, compartir la alegría, consolar un estado de malhumor, y fundamentalmente no transmitir ansiedad, requieren una refina-da regulación emocional por parte del adulto.

Esta capacidad de regulación emocional, como factor esencial para la salud mental del niño y del adolescente. La capacidad para la regulación emocional influye en el equilibrio entre el impulso y la acción, refuerza la capacidad de tolerar la frustración, la ambigüedad y la ambivalencia.

Efrain Bleiberg (Terapia basada en la mentalización para adolescentes y sus familias)

Afirma que el problema central en los adolescentes, en especial los que presentan síntomas de un emergente trastorno límite de la personalidad, es la vulnerabilidad que tienen al fallo en su capacidad mentalizadora en determinadas situaciones emocionales e interpersonales. Esta vulnerabilidad se origina en la combinación de

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

varios factores: factores constitucionales, y las primeras relaciones de apego, que muchas veces se convierten en apegos desorganizados.

Estos patrones son reforzados posteriormente por experiencias traumáticas; y después va a surgir el TLP en el contexto de los cambios en el neurodesarrollo en la adolescencia, período especialmente sensible para la mentalización y la regulación del afecto. Toma en cuenta los contextos emocionales y relacionales específicos en el que la mentalización se vuelve "tan terrorífica" que colapsa y/o es defensivamente inhibida.

Considera que todos los desórdenes psiquiátricos conllevan una mentalización disfuncional, conectada a trastornos en la experiencia personal y a una capacidad deteriorada para comprender y relacionarse con otras personas.

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 de la mente de los demás, demasiado centrado en las características externas de ellos mismos y los otros, en la que se destacan estados afectivos abrumadores.

Un porcentaje sustancial de adolescentes presentan síntomas de desregulación afectiva, impulsividad, e inestabilidad en sus relaciones y en la propia imagen de sí mismos. Estos síntomas son apenas distinguibles del cuadro que reuniría los criterios para el diagnóstico de un TLP en personas mayores de 18 años.

De un cuarto a un tercio de los adolescentes experimentan esta etapa como tumultuosa, marcada por la vulnerabilidad a crisis de adaptación, a tormentas emocionales, impulsividad, comportamientos autolesivos, estados de ánimo dramáticos y rápidamente cambiantes, al sufrimiento generalizado, al deterioro en la competencia para afrontar situaciones difíciles y adaptarse, a dificultades con la identidad, conflictos con los padres, y cuestionamientos dolorosos sobre la propia autoestima.

Objetivo de la terapia: que el paciente adolescente sepa más sobre cómo piensa y se siente sobre sí mismo, sobre los otros y sobre ellos mismos en relación con otras personas; cómo sus pensamientos y sentimientos dan una dirección y un significado a su conducta; y cómo las distorsiones que tienen al comprenderse a sí mismos y a los demás llevan a una conducta inadaptada, incluso cuando tal conducta suele ser un esfuerzo para mantener ciertas sensación de seguridad, estabilidad y control, para controlar los sentimientos angustiantes e incomprensibles.

No hace hincapié en la interpretación de la motivación inconsciente, sino en fomentar la curiosidad acerca de los estados mentales y de lo que subjetivamente sienten en realidad; cómo estos estados mentales motivan y explican la conducta de uno mismo y de los demás; con idea de convertir las relaciones en relaciones más efectivas y comprensivas, permitiendo así que el afecto se entienda más y se maneje mejor.

Familia: actúa de puente en la transición del adolescente a una mayor competencia de mentalización y estabilidad. Importancia de trabajar con los padres para mejorar capacidad de mentalización en ellos. Las interacciones no mentalizadoras en las familias, refuerzan la no-mentalización de los adolescentes, algo que lleva a círculos viciosos, y a impasses sin solución.

Los padres, sintiéndose atascados, indefensos, enfadados y avergonzados, optan por castigar, criticar, rechazar al hijo adolescente antes que entenderle, y ofrecerle un apoyo empático, proporcionarle límites efectivos y servir como modelo para conectar los pensamientos y los sentimientos, y para manejar la excitación emocional sin "apagar" la mentalización.

El objetivo básico es ayudar a las familias a reemplazar los ciclos coercitivos y no mentalizadores por discusiones mentalizadoras, con una comunicación más efectiva y una mayor confianza.

ESTUDIOS QUE AVALAN LA DISFUNCIÓN SEGÚN LA PATOLOGÍA

Revisando diferentes artículos sobre la dificultad en la identificación y expresión de emociones, nos hemos encontrado con información muy interesante, estrechamente vinculada al trabajo que planteamos y de los que hemos extraído las siguientes ideas.

Las expresiones emocionales en el rostro que ejercen una relevante función para obtener in-formación, comprender y adaptarse de forma apropiada al medio social. Por ejemplo, una alteración en la percepción de las emociones de una persona durante una interacción social puede favorecer la presencia de errores en la interpretación de la situación que estimulen sentimientos negativos, que puedan desencadenar una respuesta agresiva.

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

Esta alteración en el procesamiento emocional ha sido mostrado en otros problemas de comportamiento o emocionales:

- Desde un déficit general en el reconocimiento: autismo
- Déficit de una emoción específica: por ejemplo, alteración en la precisión del reconocimiento de la tristeza y la felicidad en la depresión mayor. O el miedo y la tristeza en la psicopatía.

En otros estudios, vemos que personas que suelen cometer actos agresivos presentan un sesgo de reconocimiento de la ira: tienden a identificar como ira expresiones de otra emoción, especialmente expresiones ambiguas o neutras. También se encuentra déficit de reconocimiento del miedo, asco y tristeza en personas con trastorno bipolar.

En el caso de la esquizofrenia, los diferentes estudios muestran rendimientos inferiores a la población en general. En pacientes estabilizados tendrían un mejor desempeño respecto a las fases agudas, pero en cualquier caso sería una característica permanente de la esquizofrenia, también observable en los familiares de primer grado. Encuentran mayor dificultad para reconocer las emociones negativas como ira o miedo e interpretarían de forma errónea las expresiones neutrales (alteración relacionada con variables clínicas y neuropsicológicas).

HACIA LA PRÁCTICA CON LOS PACIENTES ADOLESCENTES EN HOSPITAL DE DÍA

Toda esta información, unida a la definición de emoción "Una emoción es por definición a la vez somática y psíquica. El aspecto somático está formado por las inervaciones del cuerpo y las acciones de la expresión física. El aspecto psíquico está formado por imágenes e ideas. En psicología los dos dominios están divididos. En contraste, una emoción naturalmente sentida, integra una relación dialéctica entre psiquis y soma" (Chodorow, 1991) y hacer una salida con los pacientes al cine a ver la película "Del Revés", fueron los pilares para comenzar nuestra intervención desde diferentes enfoques, centradas en el trabajo y profundización sobre la emoción, de manera integral, como proponía Chodorow con su definición.

Ahora, queremos describir los diferentes espacios que han estado implicados y las diferentes actividades que hemos ido realizando allí el equipo compuesto por dos psicólogos, un terapeuta ocupacional, un educador y una psiquiatra.

Grupo creativo

Murales de la emoción: Los pacientes realizaron definiciones propias de las siete emociones básicas con las que trabajamos (miedo, rabia, tristeza, alegría, asco/rechazo, calma y preocupación) y las han acompañado de manera gráfica con dibujos, fotos, emoticonos, palabras… que vinculan a cada una de esas emociones. Están expuestos en la sala donde realizamos los grupos y para ellos son referencia cuando dudan sobre qué emoción han experimentado en diferentes situaciones.

Cómic: Realizaron un cómic a través de fotografías, decidiendo ellos la temática, el guión, los personajes, diálogos… dejando estos últimos como algo secundario en la obra y dando más importancia al componente gestual y corporal de las emociones que querían transmitir en cada viñeta.

Programa de radio: Estamos realizando un espacio con idea de convertirlo en un programa de radio, en el que vamos grabando cada sesión con sus intervenciones (cumpliendo los criterios de grabaciones en estudio, es decir, sin interrumpirse o pisarse, respetando los turnos, sin ruido de fondo…) y han decidido centrar las primeras sesiones en comentar qué vinculación emocional tienen con la música. Hablan de canciones, estilos de música, cantantes que les generan determinadas emociones o que prefieren escuchar cuando sienten determinadas emociones.

Terapia expresiva

Retratos de la emoción: Cada uno de los pacientes ha tenido que posar representando, solo con la cara, cada una de las siete emociones delante de una cámara. Después les hemos propuesto que identifiquen la emoción de los demás viendo solo su imagen.

Representación artística: Los pacientes han representado en una cartulina blanca con pintura de dedos lo que cada emoción les sugería. Decidiendo ellos los colores, cantidad de pintura, texturas, tiempo dedicado… Ahora van a hacer una selección y elegirán los más representativos de cada emoción para que podamos tenerlos expuestos.

Psicoeducación: Hemos hablado de percepción y expresión de las emociones en sus formas sanas o alteradas y qué implicación tiene eso en su día a día.

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

Además hemos intentado identificar qué emociones son permitidas o no en casa, con qué emoción vinculan a cada uno de las personas que viven con ellos.

Terapia Ocupacional

Círculo de las emociones: Basándonos en el "Pie of life" de McDowell y Neville, los pacientes han rellenado un círculo en el que han dividido el espacio en 7 sectores, dando más espacio a las emociones que sentían con más intensidad o más cercanas y menos a las que considerasen más ajenas. Además, han puesto palabras clave en cada espacio que vinculan directamente a esa emoción.

Música y emoción: Estamos proponiendo diferentes canciones en las que analizamos la letra y la melodía, explorando que emoción genera en cada uno y proponiendo pensar, también, cuál es la emoción que pretende el autor transmitir.

Expresión corporal

Kinesfera: Con este concepto relacionado con el espacio físico vital que nos rodea y cómo manejamos las distancias con los demás, exploramos que situaciones relacionadas con la proximidad o contacto con el otro generan en ellos las diferentes emociones.

Improvisaciones: Cogiendo una tarjeta en la que se especifica una situación cotidiana y otra en la que estará escrita una de las siete emociones con las que trabajamos, el paciente lo debe representar con su cuerpo y acompañándolo de la palabra para que el resto pueda averiguar qué situación y emoción están en juego. Después analizaremos y propondremos un pequeño debate para saber si esa emoción pudo ser generada por la situación, si hay algún tipo de incompatibilidad entre situaciones y emociones, cómo pudieron identificarlo, qué cambios harían, cómo lo harían ellos o si están habituados a ver a esa persona expresar esa emoción así.

Grupo de familias

Propusimos un día de trabajo intenso sobre mentalización y emociones entre nuestros pacientes y sus familias. Se les pidió que definiesen cada una de las terapias del hospital y qué hacíamos en ellas. Además tuvimos un espacio psicoeducativo en el que explicamos cómo funciona el cerebro adolescente y las emociones, acabando con juegos mentalizadores y una puesta en común de lo vivenciado en la sesión.

CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE TRABAJO FUTURAS

Proponiendo este trabajo hemos sido especialmente conscientes de la necesidad de una coordinación estrecha en la que poder volcar todo el contenido de las sesiones y que pueda ser tenido en cuenta en otros espacios.

A su vez, hemos acercado la emoción a la cotidianidad de los pacientes y son capaces de identificar emociones en actividades diarias donde antes eran incapaces. Además han enriquecido mucho su vocabulario en torno a todo este mundo de las emociones y les permite expresarse de una manera mucho más comprensible.

Por último, estamos acercando la emoción como un proceso global, en el que entienden que hay múltiples aspectos vinculados a la emoción. Desde lo corporal, lo verbal, lo somático, lo visceral… son capaces de concebir la emoción como algo mucho más amplio que una simple palabra.

Por otro lado, queremos profundizar en emociones más complejas y no quedarnos solo en las siete iniciales. Creemos que siguiendo el trabajo que estamos haciendo de profundización en todo este proceso por parte de los pacientes, hace falta incluir más emociones y más situaciones donde puedan ir identificando combinaciones de emociones o la aparición de emociones distintas que no habíamos trabajado hasta ahora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baron-Cohen, S. (2004). *The Essential Difference: Male And Female Brains And The Truth About Autism*. New York: Basic Books

Bleiberg, E. (2013). Metalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2(2), 295-330

Cavieres F. A., & Valdebenito V. M. (2007). Déficit en el reconocimiento de emociones faciales en la esquizofrenia. Implicancias clínicas y neuropsicológicas. *Revista Chilena de NeuroPsiquiatrÍa*, 45 (2), 120–128.

Chodorow, N. J. (1991). *Dance therapy and depth psychology. The moving imagination.* New York: Routledge.

Chodorow, N. J. (2003). *El poder de los sentimientos: La significación personal en el psicoanálisis, el género y la cultura.* Buenos Aires: Paidós Ibérica

Ekman, P. (2007). *Emotions Revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional*

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

life. Londres: Henry Holt and Company

Fernández, P. P., & Olivares, F. P. (2011). Déficit en el reconocimiento de emociones positivas y negativas en pacientes con esquizofrenia: Un paradigma experimental con rostros chilenos. Evidencias en la clínica. *Revista Chilena de NeuroPsiquiatrÍa*, 4 (1), 67–73.

García Badaracco, J. E. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar.* Madrid: Tecnipublicaciones.

Greenberg, L. (2000). *Emociones: Una guía interna.* Bilbao: Desclee de Brouwer.

Inside out. (2015). [film] Pixar, Walt Disney Pictures.

Kielhofner, G. (2002): *Modelo de la ocupación humana: Teoría y aplicación.* Baltimore: Lippincott – Williams and Wilkins.

Lange, S. (2001). *El libro de las emociones*. Madrid: EDAF.

Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S. y David, A. S. (2004). *Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. Psychological Medicine*, 34(05), 911–920.

Rodríguez Sosa, J. T., Acosta Ojeda, M., & Rodríguez Del Rosario, L. (2011). Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría Y Salud Menta*l, 4(1), 28–37.

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

LA COTERAPIA: UNA ADAPTACIÓN TÉCNICA EN PSICOTERAPIAS CON FAMILIAS DE RIESGO*

COTHERAPY: A TECHNICAL ADAPTATION IN PSYCHOTHERAPIES WITH FAMILIES AT RISK

Isabel Laudo**

RESUMEN

Este trabajo contiene la reflexión acerca de la experiencia en coterapia en tratamientos psicoterapéuticos a familias que se caracterizan por la existencia de menores en situación de riesgo emocional grave. El abordaje terapéutico de estas familias requiere de unas adaptaciones en la técnica que permitan la viabilidad y la eficacia de la terapia. Entre todas las variaciones posibles, este trabajo se centra principalmente en la coterapia.

Palabras clave: coterapia, intervención familiar, menores, riesgo grave.

ABSTRACT

This work contains the reflection about the experience in co-therapy in psychotherapeutic treatments in families with children in situation of severe emotional risk. The therapeutic approach to these families requires adaptations in the technique that allow the viability and the effectiveness of the therapy. Among all possible variations, this work focuses mainly on co-therapy.

Key words: co-therapy, family intervention, minors, severe risk.

El motivo de esta comunicación es reflexionar sobre nuestra experiencia en coterapia en tratamientos psicoterapéuticos a familias que se caracterizan por la existencia de menores en situación de riesgo emocional grave. Nuestro Programa lleva casi 10 años de funcionamiento y es una colaboración entre Sant Pere Claver - Fundació Sanitària y los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia del Ayuntamiento de Barcelona (EAIA), con el soporte de la Generalitat de Catalunya. Dicho Programa surgió a iniciativa de algunos profesionales de los EAIA que consideraban que había de diferenciarse el contexto del tratamiento psicológico propiamente dicho, de lo que es su tarea principal: la valoración diagnóstica y la propuesta de medidas técnicas y administrativas que garanticen la protección de los menores. Con la derivación a una Unidad de Psicoterapia se garantizaba que los tratamientos tuvieran un marco terapéutico específico.

Nuestra intervención terapéutica consiste en psicoterapias de familia de orientación psicoanalítica, de frecuencia semanal o quincenal.

Desde el principio vimos la necesidad de adaptar nuestra técnica a las particulares características de estas

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

** Psicóloga clínica. Psicoterapeuta. Psicoanalista. Sant Pere Claver Fundació Sanitària. E-mail: islaudo@gmail.com

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

familias, la más determinante de ellas es la intervención de la Administración de una u otra forma (tutela o guarda de los menores, compromiso socioeducativo con los padres, etc.).

Se trata de familias multiproblemáticas, que presentan negligencia en el cuidado de los menores y déficits graves en el ejercicio de las funciones parentales. Sería demasiado extenso describir las situaciones traumatizantes, creadoras de conflictiva emocional, que podemos encontrar en estos casos. A modo de ejemplo, en muchas de estas familias existen niños o adolescentes presionados a ser adultos debido a los aspectos carenciales de sus padres, o a la patología mental de éstos. Otros grupos familiares presentan crisis coyunturales que comprometen la atención a los hijos; por ejemplo, cambios por problemas de salud, económicos, duelos, situaciones de separación prolongada entre unos y otros, etc.; son situaciones que aun siendo transitorias desorganizan a la familia y la colocan en dificultades que no siempre son capaces de superar. Asimismo, hay familias en las que existe un maltrato psicológico, a veces incluso físico, generado casi siempre por una problemática transgeneracional. En algunos casos no existe este componente de desestructuración social, pero sí una notable patología del vínculo; o bien proyecciones excesivas y deformantes de los padres sobre los hijos. Consideramos especialmente necesaria la intervención en menores o jóvenes embarazadas, o con su bebé, en lo que se prevé será una crianza de riesgo para el bebé, para la propia madre o para el establecimiento de un vínculo entre ambos.

El abordaje terapéutico de estas familias requiere de unas adaptaciones en la técnica que permitan la viabilidad y la eficacia de la terapia. Nuestro primer objetivo es que puedan establecer un vínculo suficiente con los terapeutas que haga posible el tratamiento, puesto que la fragilidad, una tolerancia extremadamente precaria a la ansiedad, la fragmentación y las dificultades de vinculación, son características de la mayoría de estos grupos familiares. En este primer momento hemos considerado necesario "acompañar" la derivación y llegada a nuestro Servicio, en estrecha colaboración con los profesionales del EAIA, a modo de "yo auxiliar" o mejor, de "red auxiliar", que se mantendrá a lo largo del tratamiento en el marco de un trabajo interdisciplinar.

En este tipo de tratamientos tenemos que aceptar que el setting externo sea flexible, tanto en relación a la asistencia a las sesiones como a los miembros de la familia que acuden a las mismas. El setting permite una noción de frontera cuando la familia carece de ella y ejerce una función vincular frente a la discontinuidad de la misma, pero en muchas ocasiones confronta a la familia con uno de sus síntomas más frecuentes: la dificultad de estar juntos en comunicación.

Pero en esta comunicación vamos a centrarnos en una variable técnica dirigida a facilitar el trabajo terapéutico: la coterapia.

Al inicio de nuestro Programa contemplamos la coterapia como un elemento favorecedor de la creación de una cultura asistencial compartida entre los miembros de todo el equipo, lo cual nos permitió tejer entre nosotros una forma de escuchar y comprender a las familias, así como una forma de intervenir. Al ir elaborando una metodología asistencial, detectamos unas situaciones en las que, a nuestro entender, la coterapia resulta imprescindible:

1. El número de miembros que compone el grupo familiar es elevado.
2. Cuando coinciden varios miembros de la familia con diferentes estilos y formas de comunicación, por ejemplo, dibujo, juego, movimiento, comunicación verbal, etc.
3. Ante la presencia de dos o más niños en etapa preverbal, en la que el movimiento y el juego tienen una función relacional importante.
4. En aquellos tratamientos en los que se prevé la presencia de identificaciones proyectivas masivas sobre los menores, generándose dentro de la sesión un despliegue de angustia que puede abocar a actuaciones que dificultan el pensamiento y que son difíciles de contener por parte del terapeuta. El sufrimiento adicional que experimenta éste con estilos de comunicación tan proyectivos puede ser matizado a través del trabajo compartido dentro de la propia sesión. Es decir, pensamos en la coterapia cuando se prevé sufrimiento en el terapeuta.

Hay que tener en cuenta que aparte de la proyección de la hostilidad, no es excepcional tener que contener episodios de violencia manifiesta, llegando en ocasiones a la necesidad de poner límites explícitos para proteger

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

el setting terapéutico. Entendemos que cuando existe miedo al descontrol de la agresividad, la familia necesita confiar en la fortaleza de los terapeutas, que resultará más fácil siendo dos. Esta experiencia a dos favorece que un terapeuta pueda interpretar con el sentimiento de ser comprendido y contenido por el otro, aun a sabiendas de que no necesariamente están entendiendo lo mismo en un momento dado. Por lo general el trabajo a dos supone cierta delegación mutua, ambos terapeutas confían en que lo que uno no pueda entender lo entenderá el otro y esto produce una sensación de sentirse acompañado, que facilita enormemente el trabajo en la sesión. En este tipo de familias con déficits graves en el ejercicio de una parentalidad adecuada, es importante poder ofrecer un modelo de pareja de terapeutas que asume funciones de pensamiento y contención para atender las funciones parentales dañadas. Una pareja que dialoga, que afronta los conflictos y no los evita.

La coterapia añade un nuevo elemento al tratamiento: la intertransferencia entre los dos terapeutas, entendida como un estado de la realidad psíquica de los terapeutas influido por sus vínculos y por la situación grupal del momento. No puede ser entendida ni tratada como un fenómeno independiente de los procesos transferenciales y contratransferenciales que se dan en la sesión. La relación entre los terapeutas va más allá de la que se da entre profesionales, puesto que queda teñida por la transferencia de los distintos miembros de la familia que, en ocasiones, es diferente para cada terapeuta.

También hay que tener en cuenta el tipo de relación que tienen los terapeutas entre sí, de jerarquía, rivalidad, confianza, etc.

El trabajo en coterapia permite que la contratransferencia pueda hacerse más consciente ya que puede verbalizarse en un espacio compartido después de la sesión, lo cual ayuda a su elaboración, disminuyendo los riesgos de colusión con la familia, o de contra actuación por parte de los terapeutas.

Para finalizar diremos que se desaconseja coterapia cuando predominan las ansiedades paranoides pues la familia puede sentirse muy controlada, incluso perseguida, frente a dos terapeutas. A veces tampoco es oportuna en familias con una organización narcisista ya que la presencia de dos terapeutas puede provocar ataques envidiosos inconscientes, que lleven a un impasse o a una interrupción del tratamiento por “huida hacia la salud”.

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

GRUPO PARALELO DE PADRES Y NIÑOS CON SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD*

PARALLEL GROUP OF PARENTS AND CHILDREN WITH SYMPTOMS OF HYPERACTIVITY

Cristina Catalina Fernández, José Luis Quintana Velasco, Mónica Avellón Calvo y Ana Elúa Samaniego**

RESUMEN

En este trabajo se describe una intervención grupal paralela con niños con síntomas de hiperactividad y sus padres. A través de este trabajo se trató de implicar a las familias en la evolución de sus hijos, a la vez que se les ofrecía un espacio de apoyo, aprendizaje y reflexión. La experiencia del trabajo conjunto resultó muy enriquecedora para todos.

Palabras clave: hiperactividad, función parental, terapia grupal.

ABSTRACT

In this paper we describe a parallel group intervention with children with symptoms of hyperactivity and their parents. Through this work we tried to involve the families in the evolution of their children, while offering them a space of support, learning and reflection. The experience of working together was very enriching for everyone.

Key words: hyperactivity, parental function, group therapy.

INTRODUCCIÓN

En este artículo vamos a exponer cómo se realizó una terapia de grupo de forma paralela para hijos y padres. La característica común que agrupaba a los niños era que tuvieran entre 3 y 6 años, y síntomas de hiperactividad. Los niños acudían al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del área oeste de Valladolid, perteneciente al Hospital Universitario Río Hortega. Desde el centro de salud se creía conveniente y necesario trabajar de manera paralela con los niños y con los padres, por lo que el grupo de padres vino a dar respuesta a la necesidad de intervenir directamente con ellos y trabajar sus dificultades. De esta forma, el trabajo de intervención de forma individual se interrumpió mientras se desarrollaba la terapia grupal. A los padres se les ofrecía la posibilidad de poder trabajar junto con otros padres en un formato grupal.

Los grupos paralelos de niños y padres no son algo nuevo, aunque ciertamente no están muy extendidos. Así que nos disponíamos a crear una experiencia que pudiera ayudar a niños que presentaban síntomas de hiperactividad con el objetivo de que estos síntomas no se perpetuasen, y a los padres de estos niños para que pudieran aprender junto a otros padres a entender qué le

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

** Psicólogos clínicos Centro de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Universitario Río Hortega. E-mail: monicavellon@hotmail.com

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

estaba ocurriendo a su hijo y fueran capaces de manejar las situaciones difíciles de la mejor forma posible. En este sentido, los grupos de apoyo constituyen un recurso muy valioso donde los padres de familia además de recabar información sobre los procesos evolutivos normales de sus hijos, se convierten en espacios de identificación, respiro, apoyo y reciprocidad. Destacamos los siguientes beneficios de pertenecer a un grupo de apoyo (Domenech, 2008):

a) Apoyo de información y material. Los grupos de apoyo son coordinados por los profesionales de salud mental que facilitan las reuniones con los miembros del grupo. La riqueza del enfoque grupal terapéutico reside en el intercambio de experiencias entre los participantes entorno a una temática propuesta por el facilitador.
b) A la luz de la experiencia, los grupos de apoyo más cohesionados pasan del qué hacer al cómo hacer, aumentando considerablemente la percepción que tienen los propios miembros de las competencias y herramientas de las que disponen para comprender y hacer frente a las conductas y actitudes disruptivas que realizan sus hijos.
c) Red social. El grupo es una red positiva producto de las interacciones de sus miembros, las cuales en ocasiones pueden llegan a extenderse fuera de él para participar en actividades como congresos, formar asociaciones, voluntariado, grupos informales etc.
d) Apoyo emocional. En muchos de los casos el apoyo emocional da sentido de pertenencia a los miembros de los grupos, al sentirse acompañados y entendidos. Sentirse protegidos y cobijados por el resto de miembros del grupo y los propios terapeutas en momentos de angustia, ansiedad o depresión satisface a los participantes.
e) Aprendizaje / formación. Recibir información, orientación, estrategias de los miembros del grupo y de los terapeutas aumenta la seguridad y confianza con la que abordan los conflictos y situaciones de complicado manejo de la vida cotidiana.

Respiro. Los momentos de reunión son una pausa en el camino, tomar aire para continuar. Los miembros sienten alivio y motivación.

f) Refuerzo. El grupo refuerza ideas, promueve nuevos hábitos, cuestiona decisiones, evita que sus miembros se sientan aislados.
g) Reciprocidad de Ayuda. En los grupos de apoyo no solo se satisfacen necesidades individuales, también se comparten experiencias vitales por lo que las necesidades se vuelven grupales, propiciando la reciprocidad entre los miembros.
i) Espacio de identificación. En el grupo se habla el mismo lenguaje entorno a situaciones similares, es un espacio de expresión libre, sin censura donde los miembros participan y se identifican.

Según A. Lasa (2008) el comportamiento desordenado genera rápidos conflictos desde la entrada del niño en ambientes colectivos. Una vez en ellos, a partir de los 4-5 años, la sintomatología se va asemejando a la descrita en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el que los síntomas fundamentales son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. El déficit de atención se observaría en que el niño se distrae fácilmente, tiene dificultades para concentrarse en una tarea y para finalizarla las actividades. La hiperactividad se entiende como un movimiento constante sin objetivo concreto en el que el niño tiende a tocar y manipular todos los objetos sin una actividad organizada. La impulsividad se describe como una interrupción brusca en la actividad del niño y la de los demás. Para Lasa, desde la perspectiva de la evolución del comportamiento hiperactivo, una intervención precoz, anterior a los 4-5 años, podría tener un valor preventivo porque evitaría la distorsión progresiva de las relaciones familiares y escolares. Además, para el mismo autor, desde una perspectiva global del desarrollo que entiende la organización motora, cognitiva y afectiva como un todo interrelacionado, la intervención terapéutica en estos momentos sería clave para la evolución de la personalidad y para la función estructurante, o desestructurante, de las relaciones familiares. De esta forma, nuestro equipo entendía que antes de los 6 años resultaba fundamental realizar este trabajo preventivo en niños que ya presentaban sintomatología concordante con el tan temido diagnóstico.

Admitiendo la importancia de los factores biológicos en el inicio y evolución del TDAH y otros trastornos relacionados, nos hemos querido centrar en el modelo psicopatológico en el que se sitúan las teorías psicoanalíticas, desde el que se conceptualiza el TDAH como un síndrome o agrupación de síntomas, y que varios de esos síntomas como la hiperactividad pueden ser característicos de diferentes cuadros clínicos. Berger (2001) señala tres líneas en las actuales teorías acerca de la hiperactividad:

1. La primera de ellas considera a la hiperkinesia como una defensa maníaca. Esta teoría propuesta por Diatkine y Denis en 1986 plantea la existencia

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

de un fondo de depresión importante. En la hiperactividad la problemática se sitúa en su vinculación con el entorno más primario, con los primeros objetos.

2. La segunda es teorizada como un fallo en el nivel de la envoltura corporal. El propio Berger (1985) emite esta hipótesis: "El cuerpo considerado como una envoltura puede constituir un yugo del que se debe salir mediante una irrupción, la irrupción que representa la hiperactividad; o, por el contrario, la envoltura falta, los límites son imprecisos y se los busca entonces en el mundo exterior y en el otro, lo que el propio cuerpo no posee. La actividad sirve de "sentido", de "vivencia", de "frontera". Berger resalta la importancia que tiene la permanente mirada de la madre para algunos niños hiperactivos.
3. La tercera línea es considerarla como un trastorno psicosomático, teoría que, además de encontrárnosla con frecuencia, es histórica en el desarrollo de la descripción de la hiperactividad, que surge en determinados niños como "un pensamiento operatorio con pocos afectos operantes" y "una carencia importante en su capacidad de fantasear". Esta clase de niños expresará sus tensiones internas agitándose.

Muchos autores destacan el papel fundamental de las primeras relaciones, y las consecuencias que los fallos en dichas relaciones pueden acarrear (Avellón, 2013):

- Dificultades de autocontención y autotranquilización.
- Fragilidad en el equilibrio narcisista y dificultades en la constitución del narcisismo.
- Déficit de mentalización.

Por tanto, nos pareció esencial integrar a los padres dentro del tratamiento de sus hijos y proporcionales de esta manera un papel protagonista que propiciase una mayor implicación por su parte en el proceso evolutivo y de mejoría de los niños, desmarcando de esa manera su habitual rol pasivo, prácticamente como un espectador que se mantiene a la espera de que cambie algo sin asumir ninguna responsabilidad sobre el proceso iniciado. Asimismo, la angustia y el desbordamiento son habituales en los padres de niños hiperactivos. El continuo movimiento de sus hijos, el frecuente quebrantamiento de las normas y las continuas quejas del colegio hacen que se sientan agotados a la par que frustrados como padres. Sin olvidar, que pudiera haber pautas de relación alteradas en la familia y el síntoma fuera una manera de evidenciar esta relación. Con frecuencia las intervenciones en las que se engloban a los padres de los niños con sintomatología de TDAH están centradas casi exclusivamente en técnicas psicoeducativas y aprendizaje de herramientas de manejo conductual y descuidan en gran medida el abordaje de la dimensión afectiva. Por ello, nos planteamos ofrecer información a los padres para reducir su inseguridad y sentimientos de culpabilidad, facilitarles estrategias para disminuir el nivel del estrés que les pueden provocar el comportamientos de sus hijos, enseñarles a identificar y valorar los progresos, asesorarles para potenciar las habilidades de comunicación y solución de problemas, ayudarles a promover una distribución clara de las responsabilidades y roles, y en último término alentarles para construir un estilo educativo asertivo, no coercitivo ni sobreprotector. Un aspecto fundamental es mejorar los sentimientos que tienen los padres sobre sí mismos y sobre sus hijos, ya que de esta manera se contribuye a reducir la tensión psicológica y emocional, favoreciendo la comunicación con sus hijos (Miranda, A. y cols 2008).

Al fin y al cabo, lo que se ofreció fue un espacio de diálogo y reflexión conjunta para que todos los padres pudieran comunicar sus dificultades a partir de una temática de interés común.

Pretendíamos que a partir del trabajo en grupo se formase una experiencia compartida entre los padres que provocaría los cambios deseados, es decir un mejor manejo por parte de los padres y un cambio de actitud hacia sus hijos.

METODOLOGÍA.

Los padres acudían a la terapia de grupo los martes por la tarde en sesiones de dos horas de forma quincenal y los niños asistían los miércoles por la mañana en sesiones de una hora de duración, con la misma periodicidad. La terapia de grupo de padres fue dirigida por dos terapeutas de diferente sexo, ambos residentes de Psicología Clínica. El grupo de niños inicialmente fue dirigido por una psicóloga clínica y posteriormente obtuvo apoyo de uno de los residentes de Psicología Clínica que dirigía el grupo de padres. Así, en ambos grupos había dos terapeutas de ambos sexos.

La terapia de grupo se planteó como un grupo cerrado con una selección previa de los participantes. Los niños que acudían al grupo debían tener entre 3 y 6 años y poseer rasgos de tipo hiperactivo. Como podréis observar más adelante, uno de los participantes tenía 7 años y se le

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

incluyó en el grupo por considerar que se podía beneficiar del tratamiento. La periodicidad del grupo fue quincenal a lo largo de 5 meses (8 sesiones). El grupo de padres fue semiestructurado y no directivo, ya que se proponía un tema por sesión, (las temáticas fueron consensuadas con los padres en la primera sesión) los terapeutas aportaban información sobre dicho tema y posteriormente los padres libremente compartían sus experiencias y dudas para a continuación, buscar posibles soluciones a las dificultades expuestas de manera conjunta. El grupo de niños era también semiestructurado y se utilizaba el juego y la expresión artística como medio de favorecer la simbolización y la resolución de conflictos intrapsiquicos.

Temas trabajados en el grupo de padres:

- ¿Cómo aplicar las técnicas de refuerzo y castigo?
- Autonomía y separación.
- Tolerancia a la frustración.
- Comprensión emocional de las conductas del niño.
- Las relaciones sociales
- Las rabietas.

PROCEDIMIENTO

3.1. Grupo de padres

Entrevista previa

Una vez realizadas las derivaciones por parte del equipo de salud mental infanto-juvenil, los padres acudían a una entrevista previa al grupo con un doble objetivo, conocer a los terapeutas y verificar que la indicación por parte de su terapeuta de referencia era acertada mediante la obtención de información. De esta forma, los padres se sentirían más seguros el primer día que acudieran a la terapia grupal y los terapeutas entraban en el mundo de los padres con un mayor conocimiento de lo que estaba sucediendo en la familia.

Esta entrevista se realizaba en la misma ubicación donde se realizaría el grupo y era llevaba a cabo por los dos terapeutas que dirigirían el grupo.

Tras una breve presentación por partes de los terapeutas, se les explicaba la finalidad del grupo y se recopilaba cierta información:

Cuestionario:

- Datos del niño: nombre, fecha de nacimiento, edad, colegio y curso escolar.
- Datos del padre: nombre, edad, profesión, nivel de estudios y teléfono.
- Datos de la madre: nombre, edad, profesión, nivel de estudios y teléfono.
- Años de matrimonio.
- Situación económica: elevada/suficiente/insuficiente.
- Hermanos.
- Fecha de la primera consulta en salud mental.
- Motivo de las dificultades de su hijo.
- Fuentes de ayuda. Apoyos.
- Impresión sobre los padres.
- Sugerencias de los padres.

Sesiones grupales

PRIMERA SESIÓN. Presentación. Octubre 2014.

Tras una breve presentación de los terapeutas, se pide a los participantes que se presenten ellos mismos y a su familia. Cuando comienzan las presentaciones únicamente dan a conocer al hijo objeto de atención en salud mental por el que acuden al grupo. Relatan de la misma manera todos y cada uno de ellos el nombre del niño y los problemas que han motivado que acude al psicólogo o al psiquiatra. De esta forma, se observa cómo desde el primer momento hacen mucho hincapié en los problemas de sus hijos: “Mi niño es muy pegón y no

Niño	Sexo	Edad	Madre	Padre	Terapeuta de derivación	Diagnóstico	Situación económica familiar
1	Varón	4 años	Acude al grupo	Desaparecido	Psicóloga	Rasgos TDAH	Suficiente.
2	Mujer	5 años	Acude al grupo. 41 años. Jubilada.	Acude al grupo. 45 años. Camarero.	Psiquiatra.	Rasgos TDAH. Retraso mental.	Suficiente.
3	Varón	4 años	Acude al grupo. 47 años. Profesora.	Acude al grupo. 49 años. Profesor.	Psiquiatra.	Rasgos TDAH. Oposicionismo, agresividad.	Suficiente.
4	Varón	6 años	Acude al grupo. 41 años. Banca.	Acude al grupo. 46 años. Banca.	Psiquiatra.	Rasgos TDAH y T. Asperger	Suficiente.
5	Varón	7 años	Acude al grupo.	Acude el padrastro en lugar del padre.	Psicóloga	Rasgos TDAH. Conflicto de la separación de sus padres.	Suficiente.

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

puedo permitírselo", "Mi hijo nos está dando bastantes problemas, sobre todo en el aula" (los padres de este niño eran profesores) "Mi hija no está diagnosticada de TDAH porque es muy pequeña, pero lo tiene", "Mi hijo es un destructor nato". Parece clara la idea general en la que los padres se presentan a través de sus hijos sin ser capaz de hacer una concesión explícita sobre ellos mismos. De esta forma, el primer desafío que se nos plantea es trabajar con un grupo de padres que han acudido con una demanda centrada en sus hijos.

Cuando los padres terminan las presentaciones, los terapeutas les señalan que ellos no se han presentado, ni como individuos ni como padres. Un padre acierta a contestar que los profesionales nunca les preguntan cómo se sienten ellos, qué consecuencias y repercusiones les produce en su vida cotidiana,… El resto de padres coinciden con esa declaración y se muestran satisfechos con la respuesta general. En este momento los terapeutas aprovechan para introducir a los padres en el marco terapéutico y les identifican como los principales agentes de cambio.

Tras este primer contacto inicial, los terapeutas explican las normas generales de la terapia grupal: confidencialidad, puntualidad, respetar el turno de palabra…

SEGUNDA SESIÓN. ¿Cómo aplicar las técnicas de refuerzo y castigo? Noviembre 2014.

Los terapeutas entran a la sala donde está convocado el grupo cuando todos los padres ya están sentados en la sala. Han sido puntuales y ya tienen su lugar. Un espacio conocido y destinado a hablar sobre lo que les preocupa. Nada más comenzar, una madre consulta qué es lo que debe hacer cuando su hija se pone agresiva. En esta ocasión ha mordido a su marido. Esto lleva a introducir una idea fundamental en el grupo. La idea de no centrarnos en los comportamientos como tal, sino la motivación u objeto de esos comportamientos. Además, se trata de desterrar la noción de terapeuta como experto conocedor de todas las soluciones a sus problemas con que tan solo se enumeren. Asimismo se transmite la idea de que ellos como padres y como grupo tienen que percibir que cosas que les ayudan y cuáles no les funcionan para resolver las dificultades diarias que surgen con sus hijos. De esta forma, se ancla la idea de que el grupo y su saber están en los participantes.

A continuación, se inicia el diálogo sobre el tema del refuerzo positivo, de las conductas favorables que realizan sus hijos y deben ser reconocidas como tal por sus padres. Además, se trata de buscar como grupo qué refuerzos positivos funcionan. Existe un acuerdo general en que el cariño y la atención es el refuerzo más potente a utilizar. No obstante, la conversación de los padres va tomando un rumbo muy diferente, centrándose nuevamente en las malas conductas de sus hijos y se cuestionan sobre cómo penalizarlas para evitar que se repitan en el futuro. Se da un giro al asunto anterior y buscamos alternativas de diferente corte al castigo positivo para hacer cuando un niño "se porta mal". Las conclusiones que se extraen son las siguientes: se debe explicar al niño qué comportamiento ha sido desajustado, concretando la acción y preguntando por el motivo, reconocen la idea de "estar presente" en el día a día del niño y ayudar a su hijo, ya que muchas veces realizan un mal acto por no poder expresar verbalmente su enfado, ira, frustración, tristeza…

TERCERA SESIÓN. Autonomía y separación. Noviembre 2014

La cohesión grupal se observa de forma clara. En el momento en que los terapeutas entran en el grupo los participantes se encuentran hablando distendidamente entre ellos.

El inicio del grupo suele dirigirse por los terapeutas, realizando una breve aportación teórica del tema. En este caso, hablamos de la autonomía y la separación. Muchas conductas de hiperactividad responden a una necesidad del niño de sentirse visible frente a sus padres. Niños que necesitan sentirse en movimiento para ser objeto de atención. Por esto, nos parece una de las sesiones fundamentales a trabajar en el grupo.

Resalta una idea: la idea de la espera. Esperar a que los hijos demanden hacer algo fuera del ámbito materno o paterno. Reconocen que ese será el momento idóneo para permitir la separación.

En general, son padres con muchas dificultades de separación porque los niños tienen conductas disruptivas que hacen que el progenitor esté continuamente pendiente del pequeño. Los padres actúan rápidamente para detener estas conductas o que no lleguen a producirse, no dejando que el menor se autorregule y aprenda de forma autónoma. Un padre acierta a decir que la hiperactividad de su hijo deriva de la sobreprotección materna. Al estar "tan encima", como asegura, el niño no encuentra un espacio individual donde crecer.

En esta sesión observamos cómo los padres proyectan su angustia en sus hijos. Como describieron Manzano, Palacio-Espasa y Zhilka (2002) en su libro "los escenarios narcisistas de la parentalidad" las fantasías y los temores de los padres hacia sus hijos, determinan las

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

proyecciones que los padres realizan y terminan siendo comportamientos visibles en sus hijos, confirmando los temores parentales que ya se anunciaban.

Debido a la cohesión grupal ya establecida, el grupo se permite hacer ciertas concesiones sobre los beneficios que le está aportando. Un padre afirma: "El grupo me sirve para expresar mi malestar y ver que no soy el único que me ocurren estas cosas. Venía para ayudar a mi hijo y me estáis ayudando a mí".

Las conclusiones de esta sesión fueron las siguientes:

- Proporcionar al niño una base segura para que pueda explorar tranquilamente. No desaparecer sin avisar.
- Guiarnos por los deseos de separación de nuestros hijos.
- La separación deberá ser paulatina, paso a paso.
- Dialogar con el hijo sobre esta cuestión.
- Ser flexibles. Los niños evolucionan con avances y retrocesos. Es importante tener en cuenta esto para no presionar en exceso.

CUARTA SESIÓN. Tolerancia a la frustración. Diciembre 2014.

La sesión vuelve a comenzar con una queja. Los padres vuelven a manifestar los comportamientos negativos de sus hijos. Su atención sigue focalizada única y exclusivamente en lo que hacen los niños. Ellos continúan sin entrar en el juego. No aparece ni un ápice de responsabilidad. Los terapeutas aprovechamos para explicarles qué es la frustración y poner ejemplos de frustraciones, los niños como niños y los padres como padres. Para muchos autores, las manifestaciones del TDAH se encuentran inicialmente en una baja capacidad para tolerar la frustración, por lo que nos parecía fundamental trabajar este apartado. El hecho de permitir a los padres que puedan poner en palabras este fenómeno provoca calma en el grupo, así que se lanza la idea de cuán importante es realizar ese cometido con sus propios hijos. Además, de ser capaces de aceptar y validar la emoción de enfado.

En esta sesión surge una clara escisión hombres vs. mujeres. Una madre se queja de que su marido no tolera a su hijo. Aunque un sector intenta desculpabilizarlo, la madre continúa explicando cómo su marido está sobrepasado por la situación y tanto ella como su hijo tienen miedo a que se vaya de casa. El sector maternal aprovecha para posicionarse y ejemplificar casos en que sus maridos no actúan adecuadamente con sus hijos: "Tú también te pones muy nervioso con el niño y deberías hablarle más tranquilamente". El papel del hombre y de la mujer ha sido diferente hasta hace relativamente poco tiempo en el cuidado de los hijos. La madre se dedicaba al cuidado del hogar, en el que la tarea de ser madre era fundamental, y el padre trabajaba fuera de casa para alimentar a su familia. Aunque estos roles se hayan difuminado en la época actual, todavía nos encontramos cómo en las consultas de salud mental, la madre es habitual que sea la que más preocupada acude a consulta, más observa la conducta del niño, y por lo tanto transmite con mayor detalle qué le ocurre a su hijo. Parece que este ha sido uno de los motivos de la escisión padre/madre de esta sesión. La madre se sentiría de alguna manera más implicada afectivamente y esto haría que en esa unión a dos, un tercero que en un determinado momento no apoya algún comportamiento, alguna opinión o hace una actuación contraria, sea visto como un enemigo temporalmente. En este momento había una unión madres-hijos en la que los padres estaban excluidos. Por lo que el trabajo en grupo fue ser capaces de comprender lo que estaba pasando y poder volver a integrar la figura paterna, tan necesaria, dentro de la unidad familiar.

QUINTA SESIÓN. Comprensión emocional de las conductas del niño. Enero 2015.

Acaba de terminar la época navideña. Los niños no han tenido clase y han estado más tiempo en casa. Además, los encuentros familiares en los días señalados hacen que sus hijos se ven más expuestos al señalamiento de sus familiares. En muchas ocasiones, esto angustia mucho a los padres ya que los familiares les reprochan no saber educar a sus hijos correctamente: "Esto lo haces porque le tienes malcriado", "Un azote a tiempo nos hubiera ahorrado estos disgustos", "Se encapricha con cualquier cosa y no debes permitírselo"… Por este motivo, parece oportuno preguntar por cómo han ido las fiestas. En general, se percibe a los padres más seguros de sí mismos que al inicio del grupo. Se sienten más competentes para educar a sus hijos y les importa menos lo que opinen sus familiares y amigos, lo cual les confiere la seguridad fundamental que necesitaban.

A continuación, se introduce el tema de la sesión: comprensión emocional de las conductas del niño. ¿Qué hay detrás de las conductas de sus hijos?, ¿por qué sus hijos hacen lo que hacen? Se explica que esta es una de las sesiones fundamentales del grupo. Entender por qué sus hijos realizan esa conducta y no otra será el paso fundamental para comprender la función que desempeña el síntoma de hiperactividad y origen del malestar en sus hijos.

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

SEXTA SESIÓN. Las relaciones sociales. Enero 2015.

Además de trabajar las relaciones sociales, el único tema que eligieron los padres como grupo, nos parecía vital que ellos hablasen de su propia infancia y se pudiera trabajar cómo se construyeron ellos como adultos autónomos. De esta forma, cada padre fue narrando su propia historia. Como os podéis imaginar, la línea directriz era: "Soy igual que mi hijo" o "Soy diametralmente opuesto a mi hijo". Este tipo de trabajo sirvió especialmente para hablar sobre el tipo de proyecciones que mandaban a sus hijos.

Respecto a las relaciones sociales, como hemos dicho, era el tema que más inquietaba a los padres. El hecho de que los demás niños rechazasen a sus hijos por su comportamiento les angustiaba enormemente. Hablar sobre ello, pensar el motivo por el que ocurría y tratar de buscar alternativas parece que fue de gran ayuda.

SÉPTIMA SESIÓN. Las rabietas. Febrero 2015.

Esta sesión comienza con una angustia: miedo a la terminación del grupo. Nos encontramos ante la penúltima sesión y los participantes hablan entre ellos sobre este asunto. En este momento sienten que la contención del grupo les ha sido de gran ayuda y creen que su finalización les dejará más vulnerables ante las futuras dificultades familiares. No quieren que le grupo termine y solicitan que se realice un nuevo grupo.

Esta sesión trata sobre las rabietas, y como en ocasiones anteriores los terapeutas comienzan haciendo una breve revisión de qué son las rabietas y el motivo general por el que se producen. Ahora todo está relacionado, los participantes comprenden en mayor medida la necesidad de independencia y autonomía en el menor. Tratan de poner en palabras cómo este conflicto emocional al que se enfrentan sus hijos con la rabieta y que nunca habían entendido causaba incomprensión, sentimientos negativos y enfrentamientos.

OCTAVA SESIÓN. Cierre del grupo.

El grupo ha llegado a su fin. Es la última sesión. Los participantes lo saben muy bien. Este día predominan las emociones encontradas. Por un lado, se sienten satisfechos del trabajo elaborado y por otro lado, temen que al no poder compartir con el grupo sus dificultades provoque nuevamente la sensación de incapacidad que tenían al principio de las sesiones. Se trabaja sobre ello y se les devuelve la responsabilidad y las herramientas que han ido aprendiendo a lo largo del grupo.

La despedida es cálida. Es claro el lazo afectivo que se ha establecido entre los participantes, y de los participantes con los terapeutas. Los padres se sienten muy agradecidos y así nos lo hacen saber. Incluso les gustaría repetir la experiencia como referían en la sesión anterior. Parece claro, que el grupo ha dado sus frutos y ha aportado a la armonía familiar una experiencia de ayuda.

CONCLUSIONES

En salud mental infanto-juvenil hay que trabajar de forma conjunta con padres e hijos. La necesidad de contener al mismo tiempo la angustia de los padres y de los hijos nos parece fundamental. En el caso del grupo de padre, el desbordamiento emocional que arrastraban era algo generalizado en el grupo. La escuela, la familia extensa, "los amigos del parque"…emitían continuas quejas sobre sus hijos. De esta forma, en el grupo los padres se liberaban de tal carga y buscaban herramientas que les permitiera tolerar mejor dichos comportamientos.

Desde la primera sesión quedó patente como a los padres les resultaba fácil hablar de las conductas de sus hijos, lo mal que se portaban…pero eran incapaces de poner en palabras quién eran ellos realmente y que angustia les despertaba el que su hijo se comportase de esa manera. Por eso, nos parece que uno de los papeles fundamentales del terapeuta fue que los padres pudieran reflexionar acerca de qué aspectos de ellos mismos estaban depositando en sus hijos. En uno de los casos, era claro cómo el padre proyectaba en su hijo un aspecto temido de él mismo y esto provocaba el rechazo total del niño. En este caso, la ansiedad del padre era muy intensa. El grupo fue capaz de señalarle este aspecto, el padre finalmente percibió que esto estaba ocurriendo realmente y pudo ir remediando este tipo de situaciones.

La mayoría de los padres venían con la idea de buscar pautas concretas que les dijeran cómo deben actuar en cada momento. Nos costó mucho trabajo el hecho de que aceptaran la idea de que lo importante era tratar de averiguar qué le estaba pasando a su hijo en ese momento y a partir de ahí tratar de poner una solución lo más individualizada y adecuada. Por supuesto que también debimos recoger las demandas en forma de las famosas "pautas de actuación con sus hijos", aclarando en todo momento que hay una serie de principios básicos generalistas que suelen funcionar bien pero que no son universales.

Eran padres que ya iban al grupo con la "profecía autocumplida" de que su hijo terminaría diagnosticado

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

de TDAH. Por lo que resultó fundamental el trabajo en prevención. Este hecho no tenía por qué ocurrir. Se lanzaba la idea de que sus hijos sí tenían dificultades, pero que estas dificultades se podían solucionar.

En todos los niños encontramos un motivo que respondía a los síntomas de hiperactividad. La ausencia de la función paterna, un fuerte oposicionismo al adulto… son algunos de los ejemplos.

Pendamos que un aspecto clave fue el hecho de que hubiese un terapeuta hombre y una terapeuta mujer en el grupo. Los terapeutas muestran un modelo de pareja, un funcionamiento adecuado de roles y la posibilidad de que los pacientes puedan identificarse. Este aspecto fue clave cuando surgió el conflicto entre las parejas. El hecho de que la pareja de terapeutas continuase unido en su planteamiento ante el problema hizo que las parejas del grupo fueran capaces de identificarse y solucionar el conflicto.

Al ser un grupo paralelo de niños y padre la comunicación entre los profesionales nos parecía fundamental. Nos ayudó mucho que uno de los terapeutas acudiera al grupo de padres y al grupo de niños. Era enriquecedor en cuanto a intercambio de información y reflexión sobre los acontecimientos del grupo. La coordinación de esta forma fue de forma continuada, lo cual ayudaba en gran medida a los profesionales a dirigir el grupo de forma más eficaz.

Consideramos que una de las claves para que el proceso grupal fuese fluido y se lograran los objetivos propuestos fue la cohesión entre los miembros. Como hemos ido exponiendo en las sesiones grupales, los participantes poco a poco fueron conociéndose, comprometiéndose y creando un vínculo entre ellos que les permitía sentirse seguros y respetados. Así, expresaban libremente qué acontecimientos les ocurrían, qué pensaban y cómo se sentían respecto a estas situaciones. Paso fundamental para poder cambiar ciertas cosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avellón, M. (2013). Psicoanálisis y TDAH: el origen de la hiperactividad y los problemas de atención en las vivencias primeras. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 56, 17-24.

Berger, M. et al. (1999). *El niño hiperactivo con problemas de atención*. España: Síntesis.

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

Lasa, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 31/32, 5-81.

Manzano, J., Palacio, F & Zilkha, N. (1999). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao: Altxa.

Miranda, A; Amado, L & Jarque, S. (2001). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljive.

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

ENTRE LO INTERNO Y LO EXTERNO: UNA EXPERIENCIA DE JUEGO GRUPAL PARA LA CREATIVIDAD COMPARTIDA*

BETWEEN THE INTERNAL AND THE EXTERNAL: AN EXPERIENCE OF GROUP GAME FOR SHARED CREATIVITY

Odei Iriondo Villaverde**, Carolina Pastor Jordà***, Angélica Esteban Arroyo**** y Ángeles Castro Masó****

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo, es compartir una experiencia terapéutica al hilo de unas jornadas articuladas en torno a las diferentes aplicaciones de la técnica en psicoterapia, en este caso el binomio resultante de unir la técnica del juego y el encuadre grupal.

Esta experiencia, todavía en curso, nace de una necesidad asistencial detectada en el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Villaverde, un área de la ciudad de Madrid socioeconómicamente muy deprimida, con las características de trabajo que eso conlleva.

Se trata de un Grupo Terapéutico de juego para niños con sintomatología del registro neurótico, que se encuentran en la etapa de latencia.

El período de latencia se caracteriza por la apertura del niño hacia el mundo externo (más allá del círculo familiar próximo) y por el habitual "contacto masivo" con los aprendizajes. Del mismo modo, constituye un escenario dinámico potencialmente proclive al desarrollo de problemáticas diversas en el campo psicológico y, en definitiva, en su capacidad de adaptación a las demandas ambientales. En muchos casos a estas problemáticas subyacen dificultades relacionadas con el conflicto dependencia-independencia.

Según Rodolfo Urribarri, este período, a diferencia de las fases libidinales, ha sido definido más por "lo negativo", lo que deja de ocurrir, que por "lo positivo", lo que surge y complejiza. Para este autor, en esta fase se encuentran procesos de cambio y de reordenamiento psicodinámico: Junto a lo que se destruye o coarta está lo que se construye y posibilita, expresado en actividades, aprendizajes, expansiones, relaciones, complejizaciones diversas, tanto en lo intra como en lo intersubjetivo (Urribarri, 1999).

Por todo ello, se plantea la necesidad de crear un espacio terapéutico específico para atender a niños en etapa de latencia y con sintomatología variada en el registro neurótico, optándose por un abordaje en formato grupal, siendo éste especialmente indicado, según la literatura, para potenciar la intervención psicoterapéutica en niños

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

** Residente de Psicología Clínica, Hospital 12 de Octubre, Madrid.
*** Residente de Psiquiatría, Hospital 12 de Octubre, Madrid.
**** FEA Psicología Clínica Centro de Salud Mental de Villaverde, Madrid.

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

de estas edades (se han reconocido ciertas limitaciones en el formato dual con el adulto).

¿Pero, cuál es el papel del jugar en todo esto? Según Winnicott, ningún ser humano está libre de la tensión de relacionar la realidad interna con la realidad externa y el alivio de esta tensión es provisto por la llamada área intermedia de experiencia o espacio potencial (Abello y Liberman, 2011). El jugar es el representante por excelencia de este concepto y, por este motivo, también la creatividad (capacidad de ver y experimentar el mundo de modo personal).

Por otro lado, algo que también caracteriza a este espacio potencial es su capacidad de albergar dentro de sí una gran paradoja: el de la unión y la separación. En esta misma línea, los conflictos relacionados con los movimientos de dependencia/independencia, tienen gran peso en la aparición de sintomatología neurótica en niños de estas edades.

En cuanto al juego, el psicoanalista inglés distingue el *playing* (el jugar) y el *game*

(el juego). El *game* supone un juego reglado que viene de afuera en la medida en que las reglas están dadas de entrada. Sin embargo, el play está relacionado con la espontaneidad de su construcción, no existiendo un plan previo, por lo que la forma de éste va emergiendo con el movimiento del jugar (Vidal, Vera y Escudero, 2013).

UNA EXPERIENCIA GRUPAL

2. 1. Descripción de la actividad:

El diseño de la actividad grupal está dirigido a niños en edad de latencia con sintomatología de corte neurótico, fundamentalmente con características ansioso-depresivas. Acuden 6 niñas y 2 niños, entre 7 y 10 años.

En cuanto al encuadre y la metodología, el grupo tiene una frecuencia semanal, con sesiones de 75 minutos de duración y está conducido por una terapeuta principal (PIR) y 2 coterapeutas con función de Yo Auxiliar (MIR). Es un grupo cerrado con una duración prevista de 5 meses, coincidiendo su finalización con el término del curso académico.

Para complementar el efecto terapéutico, se realiza un grupo paralelo de padres de frecuencia mensual, con los objetivos de apoyar el tratamiento de los niños y contener ansiedades ante los cambios, así como, monitorizar la generalización de los progresos terapéuticos a su entorno habitual.

El proceso de selección de pacientes se ha realizado mediante entrevistas clínicas de padres y niños propuestos por clínicos del equipo. Con fines de investigación se han realizado evaluaciones psicométricas y gráficas previas al inicio del grupo. Estas mediciones serán contrastadas con las obtenidas tras la finalización de la terapia.

En este grupo, se trabaja con la técnica de juego, estableciendo unas reglas muy básicas de encuadre y respeto al espacio. Se trata de crear un ambiente de aceptación y apoyo, que potencie la expresión libre, la creatividad y el máximo intercambio entre pares. Por ello, se plantea un juego sin reglas preestablecidas, alentando que el propio grupo vaya descubriendo y generando sus propias reglas a lo largo de su desarrollo, apoyándose en una creatividad compartida. Una actividad llevada a cabo en las primeras sesiones, fue la creación de un muñeco con plastilina que les representara a ellos mismos y que, a modo de objeto transicional, les acompañara a lo largo de todo el proceso terapéutico.

En cuanto al material utilizado, se distingue: Material facilitador de la expresión plástica (pinturas, papel, plastilina, tijeras, cartulinas, telas, etc.); material orientado a la psicomotricidad y a la regulación de la descarga motora y facilitadores de catarsis (pelotas, colchonetas, cuerdas, etc.); material de juego reglado y cooperativo (juegos de mesa sencillos como el parchís, juego de la oca, etc.); juguetes para fomentar juego simbólico: playmobil, muñecas, cocinitas, marionetas, disfraces, etc.

2.2. Intervención terapéutica:

La intervención terapéutica va dirigida a facilitar que los niños exploren y jueguen entre ellos, fomentando el surgimiento de la creatividad y la espontaneidad e intentando proporcionar un significado al juego (¿en qué lugar se encuentra el niño durante la acción lúdica?). La función terapéutica se entiende como algo principalmente receptivo, en el sentido de poder observar el juego sin perder de vista el papel que el niño nos hace jugar. Se trata de "jugar sin hacer juego", ayudando a poner palabras y a dramatizar el personaje que el niño lleva dentro. El niño puede sentir que sus capacidades para representar su mundo interno son insuficientes y necesita "hacer hacer", empujando al terapeuta a representar aquello que todavía no sabe cómo decir. Por ello, somos el otro que juega y a

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

la vez el tercero que observa, piensa y formula hipótesis (¿por qué nos invita en este momento a esta intervención en este juego?). En otras palabras, la experiencia terapéutica se encamina a *mentalizar*, es decir, a poner en el pensamiento los conflictos de manera que el niño pueda liberarse de la acción repetitiva de sus problemas (Sala Morell, 2013).

En definitiva, se pretende potenciar la capacidad del niño para usar ese espacio potencial de forma creativa y genuina. Para ello, es necesario un entorno de confianza y seguridad en el que las respuestas del niño no estén mediadas únicamente por la búsqueda de la complacencia y la hiperadaptación a la mirada del otro.

A modo de ejemplo, en la cuarta sesión se propuso la idea de que construyesen una historia para los muñecos de plastilina que habían creado en sesiones previas. Entonces, los niños decidieron hacer una historia inventada, la cual representaron mediante juego simbólico. Para ello, eligieron utilizar piezas de lego (los niños), piezas de dominó (los osos) y marionetas (los zombis). En este mundo de fantasía que construyeron incluso utilizaron una bañera como nave espacial y "convirtieron" trozos de lana para hacer gominolas.

Así mismo, el efecto terapéutico no va a ser sólo sobre el niño que ejecuta determinada acción, sino también sobre el grupo en su conjunto. La **acción terapéutica** mediante el juego trata de ofrecer elementos que faciliten la **integración** de los **procesos emocionales** con la **conducta manifiesta** del niño. **La interpretación del juego** y la búsqueda de significado del mismo, por parte de las terapeutas, se asienta sobre las siguientes cuestiones fundamentales: ¿Permite este juego el trabajo sobre las fantasías, deseos o miedos del niño?; ¿Está cumpliendo este juego la función de espacio mediador, permitiéndole al niño expresar su mundo interno?; ¿Aparecen conflictos de separación-individuación, pérdida o autoimagen durante el juego? ¿Qué emociones o conductas van asociadas a estos conflictos (ej. Inhibiciones)?; ¿Hay modelos relacionales identificables?

2.3 Estructura del grupo:

En el transcurso del grupo es predecible la sucesión de estas tres fases :

- La primera orientada a fomentar la cohesión, interiorización del encuadre y transmisión de la tarea grupal.
- A medida que transcurre el grupo, en la segunda fase, los niños pueden experimentar todas las posibilidades de roles y conductas, disminuyendo la ansiedad y potenciándose la creatividad. En esta fase, es previsible que disminuyan las descargas motoras sin contenido psíquico, evidenciándose predominancia de juegos ordenados, cooperativos y en definitiva, más orientados a la relación con el otro.
- Por último, se plantea una fase de cierre y despedida, en el que se refuerzan los logros terapéuticos alcanzados.

Aunque en cada sesión se van a abordar diferentes temáticas y se van a generar dinámicas con características únicas, todas las sesiones van a tener la siguiente estructura común:

I. **Incorporación y bienvenida**: se habla de lo que se ha hecho esta semana, acontecimientos recientes, se les da un espacio reflexivo para que cuenten lo que quieran...
II. **Construir un significado a través del juego**: se abre el espacio para la espontaneidad y la creatividad compartida.
III. **Cierre reflexivo**: se cierra el espacio haciendo devolución de lo que ha ocurrido, facilitando la elaboración de los contenidos que han emergido en la sesión y fomentando nuevamente la reflexión grupal.

ALGUNAS REFLEXIONES

Si bien se trata de un grupo todavía en curso, la experiencia hasta la fecha está resultando tan satisfactoria como compleja, pues el apostar por el fomento de la espontaneidad y la creatividad, requiere de las terapeutas un mayor manejo de la incertidumbre. Éstas tienen que responder de forma rápida, genuina y creativa a las demandas del aquí-ahora, pero sin perder de vista en ningún momento, la estructura y los objetivos terapéuticos de la intervención.

A medida que ha ido avanzando el grupo se ha ido percibiendo la instauración de un clima de confianza y seguridad, lo cual, está permitiendo un "despertar" en los niños que posibilita el avance terapéutico.

A pesar del corto período de experiencia, se ha tenido la oportunidad de contrastar con los padres algunos cambios positivos en el cuadro sintomatológico de los niños. Por ejemplo, la mejoría observada en un niño

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

derivado por somatizaciones de base ansiosa (vómitos) con antecedentes de empeoramiento sintomático en otros espacios terapéuticos (como el grupo de relajación al que acudía anteriormente). Según la madre éste ha mejorado sustancialmente desde el inicio del grupo, lo cual es congruente con observaciones clínicas, viendo al niño cada vez más resuelto durante la sesión.

En la única sesión de padres realizada hasta el momento, por un lado, éstos han referido ciertos avances en los niños pero, por otro lado, han aparecido actitudes demandantes de pautas "mágicas", lo cual hace pensar en una transferencia en la relación terapéutica de las actitudes de los hijos hacia ellos.

Por último, me gustaría mencionar, a título personal, algo que me está enseñando esta experiencia: nunca debimos dejar de jugar. Y es que, citando a Winnicott: "es en el jugar y sólo en el jugar que el individuo niño o adulto es capaz de ser creativo y de usar la totalidad de su persona, y es sólo siendo creativo que el individuo descubre su self".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abello, A. y Liberman, A. (2011) *Una introducción a la obra de D. W. Winnicott: Contribuciones al pensamiento relacional*. Madrid: Ágora Relacional (Colección Pensamiento Relacional).

Berger K. S. (2007) *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia* (7ºed.). Madrid: Panamericana.

Escudero, C. (2005) Psicoterapia de grupo con niños en edad de latencia. *Revista Norte de Salud Mental*, 24, 38-40.

Marcelli, D. (2007) *Manual de psicopatología del niño* (7º ed.). Madrid: Masson.

Pérez, E. (2006) Vulnerabilidad cognitiva a la depresión. *Aperturas psicoanalíticas*, 48, http://www.aperturas.org.

Perinat, A. (2003) *Psicología del Desarrollo: un enfoque sistémico*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

Sala Morell, J. (Ed.) (2013) *Psicoterapia focal de niños una aplicación del modelo psicoanalítico en la Red de Salud Pública*. Barcelona: Ediciones Octaedro.

Urribarri, R. (1999). Descorriendo el velo sobre el trabajo de la latencia. *Revista Latino-Americana de Psicanálise – FEPAL*, 3 (1), 257-292.

Vanni F. (1990) Un modelo grupal en la psicoterapia infantil. *Revista Clínica y Análisis grupal*, 55, 353-355.

Vidal I., Vera I. y Escudero C. (2013) Una experiencia de terapia de grupo con niños en edad de latencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 33 (118), 343-352.

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

UN OBSTÁCULO EN LA PSICOTERAPIA DE LA ADOPCIÓN*

AN OBSTACLE IN THE PSYCHOTHERAPY OF ADOPTION

Joseph Knobel Freud**

RESUMEN

A través de un caso, en este trabajo se describen las dificultades en la psicoterapia de la adopción, en la que la cuestión de la novela familiar, la verdad y la historia está siempre presente.

Palabras clave: adopción, familia, novela familiar.

ABSTRACT

Through one case, this paper describes the difficulties in psychotherapy of adoption, in which the question of the family novel, truth and history is always present.

Key words: adoption, family, family novel.

El título de este trabajo es un homenaje al artículo que Winnicott publicó sobre el tema en 1954. ("Obstáculos en la adopción"). Quiero resaltar que hablo de psicoterapia de la adopción porque siempre que nos consultan por un niño adoptivo estamos trabajando, o intentamos trabajar, con una familia que adopta.

La adopción es un tema que en la clínica con niños tiene una especial importancia y que sigue generando puntos de discusión y por lo tanto abriendo espacios de reflexión. Es un tema que toca aspectos de la novela familiar, la verdad y la historia.

Existen algunas dificultades comunes a todas las adopciones en general y otras propias de las condiciones singulares con que se efectúa cada una. Así, en todas veremos padres que enfrentan:

1. Una forma atípica de paternidad y maternidad que obedece a alguna razón, generalmente dolorosa.
2. Haber llegado a la paternidad sin la preparación psico-biológica propia del embarazo.
3. La aceptación de un hijo ajeno y el rechazo consiguiente.

Y a un niño que:

1. Ha perdido a sus padres de sangre u originarios y debe por lo tanto elaborar el duelo por esa pérdida.
2. Tiene "dos juegos de padres" en su historia personal, con las identificaciones correspondientes, confusionantes a veces y eventualmente contradictorias.
3. Soporta un inevitable conflicto en torno a la verdad sobre su origen sea cual sea su desenlace, a través del ocultamiento, el engaño o el esclarecimiento.

En alguna de estas situaciones la dificultad del proceso de adopción es tan importante que el intento de intervención psicoterapéutica fracasa. Me propongo hablar de ello a través de un caso.

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

** Psicólogo Clínico-Psicoanalista. Vice-Presidente de la Sección de Niños y Adolescentes de la Feap. E-mail: joseph@josephknobelfreud.com

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

CASO RITA

Los padres de Rita piden una consulta **urgente** para tratarla, estamos a principios del mes de mayo y a la niña la están por expulsar de la escuela, después de un curso donde "ha hecho las mil y una", acaba de cometer la fechoría que colmó el vaso. El padre, que fue quien llamó para pedir la hora, quería hacer la consulta por teléfono, estaba realmente muy angustiado.

Rita tiene 11 años en el momento de la consulta, su última actuación en el colegio fue robarle 50 Euros a la maestra, aprovechó un momento del recreo para subir a la clase, robó el dinero y al día siguiente se apareció en el colegio con chocolates, caramelos y golosinas varias para toda su clase, comentó entonces ilusionada que era su cumpleaños. Dice la madre: "es que es una niña muy mentirosa, siempre lo fue, pero es muy buena, mire que el dinero lo gastó para comprar cosas para todos!!...", en la misma entrevista sabemos que esta no es la primera vez que Rita roba, "pero nunca dinero", aclara el padre, se llevó alguna vez la pluma de alguna otra niña, cosas poco importantes...

El tema del robo es muy frecuente en niños adoptivos: para Winnicott la tendencia antisocial expresada a través de robos implica una esperanza, una tendencia de curación. Según este autor quien roba "compele al ambiente a adquirir importancia" buscando un suministro ambiental perdido, con el afán de encontrarlo a través de respuestas restitutivas que no fueron facilitadas en otro tiempo.

Para muchos otros autores el tema del robo en niños y adolescentes adoptivos remite a la fantasía, puesta en acto, de haber sido niños robados, usurpados de su propia historia y de su familia biológica.

Seguimos con los padres: en casa es una niña que se porta muy bien, a no ser por lo del movimiento, "que no se queda quieta ni frente a la tele, hasta durmiendo se mueve", con la escuela siempre tuvo dificultades, "yo creo que es un poquito corta", comenta la madre, y como no le gusta estudiar, se porta mal. Dice el padre: "yo no se lo recrimino porque en nuestra familia no somos intelectuales, sabemos hacer dinero y trabajamos muy bien, pero de estudios nada"; ¿cómo actúan los padres de esta niña frente a sus comportamientos?, "ya probamos todo tipo de castigos, dejarla sin salir los fines de semana, que no vea la T.V., que se quede sin postre, encerrarla en el cuarto, nada funciona, parece que se molesta, pero al día siguiente todo sigue igual"; "en el colegio no tiene amigas, antes tenía pero la fueron dejando, no la soportan, sobretodo este último año, dicen que pega, que se enfada enseguida, empuja a las demás o les destroza su juego".

Rita va a un colegio de monjas desde los 4 años, sus padres eligieron este colegio por su prestigio y para que esté sólo con niñas, en esta primera entrevista el padre dice que parte de las alteraciones de su hija empezaron cuando dejaron entrar varones al cole, hecho que a ellos no les pareció nada bien; tienen miedo que la niña "copie" conductas de varón. Me parece importante, llegados a este punto, comentar algunos aspectos concernientes a estos padres:

El padre es peluquero, si seguimos su propia teoría, al estar siempre entre mujeres "copió" gran parte de sus conductas, fundamentalmente sus gestos, su forma de sentarse y de hablar, incluso una forma de vestir bastante llamativa. La madre, en cambio, se presenta más varonil, y es la que lleva las cuentas en la empresa de peluquerías, no le gusta trabajar con gente. Para completar esta primera entrevista, y poder escuchar algo más que las quejas sobre el comportamiento en la escuela, les pedí que me relataran los primeros años de vida de la niña. En ese momento me llamó la atención el tiempo que tardaron en responder algo, y las pocas ganas que tenían de extenderse sobre el tema, así que respondieron que todo bien, todo normal, ningún problema, "además, usted perdone, pero hemos venido por lo que sucede **ahora**, no por otras cosas...".

Rita comienza su primera entrevista diciéndome: "Quiero aclararte que no veo nada de malo en lo que he hecho, yo pensaba devolverle el dinero a la señorita cuando me dieran la paga, y quería festejar algo con mis amigas para que me estén porque nadie me está", yo le aclaro que no vamos a juzgar lo que hizo, en tal caso parece que eso es cosa de la escuela, pero que podemos intentar entender qué le ocurre a ella. "¿Entonces no te parece mal ni siquiera que me haya inventado un cumpleaños?".

Sus preguntas fueron varias, había en ella una necesidad inquietante en aclarar lo que es bueno y lo que es malo, en realidad no quería hablar de otra cosa. "No creo que tú puedas ayudarme, una niña de mi clase que va al psico es muy llorona y tonta y no deja de llorar en clase y en todas partes", de todos modos le propuse intentar comprender algunas cosas, protestó bastante, pero accedió a hacer unos dibujos (los juguetes no los quiso ni tocar porque son para muy pequeños).

Lo llamativo de los dibujos fueron las historias que relató:

- Cuando dibujó la casa inventó una historia sobre una niña que se perdía en el bosque mientras

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

buscaba rosas para poner en el jarrón. En el bosque no había rosales pero ella encontró rosas en otras plantas y los padres de la niña se sorprendieron porque había encontrado rosas, pero ella se había perdido varios días...

- El árbol era un árbol encantado, en realidad era un almendro que por encantamiento podía tener fresas, y los niños iban a buscar fresas al almendro...
- La persona era un señor del campo (en el dibujo aparecían claros componentes femeninos: labios y ojos pintados, peinado) que para venir a la ciudad se cambiaba de nombre porque así no lo reconocerían.
- Finalmente, cuando le pedí que dibujara una familia hizo una pareja y a un costado, sobre algo parecido a un plato de comida para perros, dibujó un bebé. El relato aquí fue más sencillo: "una pareja decide tener un bebe, lo va a buscar, lo tienen, le ponen un nombre y ya está. En estos momentos Rita se hace un lio con la cuestión de los nombres, no se pone de acuerdo en cómo llamar a cada uno de los padres dibujados ni se aclara en cómo llamar al bebé. Parece enfadada, borra cantidad de veces y al final coloca a "el papá", "la mamá", y a Ferrán en el borde de esa cuna extraña. A estas alturas de la entrevista, aprovechando la anécdota del dibujo de la familia (teniendo ya una certeza absoluta en que algo del orden del nacimiento no estaba nada claro), le pregunto a Rita qué sabe ella sobre su nacimiento. Su respuesta fue muy contundente: "ya sabía yo que a ti también te parece muy mal que me haya inventado un cumpleaños".

En la siguiente entrevista con los padres les pido que me aclaren esta cuestión, entonces apareció la angustia, "mire, esto es un secreto muy nuestro": su matrimonio no fue aceptado por ninguna de las dos familias, los padres de ella decían que él era homosexual y que ese matrimonio no iría a ninguna parte. Los padres de él decían que ella no era lo suficiente y que si se casaba lo hacía por su fortuna personal. Ambos sostienen que esta oposición familiar actuó como un maleficio que los volvió estériles.

El acento que estos padres ponen sobre sus propios padres nos permite pensar en la importancia de poder trabajar sobre la posibilidad de ser padres, no por cuestiones biológicas, sino por cuestiones arraigadas en su propia historia. Al respecto, Fonagy (1993) habla sobre la capacidad de mentalización de los padres, es decir, la capacidad de la pareja de explicar su conducta en función de su pasado histórico. Se trata de la capacidad de reflexión psicológica en la que un adulto puede entender que su presente está determinado por su pasado.

En estos casos, la tarea del psicoterapeuta será la de intentar lograr estos puentes entre pasado y presente para poder establecer una correcta transmisión generacional.

Estos padres no quisieron proseguir con los estudios sobre fertilidad para no saber quién de los dos era culpable, pero urdieron un plan para que nadie supiera sobre su situación: iniciaron los trámites correspondientes para una adopción en el extranjero, pidieron expresamente un país que les garantizara un niño de características físicas similares a ellos y dijeron a familiares y amigos que se trasladaban un año a dicho país, "para inaugurar una sucursal de la peluquería". De allí volvieron con Rita, a quien presentaron como hija propia. A la niña la recogieron con casi 20 días y sobre sus orígenes no quisieron saber nada. (se trata de un tipo de adopción bastante corriente, que roza la ilegalidad y en la que muchos puntos quedan poco claros) Por supuesto, nunca se les ocurrió que debían decirle nada de esto a Rita, "y no tanto por ella que es nuestra hija, sino por nuestras familias". Desde la llegada de la niña las relaciones con la familia mejoraron considerablemente, incluso las abuelas se turnan para tenerla y cuidarla.

Esta situación no es novedosa en nuestra cultura, la imposibilidad de aceptar la propia infertilidad lleva a muchas parejas a actuar una desmentida: sabemos que Edipo creció en la corte de Pólibo y Melibea creyéndose realmente el hijo de ambos. En una versión del mito, Melibea (igual que la mujer del peluquero) al recoger al niño abandonado se escondió detrás de unos matorrales y fingió un parto, de este modo pudo presentar a Edipo como hijo propio.

La adopción nos enfrenta con el problema de la verdad, una verdad que al no ser dicha, al no poder ser simbolizada por el niño, se convierte indefectiblemente en una compleja red de síntomas y patologías. Cuando se le oculta la verdad sobre el origen a un niño, es muy posible que nos encontremos con importantes fallas en la adquisición de las categorías de filiación, de prohibido/permitido, lícito/ilícito y posible/imposible. Cuando hablamos de categorías estamos haciendo referencia a redes complejas de representaciones estructurantes y fundantes del aparato psíquico que el niño podrá adquirir o no, según sea la interrelación que pueda establecer con el Otro y con los otros.

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

Rita no sabe lo que está bien y lo que está mal, no tiene adquirida la noción de lo prohibido y lo permitido, ya escuchamos sus propias teorías sobre la filiación con el dibujo de la familia, y respecto a sus orígenes, ella misma está mostrando esas fallas cuando se inventa un cumpleaños, o cuando necesita robar cosas de los otros niños.

Escuchando a sus padres relatar su propia historia, podemos entender mejor lo que le ocurre, cito a Marisa Rodulfo en su trabajo sobre "La subjetividad destituida": "Para que exista una verdadera adopción, y no meramente una usurpación, la misma debe fundarse en primer lugar en una donación libidinal por parte de los adultos implicados en esta situación, ligada al reconocimiento de los orígenes y de la historia que, por otra parte, pertenece al niño. La no devolución de su trama generacional lleva al niño a la pérdida de su autonomía potencial de persona y lo somete a ser manipulado por los adultos como elemento de una estrategia a menudo inconsciente pero siempre aberrante, destinada a que ese niño obture pérdidas o traumas que han devenido insoportables para el adulto, que se vuelve proclive a utilizar al pequeño abusivamente en función de su propio goce."

En cuanto a Rita, creo que era incapaz de dirigir su atención hacia los múltiples intereses epistemofílicos propios de la latencia. Estaba siempre presa de una compulsión al movimiento, como si con su hiperactividad estuviese siempre buscando sus objetos parentales originarios, cuyo paradero y existencia desconocía. La hiperactividad no sólo obedecía a una insuficiente continencia de sus padres adoptivos sino, esencialmente, al escaso desarrollo que habían adquirido sus procesos de pensamiento que, como sabemos, sirven a toda persona como una manera de mediatizar la acción, de postergar al principio del placer en beneficio del principio de realidad y, por ende, favorecer el desarrollo intelectual, tan empobrecido en esta niña. Quiero agregar, sobre este caso, que posiblemente fue debido a su edad, es decir a su entrada en la pubertad, que todos sus síntomas se agravaron, volviéndose una niña "insoportable". Fue muy interesante constatar, en las entrevistas posteriores con los padres adoptivos que no se esperaban un crecimiento tan rápido, "no es posible que se le marquen los pechos ahora, ¡a mí no me vino la regla hasta los 15 años!!", dijo en una sesión la señora, mostrando de este modo tan claro la negación de su hija como no propia.

Escuchando a estos padres, les propuse mantener tantas entrevistas como sea necesario para poder entender lo que le ocurría a su hija y la posible relación que esto tenía con el ocultamiento de una historia real. Sostengo que no podía aceptar a Rita como paciente hasta que sus padres adoptivos no pudieran ser los portavoces de esa historia; de haberlo hecho, podía convertirme en cómplice de esa situación, sin ayudar ni a Rita ni a ellos.

En este trabajo con ellos me proponía hablar de su propia historia como hijos y del sentimiento angustioso que los llevaba a no sentirse autorizados a ser padres por sus propios padres. Probablemente no soportaron la angustia que este trabajo terapéutico les despertaba. Contratransferencialmente estos padres me generaban un cierto sentimiento de rechazo; pude entender el mismo como una proyección del rechazo que los mismos sentían de sus padres y de su hija adoptiva. En esa familia todos estaban atravesados por "significantes de rechazo" que al no poder ser pensados eran actuados y proyectados hacia el exterior. Posiblemente debí haber trabajado más este aspecto, pero en psicoterapia pasa lo que Winnicott subraya en su texto: "…ninguna puede pensarse en términos de ideales. Mejor es pensarla en términos de posibilidades."(1954)

Mantuvimos unas pocas entrevistas, pero el colegio prefirió proporcionarles un terapeuta que les prometió modificar las conductas anti-sociales de la niña sin "molestarlos" a ellos. Demás está decir que ambos aceptaron esta propuesta como liberadora…

El padre llamó para explicarlo: "entiéndame, nosotros **no podemos**".

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

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UNA ADOLESCENTE CON DOLOR CRÓNICO*

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN AN ADOLESCENT WITH CHRONIC PAIN

Esther Martín Ávila**

RESUMEN

En este trabajo se presenta un caso de dolor crónico de una adolescente de 13 años en psicoterapia semanal en un contexto hospitalario.

Palabras clave: dolor crónico, adolescencia

ABSTRACT

This paper presents a case of chronic pain in a 13-year-old girl in weekly psychotherapy in a hospital setting.

Key words: chronic pain, adolescence.

El interés de esta comunicación reside en la presentación de un caso de dolor crónico en una adolescente de 13 años vista en la Unidad de Psicoterapia del Hospital Universitario 12 de Octubre con frecuencia semanal.

ASPECTO, DESCRIPCIÓN FÍSICA, ACTITUD CORPORAL, FORMA DE MIRAR, MODO DE HABLAR

Estatura media, rubia con pelo largo, vestida con uniforme escolar. La postura corporal es encorvada, cabizbaja y el contacto ocular evasivo. La forma de hablar es infantil y miedosa.

MODO DE RELACIONARSE CON EL TERAPEUTA

Tiene una actitud sumisa y complaciente, además de controladora, con una elevada conciencia crítica que no le permite expresarse espontáneamente. Tiende a esperar a que yo le haga preguntas y sea directiva en las sesiones. Los silencios la incomodan, aparta la mirada, sobre todo cuando expresa aspectos de ella que considera negativos, como que siente que los demás no la quieren, que no vale nada como persona y que es una infeliz porque se lo merece.

ENTRECOMILLADO DE ALGUNO DE LOS PRIMEROS PÁRRAFOS DE LA NARRACIÓN DEL PACIENTE

"*Siempre he sido muy tímida, me cuesta relacionarme con la gente y últimamente cada vez salgo menos. Además, desde hace tres años tengo dolor de espalda y ya he visitado a muchos médicos y me han dicho que el dolor que siento me lo provoco yo y que tenía que venir al psicólogo*".

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

** Psicóloga. Terapeuta Gestalt. E-mail: paziencia.centro@gmail.com

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

MOTIVO DE CONSULTA

Motivo manifiesto

Los síntomas que refiere la paciente son las dificultades para relacionarse con iguales y el dolor.

Motivo latente

De forma más o menos explícita, la paciente va expresando una dificultad en el proceso de maduración "no quiero crecer". La adolescencia se caracteriza por el intento de separación y cuestionamiento de las figuras paternas, lo cual a M. le está produciendo un bloqueo que no le permite desarrollarse de manera normalizada.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Cadena de acontecimientos que la traen a consulta

La paciente refiere que siempre ha sido tímida, que le cuesta hablar con gente desconocida, iniciar una conversación, incluso preguntar la hora a alguien por la calle, pero que desde hace un año esto se ha acentuado y el pasado verano se lo pasó prácticamente encerrada en casa, porque ya no le apetecía salir con las amigas de su urbanización. La paciente refiere que ya no se siente cómoda con estas amigas porque hablan de cosas que a ella no le interesan, como pueden ser chicos, salir, arreglarse, etc. Ella lo refiere como si estas amigas quisieran ser mayores de lo que en realidad son. Al mismo tiempo reconoce que a ella le gustaría dejar de crecer, deseando ser una niña todo el tiempo. Junto a esto, el dolor empezó a aparecer en su cuerpo, concretamente en su espalda, hace tres años, cuando ella tenía diez. Comenzó a visitar a diferentes especialistas, entre ellos reumatólogos, traumatólogos y fisioterapeutas, con evolución tórpida y sugerencia por parte de los reumatólogos de dolor funcional, lo cual ella explica "que el dolor me lo provoco yo por mis nervios". La paciente informa que en algunas ocasiones ha acudido a urgencias, cuando el dolor se le ha hecho insoportable, y que en más de una ocasión los médicos le han dicho que se lo inventa, que no es real y que no le pasa nada, ante lo cual ni ella ni sus padres han reaccionado de ninguna manera. En resumen, fue la sugerencia por parte de los reumatólogos de que el dolor era funcional y el hecho de que el último verano hubiese estado más aislada, lo que motivó la idea de acudir a salud mental.

Sujeto y objeto de demanda

Mi impresión es que la paciente se encuentra ambivalente con respecto a la terapia. Por un lado, pone algo de ella como dificultoso, en este caso la timidez, y por otro, viene porque los médicos han sugerido que su dolor tiene que ver con la tensión, lo cual ella encaja de manera negativa al pensar "soy un monstruo, me provoco el dolor porque lo que me gusta es sufrir". Por otro lado, a medida que ha ido avanzando el proceso terapéutico, M. ha comprendido que en la terapia hablamos sobre sus sentimientos, algo novedoso para ella y que empieza a entender la importancia que tiene para su bienestar.

CONTEXTUALIZACIÓN

Cómo, cuándo, dónde, con quién... se ponen de manifiesto los problemas

Sus problemas de dolor aparecen tanto en casa como en el colegio. La paciente lo describe como un dolor constante en la parte superior de la espalda, que se incrementa en situaciones de tensión, como leer en clase. La timidez e inhibición aparecen ante la mirada de un otro, mostrando una buena relación con ella misma en momentos de soledad, donde puede estar relajada y escribir historias cargadas de contenido simbólico, lo cual a ella le resulta muy satisfactorio.

Patrón de relación interpersonal

Es tímida, inhibida, complaciente e hiperadaptada. Tiende a esperar que los demás hablen. Con sus padres es cariñosa, repite frecuentemente que no quiere que les pase nada, se preocupa por su madre (dice que parece más mayor de lo que es) y porque ve poco a su padre ya que tiene turnos de tarde. Cuando la paciente se encuentra sola, es cierto que no aparece esa tensión por el hecho de saberse mirada por otro, pero no se trata de una paciente que tienda al aislamiento y a la evasión. Por el contrario, ella expresa su deseo de relacionarse, de hacer amigos, pero reconoce que es algo que le cuesta, por varios motivos, uno de los más importantes es no sentirse identificada con la mayoría de chicos y chicas de su edad. M. me ha referido en varias ocasiones sus intentos de entablar relación con otras personas, viviendo estas experiencias como un fracaso ante el rechazo de los demás, que le hacen reforzar una idea de ella carenciada, de sentirse en falta, ser rara, diferente, asocial e imperfecta.

Algo que me llamaba la atención y me parecía fuera de lo común por el momento evolutivo de la paciente, era el hecho de que no encontrara reprochable ninguna cosa de sus padres. En el transcurso de la terapia, en un momento en el que indagábamos sobre ese sentimiento de ser rara, bicho raro, etc., M. refirió que su madre siempre

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

le insiste en por qué no hace amigos, aludiendo a que asiste a muchas actividades extraescolares donde tendría la oportunidad de hacerlo. M., con lágrimas en los ojos, decía que ella lo intentaba pero que los compañeros nunca podían quedar, y que en una ocasión su madre se enfadó mucho con ella y le dijo que no tenía amigos porque no quería, porque era una asocial y no le interesaba tenerlos. Cuando le pregunté a M. por qué sería tan importante para su madre que hiciera amigos, si ella era una persona muy sociable, con muchos amigos, me sorprendió que me dijera que no tenía ningún amigo, y que no sabía por qué podía ser.

Transferencia y contratransferencia

El episodio que conté en las líneas anteriores me hizo pensar en si el deseo de tener amigos era realmente de M. o de su madre, y de cómo ésta sufría por no estar cumpliendo un ideal en la mente de otra persona. En este sentido, conmigo se producía este hecho de forma transferencial, desde el comienzo de la terapia, M. me decía que había hecho cosas tras haber entendido en sesiones anteriores que eso era lo que debía hacer. Por ejemplo, cuando le pregunté sobre las cosas que a ella le enfadaban y no supo decir ninguna, ya que ella nunca se había enfadado con nadie, ni siquiera con otros niños, le transmití mi extrañeza y le señalé lo preocupada que estaba en agradar a los demás que ni siquiera se permitía sentir emociones básicas como el enfado. En la siguiente sesión, cuando le pregunté como estaba, ella me contestó que bien y que esa semana se había enfadado dos veces con sus compañeros de clase porque querían cambiar la fecha de un examen y ella no estaba de acuerdo.

A nivel contratransferencial, M. me provoca una sensación de torpeza al no saber qué hacer, qué decir, qué cosas explorar o qué tipo de terapia hacer.

FUNCIONES, GANANCIAS, REFUERZOS

La cuestión de la ganancia secundaria ha sido un tema que he tenido muy presente en el proceso terapéutico de M. A nivel externo, el dolor es un pretexto que a ella le impide, de manera legítima, no salir, no hacer actividades propias de su edad y, en definitiva, quedarse en casa cuidando de sus padres librándose del proceso adolescente de distanciamiento y cuestionamiento paterno en el que se encuentra. A nivel interno, el dolor permite mantener fuera de la conciencia representaciones intolerables, como la tristeza, la desilusión, etc., constituyendo una de las principales ganancias primarias de esta paciente.

BIOGRAFÍA

En la primera sesión que tengo con los padres quise saber sobre la biografía de M., así como explorar que ideal cumplía esta niña para los padres, y cómo se manejaba el síntoma de la paciente a nivel familiar, si le pasaba a alguien más, etc. Me contestaron que el dolor de M. no era algo de lo que se hablara en la familia, ni a lo que se le prestara especial atención ni sirviera para librar a M. de hacer determinadas tareas. Contaban que M. no se suele quejar y que ellos tampoco tienen la costumbre de preguntarle en exceso por los síntomas. Cuando pregunté si alguno de los padres tenía o había tenido alguna vez dolor, me contestaron que no rotundamente. Ante la sensación que yo tenía de que estaba siendo negado, insistí en la pregunta, dando tiempo y haciendo preguntas más generales y abiertas. Fue entonces cuando me contaron que tuvieron un accidente de coche cuando M. tenía un año y medio, del cual ambos padres quedaron con fuertes dolores de espalda y como consecuencia del cual no volvieron a coger a la paciente en brazos, que ella tenía que "arreglárselas sola". Cuando pedía ejemplos, me contaban cómo se subía sola a la trona, apoyando la barriga en el sofá, para que le dieran de comer. Volví a preguntar si actualmente seguían teniendo dolor y volvieron a negarlo, esta vez con matices: la madre decía que no tenía dolor porque no hacía esfuerzos, que si los hiciera, sí. Cuando pregunto qué tipo de esfuerzos, refiere coger las bolsas de la compra, tender la ropa, o agacharse para meter la ropa en la lavadora. Como consecuencia de esto, el padre de M. es el que se encarga de realizar estas tareas. Él refiere que actualmente no tiene dolor, porque su trabajo tampoco requiere hacer esfuerzos, pero que hay algunas temporadas que sí.

Continué explorando sobre la biografía de la paciente. La madre contó que había padecido cáncer de mama cuando M. tenía cuatro años, pero que fue algo que no le influyó, ya que ella tampoco lo pasó mal, para ella fue una experiencia más positiva que negativa, porque aprendió muchas cosas. Dice que ella le explicaba a M. que a su mamá se le iba a caer el pelo, que no podría bajar con ella a la piscina, etc., y que M. se lo tomó bien. Actualmente refiere estar totalmente recuperada.

Perspectiva transgeneracional

Evidente en este caso, resulta asombroso como la paciente se hace cargo del síntoma de su madre. Del relato de los padres, llama la atención la clarísima negación de todo lo que produce sufrimiento, canalizándose a través del cuerpo, así como el empeño de la madre de darle a todo una connotación positiva, no de manera integrada si

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

no de manera defensiva ante la intolerancia al sufrimiento.

Momentos evolutivos

El proceso de adolescencia en el que se encuentra está configurándose sintomáticamente en un estado regresivo en el que, en lugar de diferenciarse de sus padres, se identifica con ellos y se resiste a la separación.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

La tarea terapéutica que me planteo con la paciente es la de crear un vínculo seguro y de confianza que permita ejercer una labor de especularización y validación emocional, así como narcisizar los aspectos de su personalidad que están representados de una manera negativa y estigmatizante. Disminuir la conciencia crítica, conectar con sus deseos y legitimizarlos, disminuyendo la tendencia a ocupar un lugar ideal en la mente del otro.

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

DUELO, MIGRACIÓN Y ADOLESCENCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO*

MOURNING, MIGRATION AND ADOLESCENCE, ABOUT A CASE

Marcela Mezzatesta Gava**

RESUMEN

Se describe el caso de una adolescente centroamericana de 14 años reagrupada por su madree tras 9 años de separación. El trabajo analiza el material clínico desde las perspectivas kleiniana y de Bion. Además, revisa y somete a discusión los indicadores principales y complementarios de psicoterapia focal y breve.

Palabras clave: migración, adolescencia, duelo.

ABSTRACT

The case of a 14-year- old Central American adolescent WHO is regrouped by her mother after 9 years of separation is described. The paper analyzes the clinical material from Klein's and Bion's perspectives. In addition, it reviews and discusses the main and complementary indicators of focal and brief psychotherapy.

Key words: migration, adolescence, mourning.

INTRODUCCIÓN

Las migraciones en siglo XXI constituyen un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuantitativa y cualitativa de especial relevancia e impacto en la salud mental1. La migración puede ser considerada como un proceso que conlleva múltiples duelos (familia y seres queridos, cultura, tierra, grupo de pertenencia, etc). Del mismo modo, la adolescencia constituye también una "pérdida" ante la cual el sujeto debe reorganizar su psique, se "pierde" el cuerpo infantil, las figuras parentales idealizadas, etc. En este sentido podríamos hablar de, que en el caso de los/as adolescentes migrantes, existen múltiples duelos simultáneos, que, de no poder ser elaborados adecuadamente, pueden precipitar un sufrimiento emocional y el desarrollo de problemas de salud mental.

OBJETIVOS

Se propone presentar el caso de una adolescente centroamericana de 14 años, reagrupada por su madre después de 9 años, con una historia psicobiográfica marcada inicialmente por duelos debido al fallecimiento de familiares cercanos y figuras de referencia, la migración de la madre, el propio duelo migratorio posterior, la adolescencia, y el ingreso de un hermano de

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

** Psiquiatra. Espai Ariadna.

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

la paciente en prisión. La paciente fue derivada por su pediatra, a petición propia ante sintomatología afectiva de corte depresivo, mal rendimiento académico y dificultades en la relación con la madre. Tras el período de evaluación se propone una psicoterapia focal breve con sesiones semanales de 45 minutos durante un año.

METODOLOGÍA

Durante la comunicación oral, se comentarán viñetas clínicas de las fases diagnóstica e inicial del tratamiento. Se analizará el material clínico desde las perspectivas kleiniana y de Bion. Se revisarán y someterán a discusión los indicadores principales y complementarios de psicoterapia focal y breve.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Primera visita en el ambulatorio:

M:Paciente de 14 años que acude acompañada de la madre y hermano de 2 años, derivada del médico de familia a petición de la chica ante malestar emocional de tiempo de evolución que la chica relaciona con su historia de vida.

E: La chica convive con su madre, hermanos de 17 años y de 2 años y la actual pareja de la madre. La madre explica que la chica solicitaba atención psicológica, manifestando tristeza, enfado hacia el hecho de no conocer a su padre, biológico y pensar que nunca ha querido verla. La madre añade situación familiar estresante, hace 3 semanas ha ingresado en prisión uno de los hermanos de la chica, de 21 años, tiene otro hermano más de 23 que no convive en el mismo domicilio. A la exploración, se muestra consciente, conectada y orientada en las 3 esferas. Colaboradora. Tristeza, tendencia al llanto.

Madre explica los estresores familiares recientes, comenta que pensaba que lo de querer venir al psicólogo era un "capricho" de la niña, pero que al ver que insistía tanto, pensó que a lo mejor estaba bien traerla.

A: F43.2.Trastorno Adaptativo.

P: Se deriva a Csmij para ofrecer un espacio de contención y elaboración de las diversas situaciones estresantes.

Primera visita en CSMIJ:23/04.

Acuden la madre y N., acuden 10 minutos tarde. Las busco en la sala, me presento, y le ofrezco a N. la posibilidad de pasar sola o acompañada. Prefiere pasar sola. Pasamos al despacho y se sienta cómodamente en la silla que se encuentra enfrente mío.

T: N., habías sido visitada por mi compañera, en el ambulatorio, porque habías pedido una ayuda psicológica, me puedes explicar el motivo?

N:Sí, porque lo que hago, lo hago todo mal, además no puedo superar lo de mi abuelo, voy mal en los estudios, veo a mi madre mal, mi hermano está en la cárcel…. (en este momento comienza a mostrarse lábil y baja la mirada)…

T: ….(espero unos segundos, para dar lugar a su catarsis, cuando deja de llorar, me mira, expectante)… N, son muchos eventos en tu vida los que mencionas, que te generan este sufrimiento, por donde quieres comenzar a explicar?

N: Bueno, yo nací en Costa Rica, a mi padre nunca lo he conocido…

T:…Nunca lo has conocido?

N: No, la maltrataba a mi madre, y entonces nos fuimos mis hermanos, ella y yo a Santo Domingo a vivir con los abuelos, pero cuando tenía 7 años, mi abuelo se murió….. (comienza a sollozar)….Mi abuelo me quería mucho, me cuidaba …(se interrumpe el discurso varias veces por el llanto que intenta controlar)….fue como un padre para mí….

T: Qué le ocurrió?

N: Tuvo un ataque al corazón, de noche, no podía respirar y ahí se quedó….yo estaba durmiendo cuando pasó, y me despertaron cuando ya había muerto y estaba en el hospital. Cuando lo ví en el cajón no lo podía creer, pensaba que no era cierto…Cómo iba a estar muerto mi abuelo? (reinicia el llanto)…Ahora siento que lo necesito más…

T:Ahora sientes que lo necesitas más?

N: sí, el me hubiera apoyado, mi hubiera escuchado…. Es que después que murió, mi madre se vino aquí, yo me quedé con mi abuela… y vine aquí cuando tenía 12 años. Mi madre ya estaba embarazada de mi hermano pequeño. Y es toda para él. Cuando le digo de hablar, o salir, nunca puede o está cansada o tiene que hacer algo con el niño. Yo entiendo que es pequeño y yo ya soy mayor, pero yo también necesito a mi madre….y quiero que ella esté bien, la veo mal todo el día. Quiero cambiar, porque me va mal en los estudios, me peleo con mi hermano y a veces le contesto. Ella está mal y yo quiero que esté contenta conmigo… pero yo hago todo mal….

T:Haces todo mal?

N: Si, este trimestre me han quedado 6 (asignaturas). El anterior 5…

T: y antes?

N: No, siempre me ha ido bien…a lo mejor me

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

quedaban una o dos, pero siempre las saco…

T: Y qué crees que puede estar pasando?

N: Bueno, en clase estoy pensando en cualquier cosa, bueno, en cualquier cosa no. En mi hermano, en mi abuelo, en mi madre que está mal…

T: Parece que no es que hagas todo mal, sino que hay situaciones que ocupan espacio y que no te permiten pensar en otras cosas…

N: Si…es cierto….Yo quiero cambiar, quiero que mi madre esté bien, y que esté bien conmigo…

T:Y por qué está mal tu madre?

N: Bueno, ahora por lo de mi hermano y la prisión, antes por otras cosas…los problemas con la familia de la pareja, mi otro hermano….(y baja la mirada)

T:Parece que el hecho de que tu madre esté bien no depende sólo de lo que tú haces bien o mal…

N: (está más serena, como aliviada, y levanta la mirada…de nuevo expectante).

T: Es la hora, y me gustaría, si te parece bien, que pase tu madre para que pensemos qué tipo de atención ofrecerte. (Accede)

Al pasar la madre, le explico que me parece importante que Nadja pueda contar con un espacio para poder ir trabajando sobre lo que le preocupa. Acordamos 2 visitas más para valoración y al finalizar la tercera establecer el plan de atención. Ambas están de acuerdo.

Segunda entrevista: 05-05-15.

Acude puntual, acompañada por la madre. Cuando me aproximo en la sala de espera, me mira y sonríe. La invito a pasar. La madre me pregunta si el equipo de psicología es el mismo para adultos que para niños, porque ella lleva más de un mes esperando hora. Le comento que somos equipos diferentes y responde que averiguará con la médica de cabecera.

Pasa N al despacho. Observo que tiene un aspecto diferente, ha cambiado el corte de pelo, este le hace ver más "viva".

T:Tienes algo diferente hoy….

N: Sí, es el corte de pelo…quería algún cambio…

T: Querías algún cambio?

N: Sí…

T: qué te gustaría que cambie?

N: Bueno, lo de mi hermano, el qué está en prisión (M). Mi hermano, cuando vinimos de Santo Domingo estaba triste, deprimido, no se adaptaba… y necesitaba dinero para enviarle a su hijo que tiene allí…mi hermano nunca se había metido en líos… Un día, como mi mamá lo veía muy triste, lo mandó para Santo Domingo, y al volver pasó por Madrid…cuando volvió de Madrid, volvió con mucho dinero y mi madre se preocupó porque no se hubiese metido en ningún lío, pero él decía que no… Hace unos meses no tuvimos noticias de él por varios días y mi mamá llamaba a los hospitales, pero le decían que ahí no estaba. Hasta que llamaron de la policía y le dijeron que estaba detenido porque tenía droga en la barriga… (en este momento, se quiebra y llora)…(tras unos instantes continúa con el relato)….entonces mi mamá le buscó un abogado, pero la gente que vendía droga con él le pusieron otro abogado, y ahí está…

T: Ahí está?

N: Sí, vamos a verlo cada sábado, aunque a veces no quiero ir…

T: Porqué a veces no quieres ir?

N: Porque me da mucha pena verlo ahí, detrás de un cristal, sólo. Aunque por otro lado, sí que quiero ir porque le pone muy contento cuando nos ve…Pero pobre, allí, sólo…

T: Parece que el hecho de visitar a tu hermano te produce sentimientos contradictorios…

N: (se queda unos instantes, con una mirada reflexiva)… sí, me da pena, pero alegría a la vez por verlo, y es importante para él…además, uno de los abogados nos dijo que si hace todo bien, a lo mejor, para Navidad lo dejan venir a pasarla con nosotros, o antes, que pase de lunes a viernes y luego los fines de semana con nosotros… mi hermano siempre ha sido muy bueno conmigo, de pequeños en Santo Domingo íbamos mucho juntos, con él, y con mi hermano de 17, pero ahora él está en prisión, y el de 17 "vive"con los amigos…

T: Vive con los amigos?

N: Bueno…quiero decir, se la pasa con sus amigos…y yo…

T: Y tú?

N:Y yo, estoy en casa, a veces salgo, pero no mucho, porque sino mi mamá me dice que salgo mucho, pero no es cierto…dice que soy chica y que me tengo que quedar en casa… pero ya casi tengo 15 años, me harán la fiesta y todo! (se queda unos instantes en silencio como pensando, y luego retoma el diálogo…)… he estado pensando en mi padre…

T: en tu padre?

N: Sí, porque no lo conozco. Todo lo que sé es que cuando estábamos en Costa Rica, la maltrataba a mi madre. Yo no me acuerdo de nada de eso, porque era muy pequeña… pero luego, los años que viví en Santo Domingo, mi padre nunca me llamó. Cada cumpleaños espero que me llame, pero nunca lo hace… no sé nada de

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

él, bueno creo que ha tenido otra hija, no sé... mi abuela (paterna),algo me ha dicho, pero bueno ella tampoco me llama ni nada…

A mí me gustaría saber porqué mi padre no nos llama, ni le preocupamos, somos sus hijos…No sé si algún día lo sabré…mi madre no habla nunca del tema, bueno no hablamos mucho de nada porque siempre está ocupada o cansada…y a mí me gustaría que hiciéramos cosas juntas... que hablemos…

T: de qué te gustaría hablar con tu madre?

N: Bueno de todo, de mi padre, de las cosas que nos están pasando…

T: Parecería N, que tú estás en un momento importante de tu vida, un momento en el que estás creciendo, cumplirás en breve 15 años, y necesitas explicar y ordenar las cosas que han pasado y que pasan en tu historia personal y familiar…

N:Sí…(se queda en silencio…)

T: Piensas en algo?

N: Sí, en lo que decías…

T: Bueno N, es la hora y hoy nos tenemos que despedir aquí. Al finalizar la próxima sesión pensaremos el tipo de atención que te ofreceremos en este centro.

N, asiente, se despide sonriendo, con una sensación de tranquilidad…

Tercera entrevista: 20/05.

Acuden N. y la madre, 20 minutos tarde. La madre se excusa por la tormenta, ha sido más difícil llegar con el autobús. Les recuerdo que hoy era la visita donde le haría a N. una propuesta de tratamiento y ambas asienten. Les comento que dado el retraso, pasaremos las 3 al despacho para comentar dicha propuesta.

N se sienta enfrente mío, como habitualmente lo hace. Se observa tranquila, cómoda.

M: Yo quería que viniese también mi otro niño, D. ése no quiere hacer nada!, vaguea todo el día con los amigos, pero no quiere venir…N dice que sí, que ella quiere venir, que le sirve. Pero el otro también lo necesita…

(Observo que N tiene la mirada perdida como desconectada, contrasta mucho la actitud y la participación estando sola, en comparación a cuando la madre está presente).

M: A mi me gustaría que N cambie su actitud, quiere salir todo el día, y yo le digo que es una niña, que tiene que estar en casa…Además no entiendo, le estamos organizando los 15 con mucho esfuerzo y ella no hace nada, mira que en el instituto a suspendido 6 o 5, yo le digo que se esfuerce…

T: (escucho a la madre, intentando mantener una neutralidad, pero siento también que desearía desconectarme)…

M: A lo mejor estoy hablando mucho…

T: (tras unos segundos). El motivo de esta entrevista es que podamos hablar sobre el tipo de ayuda que consideramos más conveniente para N. Creo que podría beneficiarse de un tratamiento psicológico, psicoterapéutico, una vez por semana, durante aproximadamente un año. El objetivo sería ofrecerte N, un espacio donde pudieras ir pensando sobre tus situaciones familiares y personales. Por otro lado, le ofrecemos a Ud. (dirigiéndome a la madre), un espacio con otra compañera psicóloga de aquí. Estas serán visitas puntuales, no es un tratamiento, es para ir comentando aspectos que puede trabajar de su relación con N, de cómo ayudarla.

Ambas madre y N, se muestran de acuerdo, establecemos día y hora de atención y la necesidad de avisar si algún día no puede acudir. También comento el período durante el verano en el que no habrá sesiones.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS.

Estructura terapéutico-asistencial.

El material clínico corresponde a 3 entrevistas diagnósticas sucesivas, planteadas para valorar la posibilidad de indicación de una psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Las entrevistas diagnósticas se desarrollan en un despacho de un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. La paciente había sido derivada a nuestro centro a través de la psicóloga responsable del enlace con los centros de atención primaria de la zona.

Vértice psicoanalítico:

a) Método de observación.

a.1. Atención flotante. Durante estas entrevistas diagnósticas, intento captar no sólo lo que la paciente comunica a nivel verbal, sino también sus expresiones, gestos y todo lo que involucra la comunicación no gestual. Esto me permite obtener información más sutil sobre la/s dinámicas que subyacen al discurso manifiesto.

a.2. Neutralidad benevolente y autoobservación. El primer impacto que como entrevistadora me produce el contacto con esta adolescente, es por un lado, la empatía con el sufrimiento que manifiesta ante los diversos eventos de su biografía que tienen que ver con pérdidas o duelos no elaborados, que rápidamente colocan al entrevistador/a en una postura de querer actuar como elemento de contención. Es por eso necesario, en las entrevistas con esta paciente, ejercitar la tolerancia a

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

ese primer impacto, para no realizar intervenciones precipitadas, y principalmente, no responder con actitudes "omnipotentes" por parte de la terapeuta.

a.3. Función de contención. Tolerancia a la ignorancia inicial. Por un lado, previo a la entrevista, realicé el ejercicio de prescindir de toda información, principalmente la recogida por la psicóloga de enlace con atención primaria, para no condicionar el desarrollo de la entrevista, ni emitir prejuicios sobre la paciente. Por otro lado, en varios momentos de la entrevista, sentí que la paciente esperaba y demandaba no explícitamente, que yo pudiera "devolverle" estas situaciones dolorosas de una manera más tolerable.

b) El setting o encuadre.

b.1. De las entrevistas diagnósticas: Desde el final de la primera entrevista, se establece con la paciente que se llevarán a cabo 3 entrevistas iniciales de tipo diagnósticas, que servirán para valorar el tipo de ayuda que se le ofrecerá desde nuestro centro y se acuerdan las fechas de las dos entrevistas siguientes. Sin embargo, no le informo a la paciente la duración de dichas entrevistas.

b.2. De las sesionespsicoterapéuticas: Una vez informadas la paciente y su madre de que el tipo de ayuda que se propone desde el centro es una psicoterapia, de un año de duración, de frecuencia semanal (se acuerdan día y hora), no se explicita el tiempo de duración de cada sesión terapéutica. Sí se informa del período de interrupción estival, y del compromiso de avisar telefónicamente si no acude a una visita. Se plantea por otro lado, un setting con una cierta flexibilidad, ya que se incluyen las entrevistas periódicas de la madre con otra terapeuta, explicitando que se trata de un espacio para ir trabajando aspectos de la relación con la hija y de cómo ayudarla, dejándose en claro que no es un espacio terapéutico para la madre.

c) La interpretación: En el caso de estas 3 entrevistas diagnósticas no se realizan interpretaciones de prueba. Las intervenciones de la entrevistadora tienen como objetivo clarificar, facilitar la expresión o dar soporte.

Dinámica y técnica de la entrevista.

a) Actitud de la entrevistada (respecto de la entrevistadora).

Se trata de un primer contacto con una desconocida, adulta (la paciente es una adolescente). Se la observa tranquila, inicialmente tiene una actitud más pasiva, espera que yo lleve el ritmo de la entrevista, pero rápidamente se la observa cómoda, y mantiene un discurso fluido. Se desconocen cuáles son sus fantasías respecto a estas visitas, sin embargo la paciente deja ver mediante comentarios o actitudes, que en las expectativas generadas a partir de estas entrevistas, existe una motivación para el cambio y la mitigación del malestar.

b) De la entrevistadora (respecto de la entrevistada).

Al inicio de la primera entrevista, percibo una mayor movilización de la ansiedad que despierta en mí esta paciente, ya que me siento en cierto modo como receptora de toda su catarsis. Conforme transcurre la primera y las sucesivas entrevistas, intento regular esta ansiedad, e ir indagando sobre más aspectos del funcionamiento mental de la paciente. Intento ir respetando la movilización afectiva que le produce el relato de ciertos eventos vitales, dejando un espacio para estas emociones, sin generar silencios demasiado largos que bloqueen la comunicación, ni intervenciones precipitadas. Mis impresiones son de que la paciente no sólo quiere "expulsar" el malestar, sino que quiere ahondar más y colaborar con las ayudas propuestas, si bien durante este proceso es importante estar alerta de que no se generen fantasías omnipotentes de la paciente respecto de la terapeuta, de que el tratamiento "suprimirá el síntoma".

c) Dinámica de la relación.

c.1. Niveles primitivos y adultos de comunicación: El "yo corporal": La paciente es una adolescente de origen centroamericano, de etnia afrodescendiente. Su edad aparente podría situarse entre 18-20 años, pero tiene sólo 14 años. Su aspecto es cuidado, destaca que de la primera a la segunda entrevista, se presentó con un corte de pelo mucho más llamativo y vivaz (que yo interpreté como relacionado con la necesidad de cambio respecto del malestar). El discurso es fluido, elocuente, pero no verborreico, intercalado en momentos por silencios que impresionan de tinte reflexivo. Sin embargo, impresiona en algunos momentos de la entrevista, que la paciente buscase una especie de "madre" buena y continente, que la escuche y que tenga el tiempo disponible que ella reclama a su propia madre, ante la cual ella reacciona de manera complaciente y pasiva.

c.2. Intervenciones de la entrevistadora: Como se menciona anteriormente, el tipo de intervenciones han sido predominantemente las no interpretativas, es decir aquellas que se realizan a fines de facilitar la comunicación del paciente, y comentarios a fines de que

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

la paciente perciba que voy siguiendo su relato y que no soy una "mera presencia". Sin embargo, en la segunda y tercera entrevista, podría haber sido necesario ser más directiva como entrevistadora para terminar de esclarecer más información sobre la historia biográfica de la paciente y su funcionamiento mental.

c.3. Factores terapéuticos de la entrevista diagnóstica: Desde el punto de vista psicodinámico, el diagnóstico no tiene unos límites tan precisos, aunque no se ha de obviar el rigor para establecerlo de acuerdo con los parámetros que le son propios: tipo de relación de objeto, ansiedades y defensas predominantes. La paciente es capaz de establecer relaciones de objeto totales, es decir percibe al otro como persona, por ello es capaz de experimentar la ambivalencia y la culpa. La angustia depresiva, estaría vinculada a objetos buenos y totales que se siente amenazados, dañados. La culpa se hace presente porque no existe un objeto amado que no haya sido agredido en la fantasía o en los hechos. En el proceso de integración del objeto y del propio Yo, hay una síntesis de amor y de odio, un reconocimiento de la ambigüedad. El objeto bueno que se siente perdido o destruido despierta sentimientos de nostalgia, de culpa y de duelo, La *reparación* es la actividad yoica dirigida a inhibir las pulsiones agresivas y restaurar el objeto amado que se siente dañado o muerto. Sólo puede emerger en la posición depresiva como reacción a la angustia provocada por los sentimientos de culpa. Como la imagen materna es el catalizador de los objetos parciales, se transformará en el prototipo de los totales y en ella como persona se centrará la angustia depresiva y los sentimientos de culpa.

En el caso de estas entrevistas, los factores terapéuticos generados durante el proceso diagnóstico son la catarsis o verbalización del malestar, la contención, la comprensión del significado de lo verbalizado, sin embargo, a diferencia de una entrevista psicoterapéutica, no han aflorado aspectos relacionados con un mayor conocimiento del funcionamiento mental de la paciente, que puedan ser aprendidos por ella, mediante la interpretación.

c.4. Registro de datos: La información relativa a las sesiones diagnósticas fue recogida posteriormente, a fines de no obstaculizar la receptividad necesaria para las proyecciones y discurso dela paciente, y de no "burocratizar" la relación.

1.4.Objetivos de la entrevista diagnóstica

La entrevista diagnóstica abarca 3 áreas:

♦ Datos psicopatológicos: La adolescente se presenta en la entrevista conectada, con un adecuado contacto, el discurso es organizado, coherente. Se muestra lábil, impresiona que existen núcleos depresivos que se relacionan con pérdidas relacionales y cotidianas no elaboradas.

♦ Datos biográficos y del mundo interno: En las entrevistas, afloran espontáneamente datos biográficos, de manera ordenada y de la historia relacional actual. No se indagan de manera directiva, sino que fluyen del discurso de la paciente. La paciente es capaz de manifestar su malestar respecto de relaciones familiares actuales (la pérdida de la calidad de relación con su hermano de 17 años, las demandas no satisfechas a la madre, las rivalidades con el hermano menor), la ambivalencia que le genera el hecho de visitar a su hermano en la cárcel, etc. Al inicio de la entrevista, relata la pérdida del abuelo no elaborada (vive dicha pérdida como si fuera reciente), las esperanzas de un padre ausente que podría volver cualquier día, y esto es lo que no le permite elaborar esta otra pérdida. No han aparecido ni se han indagado directamente las relaciones con iguales, en el ámbito escolar, etc.

En cuanto a la infancia, se muestran en el relato los diversos acontecimientos y vivencias traumáticas cronológicamente, aunque como entrevistadora no he indagado directamente sobre otras cuestiones como la alimentación, enfermedades o sobre si la paciente conoce qué tipo de bebé era.

No se han explorado los ámbitos de sueños y sexualidad de la paciente.

♦ Datos aportados por la relación paciente-profesional: Si bien el relato es ordenado, y se observa que se trata de una adolescente capaz de pensar por sí misma, no aparece el relato de las vivencias subjetivas, el relato "emocional" (al menos en palabras (porque en momentos puntuales si muestra labilidad), de cómo se siente ella o cómo se posiciona, por ejemplo ante las pérdidas.

1.5. Indicadores psicodinámicos.

PRINCIPALES:

♦ *Motivación para el cambio*: Creo que en esta paciente es un indicador importante, como ya se mencionó en otros apartados. La paciente, es quien tiene demanda propia de ayuda psicológica, y tras la primera visita, ya se generan cambios (se ejemplifica con el cambio de corte de pelo). Pero no se observa sólo la necesidad de cambiar derivada del padecimiento o malestar, sino que existe voluntad y capacidad de ir estableciendo conexiones entre el

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

malestar y su funcionamiento psicológico. En varias ocasiones verbaliza "quiero cambiar"…

♦ *Capacidad de autoobservación y de insight*: La paciente tiene curiosidad por conocerse a sí misma, por entender su malestar y es capaz de observar sus necesidades, de plantear hipótesis de lo que le ocurre (por ejemplo en relación a las asignaturas que suspende este año, "Creo que en clase estoy pensando en cualquier cosa, bueno, en cualquier cosa no. En mi hermano, en mi abuelo, en mi madre que está mal….".

Otros indicadores:

♦ *Áreas conservadas de la personalidad*. Si bien durante por ejemplo la primera la entrevista y en momentos puntuales de las sucesivas, se muestra lábil y existen ciertos núcleos depresivos, existe, pese a su joven edad, unas buenas capacidades yoicas que permiten que conecte con su malestar, que busque explicaciones, que valore los espacios de contención y que pueda realizar un aprendizaje sobre su funcionamiento mental durante un posible tratamiento psicoterapéutico.

♦ Capacidades dela paciente para circunscribir conflictos relacionales. Este es un indicador que no se puede evaluar de momento, en las entrevistas mantenidas con la paciente, ya que en su relato no ha verbalizado la identificación de problemas psíquicos propios que pueda reconocer exteriorizados en sus vínculos. Ha hecho no obstante, una mención, a cómo el "hacerlo todo mal" hace que la madre no esté bien con ella.

♦ *Expectativas terapéuticas favorables*: Se percibe durante la entrevista, que la paciente se siente cómoda con la terapeuta, puede explicar aspectos muy difíciles de su historia familiar y aunque no esté explicita recogido en las notas del material clínico, siempre se despide confirmando la fecha y hora del próximo día que nos veremos, lo cual podría tener que ver con unas expectativas favorables, con una cierta "fe" en el proceso terapéutico.

♦ Defensas psíquicas no muy rígidas. Existen algunas defensas de tinte omnipotente en la paciente, por ejemplo al atribuirse ella como causa de todo mal en lo que le ocurre a la madre, o cuando hace comentarios como "lo hago todo mal". Sin embargo, cuando se hace una breve intervención apuntando a que el malestar y los duelos de la madre no son causados sólo por lo que ella hace, se muestra aliviada. Esto indicaría una cierta flexibilidad en el estilo defensivo.

♦ *Psicopatología no muy grave*. En esta paciente predomina la "pulsión de vida" sobre lo hetero o autodestructivo, existen unos deseos claros de bienestar.

Exposición detallada principales indicadores:

♦ ASPECTOS ENFERMOS/SANOS: Dentro de los aspectos sanos, en la relación terapéutica cabe destacar que presenta una actitud muy colaboradora en la entrevista, tolera la frustración que puede provocar el no alivio inmediato/resolución del síntoma. También es capaz de conectar con su malestar, se moviliza y demanda ayuda, pero vinculándolo sobre todo a aspectos externos, sin aflorar aún la capacidad de vincular dicho malestar también con un funcionamiento psicológico propio inadecuado. Otro aspecto a destacar, es que si bien la paciente acude acompañada, ella prefiere pasar sola, con lo cual existe cierta confianza de su capacidad para abordar la situación nueva de enfrentarse a una persona desconocida que trate sus problemas.

♦ ASPECTOS INFANTILES/ADULTOS: La paciente hace una alusión espontánea a su infancia, sin mediar la sugerencia, conectando fácilmente los recuerdos y las experiencias con sus correspondientes emociones. En esta paciente, es más marcada la dimensión progresiva de los aspectos infantiles, reconociendo la necesidad de compartir espacio y de contención afectiva por parte de la madre, pero teniendo en cuenta que ella no es una niña pequeña, sino para acompañarla en esta etapa de su desarrollo. Existe una adecuada conjunción de aspectos sanos, infantiles y adultos, y el aspecto "paciente", dada por la curiosidad por el malestar que padece y sus motivos, los recursos yoicos, y la colaboración en la entrevista.

♦ SINCERIDAD/INSINCERIDAD: En el discurso de la paciente durante las entrevistas, predomina la sinceridad o autenticidad, es decir existe una coherencia entre lo hablado y lo sentido. Inicialmente no impresiona que disocie entre afecto y emociones, y contenido verbal y conducta por otro. Existe una movilidad emocional marcada en el transcurso de las entrevistas. En el mismo sentido, la paciente despierta reacciones contratransferenciales en la terapeuta; interés por lo que le ocurre, empatía, etc. La paciente permite "acceder" a su mundo interno, ya que el relato, no es un relato vacío, que no deja una sensación de "superficialidad" en la terapeuta .

♦ AMOR/ODIO a la verdad: Este es un indicador muy importante en la paciente, ya que existe una actitud de búsqueda para constituir su identidad, para buscar la

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

verdad ya sea la verdad histórica acontecida en su vida, la que corresponde a la realidad psíquica construida por fantasías o a ambas. La paciente ha intentado indagar con su madre y abuela paternas sobre aspectos relacionales que no puede clarificar. Hay asimismo, un desarrollo incipiente de capacidades de autoobservarse y de observar a las demás personas.

♦ GRADO DE TOLERANCIA AL DOLOR EMOCIONAL/PLACER: Teniendo en cuenta que este indicador hace referencia al umbral de tolerancia a los sentimientos de toda índole, creo que esta paciente es capaz de experimentar el placer y vivir situaciones de satisfacción durante la entrevista, por ejemplo cuando expresa sensación de alivio tras alguna intervención de la entrevistadora. Es capaz en cierto grado, también de lidiar con las emociones de pena, ansiedad, tristeza, relacionadas con el dolor emocional que le generan las pérdidas a lo largo de su vida, si bien existen dificultades a la hora de elaborar dichas pérdidas.

♦ GRADO DE TOLERANCIA DE FRUSTRACIÓN A LAS ANSIEDADES DE SEPARACIÓN/ VINCULACION:

Esta paciente, durante su infancia ha padecido la pérdida de quien representaba su principal figura paterna, el abuelo materno, de manera súbita y traumática, duelo que en la actualidad, 7 años después todavía no puede elaborar, a lo que se añade, la pérdida de la madre (temporal), cuando ésta migra, ausencia omnipresente de la figura del padre, y la pérdida de sus propias capacidades (por ejemplo en cuanto al rendimiento académico). Ante estas pérdidas, la paciente tiende a responder de una manera un tanto masoquista y severa hacia sí misma.

Reacción ante las experiencias de vinculación: la paciente es capaz de mantener una vinculación con la terapeuta lo suficientemente diferenciada de la madre: cuando la busco en la sala de espera, elige pasar sola. Durante la entrevista, se sienta cómoda, tranquila. Se moviliza afectivamente en conexión con su relato discursivo, cuando es capaz de contenerse, continúa la entrevista. Cuando señalo que es la hora y la entrevista debe terminar, tolera bien ese límite, esa materialización de la separación.

♦ GRADO Y CAPACIDAD DE TOLERANCIA PARA LO MASCULINO/FEMENINO:

Algunos aspectos que conciernen a éste indicador no se han explorado directamente, aunque indirectamente impresiona que la paciente podría tener introyectadas una figura masculina, relacionada con el cuidado y la protección, representada por el abuelo materno y una figura femenina materna, más severa, menos disponible.

La paciente tolera adecuadamente lo que no es (sexo masculino y sus atributos). Tiene un adecuado contacto con lo emocional, con la "sensibilidad" femenina. Destacar lo que para el paciente significa masculino y femenino no tanto si encaja en prototipos. Aspectos más relacionados con identidad y orientación sexual no han sido explorados directamente.

Indicadores complementarios:

♦ Respuesta a las intervenciones de la terapeuta: Como se mencionó anteriormente, las intervenciones han sido de carácter no interpretativo; exploratorias, en general, recogiendo las últimas intervenciones de la paciente y devolviéndolas en forma de preguntas. Tras dichas intervenciones, en general la paciente habla de sus vivencias, intenta conectar ideas, moviliza sentimientos, se queda pensando en lo que le señala la terapeuta, etc.

♦ Capacidad de contención del entorno socio-familiar: Considero que la paciente que consulta es un miembro sano de su medio, pero que esto puede acarrear fantasías omnipotentes respecto de asumir la carga de las conflictivas o concretamente del malestar de la madre. La madre por su parte presenta una cierta rivalidad con su hija, única mujer de la fratria, esto se refleja cuando por ejemplo pregunta sobre la celeridad de la atención de su propia demanda. Es por otro lado una madre que enfrenta varias situaciones a resolver (crianza de un hijo pequeño, hijo mayor encarcelado, dificultades con la familia de la pareja, económicas etc), y que debido a todo ello, podría mostrar una actitud menos continente hacia las demandas de la paciente. Esto podría ser una situación desfavorable, y es por ello que en el establecimiento del setting, se ofreció un espacio para la madre, cuidando de que no lo confunda con un tratamiento reglado. Existe también en este caso, una ausencia de figura paterna (posición que ocupaba inicialmente el abuelo materno, tras su fallecimiento no ha sido reemplazado por otra figura paterna).

♦ La psicoterapeuta: Creo que esta paciente es capaz de colaborar y trabajar en cualquier relación psicoterapéutica, por tanto, pese a la breve experiencia de la terapeuta en esta técnica, creo que se trata de una paciente muy apta para la psicoterapia.

Finalmente, considero que esta paciente es apta para una psicoterapia, ya que acude por motivación

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

propia, reconoce un padecimiento personal, muestra un cierto grado de contacto con sus niveles infantiles, es básicamente sincera en la entrevista y tiene curiosidad por saber lo que le pasa.

2.6. Focalización y diagnóstico psicodinámico. Objetivos terapéuticos:

Creo que el objetivo terapéutico, en función de la demanda de la paciente, sería trabajar durante el proceso terapéutico, en que la paciente pueda ser capaz de desarrollar un espacio mental propio más continente, que le permita elaborar las pérdidas o duelos que ha ido atravesando en su historia biográfica, lo cual colaboraría con su "desarrollo mental", y serviría no solo para generar un alivio sintomático, sino también para clarificar y comprender conflictos relacionales e internos subyacentes (por ejemplo las atribuciones omnipotentes que realiza la paciente respecto de sí misma).

RESULTADOS

Tras realizar un análisis minucioso de los indicadores principales y complementarios, se considera indicado el inicio de una psicoterapia focal y breve semanal, de 45 minutos de duración, durante un año.

CONCLUSIONES

La psicoterapia focal y breve de orientación psicoanalítica podría constituir una herramienta adecuada para la prevención y abordaje de la sintomatología afectiva en adolescentes con procesos migratorios y familiares complejos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional*, 7(1).

Sala, J. (2013). *Psicoterapia focal de niños. Una aplicación del modelo psicoanalítico en la Red de Salud Pública*. Madrid: Editorial Octaedro.

Pérez Sánchez, A. (1996). Prácticas Psicoterapéuticas. *Psicoanálisis aplicado a la Asistencia Pública*. Barcelona: Paidós.

Pérez Sánchez, A. (2000). Ansiedad: vértice psicoanalítico. *Revista Catalana de Psicoanálisis,* 17(1-2).

Pérez Sánchez, A. (2006). *Entrevista e indicadores en Psicoterapia y Psicoanálisis*. Valencia: Promolibro.

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

PSICOTERAPIA CON ADOLESCENTES EN CONFLICTO. CARTOGRAFÍA Y NAVEGACIÓN*

PSYCHOTHERAPY WITH ADOLESCENTS IN CONFLICT. CARTOGRAPHY AND NAVIGATION

Ricardo Fandiño Pascual** y Karina Bacelar Pereira***

RESUMEN

Adolescencia y conflicto son palabras que van unidas. El conflicto adolescente forma parte de nuestra cultura y tiene sus derivas intrasubjetivas e intersubjetivas.

En realidad, el conflicto adolescente es siempre un conflicto con la ley, la norma, la autoridad, el mundo adulto, etc. El adolescente siente que le han cambiado las normas del juego de la infancia que siempre le han servido, ¿y ahora qué?

Para intentar arrojar luz sobre la intervención con adolescentes en conflicto emplearemos la metáfora de la navegación. La Adolescencia, son adolescencias en realidad, y la de hoy no es igual a la de ayer. ¿Cuáles son los vientos, la mareas, las corrientes que determinan la realidad de la adolescencia contemporánea y sus conflictos? Y una vez conocidos estos, ¿qué herramientas necesitamos para navegar con ellos, junto a ellos, hasta doblar el Cabo de Buena Esperanza, que el navegante Bartolomeu Dias llamaba Cabo de las Tormentas, y hallar así la ruta hacia la vida adulta.

Palabras clave: Adolescencia, Psicoterapia, Conflicto

Adolescencia y conflicto son palabras que van unidas. El conflicto adolescente forma parte de nuestra cultura y tiene sus derivas intrasubjetivas e intersubjetivas. El adolescente siente que le han cambiado las normas del juego de la infancia que siempre le han servido. Por otro lado, la Adolescencia, son adolescencias en realidad, y la de hoy no es igual a la de ayer.

Para intentar describir, a nuestro entender, la intervención terapéutica con adolescentes hemos decidido emplear la metáfora de la navegación. ¿Cuáles son los vientos, las mareas, las corrientes que determinan la realidad de la adolescencia contemporánea y sus conflictos?

CARTOGRAFÍA

Si la infancia es un río, la adultez es un océano y los océanos son inquietantes porque evocan a lo desconocido. Así se encuentra el adolescente en la desembocadura de la infancia, temeroso de lo que viene por delante y añorando lo que deja atrás. Es cierto también que el mar evoca la libertad, tan cierto como que la libertad da miedo, tal y como dijo Erich Fromm en su famoso ensayo.

Faros Adultos

Para la navegación oceánica hacen falta referencias. Estas referencias deben ser estables, previsibles, sobre las que establecer un rumbo que los llevará a su destino.

Las referencias estables sobre las que el adolescente debería fijar su rumbo son los adultos. En lo real los adultos, en ocasiones, no son tan estables ni previsibles

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

** Psicólogo especialista en psicología clínica. Presidente de ASEIA (Asociación para a Saúde Emocional na Infancia e na Adolescencia). E-mail: rifanpa@hotmail.com

*** Psicóloga especialista en psicología clínica. Psicóloga Clínica en ASEIA (Asociación para a Saúde Emocional na Infancia e na Adolescencia). E-mail: kbacper@gmail.com

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

como un faro; además, los adultos de referencia tienen "carga afectiva" para el adolescente, de ahí, en gran parte, el conflicto y la contradicción que suscitan en él.

Los principales referentes adultos, que no únicos, son en general la figura materna y la figura paterna. Sin embargo, la maternidad y la paternidad son funciones afectivas, socioculturales, relativizadas por los momentos históricos, las cuales no tienen por qué estar exclusivamente desempeñada por un hombre o una mujer ni por una sola figura.

Edipo y Telémaco

El complejo de Edipo se define como el conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto de sus padres. Según la teorización freudiana, el Edipo desempeña un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y en

la orientación del deseo humano, y en su resolución positiva el niño no sólo comienza a hacer una diferenciación de los padres que llevará finalmente a la autonomía, sino que también asume la ley de lo social en la que "no todo es posible", elemento que será clave en el proceso adolescente. El Edipo está muy presente en nuestra cultura como modelo explicativo de la construcción de la identidad en el humano, que devendrá en autonomía adulta. Las personalidades arrogantes, narcisistas, impulsivas, antisociales, se asocian con frecuencia a problemáticas edípicas.

Pero es cierto que los tiempos cambian y la realidad de las relaciones paterno filiales contemporánea es diferente a la de los tiempos de Freud. Aquella cartografía, aunque sirve para orientarnos, ya no da suficientemente cuenta del estado de los mares. La magnitud de los cambios sucedidos en el contexto familiar, genera nuevas dinámicas relacionales, roles, expectativas, etc, lo que se acompaña de los cambios sociales que se vienen dando en la configuración y funcionalidad de las familias, siendo la frecuencia de las figuras parentales cada vez más difusas en la vida del niño.

La función paterna se ha transformado históricamente desde un ejercicio de poder absoluto, pasando por el patriarcalismo cristiano, hasta nuestros días donde se constata una paulatina disminución del "poder" de la figura paterna.

Massimo Recalcati introduce la idea de Complejo de Telémaco, donde el hijo de Ulises mira el mar desde la orilla, esperando el regreso del padre que se ha ido. La demanda del padre que invade ahora el malestar de la juventud no es una demanda de poder y disciplina, sino de testimonios, de actos, decisiones, etc, cómo se puede estar en este mundo con deseo y al mismo tiempo con responsabilidad.

Por otra parte, en los últimos años se observa una cada vez más fuerte idealización de la adolescencia como grupo social, al que los niños quieren pertenecer cuanto antes, y en el que los adultos querrían permanecer cuanto más tiempo mejor. Barcos a la deriva que giran alrededor de sí mismos en un navegar errático sin principio ni fin.

Llegado este punto, ¿qué haremos frente al adolescente en conflicto? ¿Cómo lo ayudaremos en su tránsito? Da miedo acudir al rescate de un barco que está naufragando. Si no sabemos hacerlo podemos precipitar un fatal desenlace o perecer nosotros también en el intento. Pero existe un horizonte, hay que hablar de esperanza y empezaremos por ahí.

NAVEGACIÓN

Las artes de la navegación terapéutica son muchas y complejas. Aquí apenas mencionaremos algunas de ellas.

Resiliencia y vínculo

La resiliencia es la capacidad que tiene una persona de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando el futuro. En ocasiones, las circunstancias difíciles o los traumas permiten desarrollar recursos que se encontraban latentes y que el individuo desconocía hasta el momento.

La resiliencia se teje: no hay que buscarla sólo en la interioridad de la persona ni en su entorno, sino entre los dos, porque anuda constantemente un proceso íntimo con el entorno social. Cyrulnik pone así en valor el carácter social de cada ser humano, cuya individualidad se construye en un campo de tensiones afectivas estructurado por palabras. La resiliencia nace entonces del establecimiento de vínculos saludables, y las relaciones terapéuticas se constituyen como oportunidad.

La Referencia y el Encuadre

El profesional que trabaja con el adolescente en conflicto puede ser pensado como un punto en el horizonte, como un faro que ilumina el camino, que señala los peligros, que sirve de referencia para navegar. Pero poder confiar esa referencia el adolescente necesita saber que esa referencia es estable, que estará allí cuando la busque con su mirada. Por ello, en el trabajo con adolescentes, es muy importante el establecimiento encuadre (dónde nos encontraremos, cuándo, durante cuánto tiempo… ect).

La Narrativa

Para que el marinero lleve a su barco hasta el puerto de destino debe de saber dónde está el puerto y dónde

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

está él, y una buena manera saber de dónde está él será recordar de dónde viene y cuál es el camino recorrido hasta entonces.

Una característica de la adolescencia es la aparición de la narrativa de la propia vida. Los adolescentes desarrollan una capacidad de contar su vida que los niños no tienen, ya que les es suficiente con lo presente para hacerlo. En nuestra práctica clínica cotidiana, observamos que el adolescente en conflicto tiende a tener dificultades para establecer una narrativa consistente de su historia vital, siendo una historia que le puede resultar tan fascinante como irritante.

La "Corriente historiográfica de los Annales" se caracteriza por haber desarrollado una historia que no se interesa por la "guerra" o "el gran conflicto", sino por elementos que constituyen la vida cotidiana de las personas.

Cuando escuchamos los relatos de los adolescentes en conflicto, en ocasiones cometemos el error de esperar una sucesión de acontecimientos traumáticos. La narrativa en ocasiones tiene que ver más con la vivencia subjetiva, lo cotidiano… que para el sujeto puede ser definitorio. Nos hablarán de su experiencia subjetiva, y en esa subjetividad es dónde se halla realmente el valor.

La Palabra, ¿qué palabra?

Todos los marineros saben que más allá de rumbos y vientos, hay en el arte de navegar otros elementos a tener en cuenta por más que no sean tan visibles y evidentes; las corrientes.

Al hablar se tejen realidades que expresan lo que se vive y padece. Es sobre ese tejido, del que el cuerpo es partícipe, que el sujeto se va constituyendo.

La intervención terapéutica necesita de espacios para la palabra y esos espacios deben ser continentes con un vacío disponible, para ser rellenado a partir de la relación terapéutica. La palabra se construye en relación, porque tiene una carga afectiva. Por eso a pesar de las convenciones lingüísticas un mismo discurso es diferente en función de quién habla y quién escucha. El adolescente en conflicto está también sujeto a las corrientes invisibles de lo inconsciente.

El Tiempo

Los navegantes de la vela transoceánica dicen que los días más angustiosos son aquellos en los que no sopla nada de viento, flotan como un corcho y pierden también la perspectiva espacial ya que el mar se funde con el horizonte. La intervención terapéutica necesita tiempo, y no se puede saber a priori cuanto tiempo.

El Cuerpo

La presencia del cuerpo como fuente de información subjetiva y objetiva, debe ser un elemento a tener en cuenta por parte del profesional que hace un abordaje en el trabajo terapéutico con adolescentes.

El cuerpo adolescente es un cuerpo en intenso cambio. El adolescente debe realizar un duelo por el cuerpo infantil y abordar la tarea de significación y "apropiación" del cuerpo adolescente, mediante un proceso de simbolización.

El adolescente en conflicto es particularmente lábil frente al impacto del entorno socio-cultural que en relación a lo corporal podrá ejercer fuertes presiones.

En palabras de Jerónimo Bellido, lo vivido traumático queda reflejado en la "coraza muscular", dando cuenta, a través de las tensiones, de la historia del sujeto y de la configuración subjetiva de su propia existencia. El sujeto es lo que ha vivido, también en su cuerpo.

Según Wilhelm Reich, el acceso al inconsciente, no es posible tan solo a través de lo mental, sino también a través del cuerpo, entendiendo entonces la realidad somática como capaz de producir un lenguaje: "el lenguaje corporal".

LA FORMACIÓN: CUANDO LOS PROFESIONALES TENEMOS QUE SER ADULTOS.

En el trabajo terapéutico con adolescentes en conflicto es necesario la implicación del profesional adulto en la evolución del joven, por lo que el reto también es para estos últimos.

Otto Kernberg señala que el factor humano del profesional es esencial. El profesional no puede ayudar a crecer al joven como ser humano si no siente por este auténtico respeto y preocupación. , lo que implica un cuestionamiento en permanencia del profesional para saber si está en el lugar de la estabilidad, la firmeza y la referencia que el adolescente precisa.

Los profesionales deberían acceder de manera personal a procesos terapéuticos como forma de profilaxis que les permite estar más disponibles emocionalmente; así como, a nivel profesional

El trabajo con adolescentes en conflicto nos interpela y nos cuestiona en nuestra adultez en permanencia, así que aquellos que no soporten la herida narcisista de no tener todas las respuestas, abstenerse.

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

VARIACIONES DEL ENCUADRE. REFLEXIONES EN TORNO A DANIEL, UN NIÑO CON TEA Y SU FAMILIA*

VARIATIONS OF THE SETTING. REFLECTIONS ON DANIEL, A CHILD WITH ASD AND HIS FAMILY

Berta Requejo Báez**

RESUMEN

En este trabajo se describe el caso de un niño de 5 años diagnosticado de TEA en psicoterapia semanal. La reflexión gira principalmente en torno al encuadre en la intervención con este caso, a través de viñetas clínicas.

Palabras clave: TEA, encuadre.

ABSTRACT

This paper describes the case of a 5-year-old boy diagnosed with ASD in weekly psychotherapy. The reflection mainly revolves around the setting in the intervention with this case, through clinical vignettes.

Key words: ASD, setting**.**

INTRODUCCIÓN

Para este trabajo, he escogido un caso de Psicoterapia Psicoanalítica de niños, que llevo como terapeuta en el Centro de Tratamientos de Carrilet. Se trata de un niño con dificultades importantes que me ha hecho plantearme muchos interrogantes, especialmente en torno al encuadre, y también a la técnica. Me centraré principalmente en reflexionar acerca del encuadre, en la relación con el niño y con su familia, por lo que expondré material que pueda ilustrar estos aspectos, prescindiendo de otros relacionados con el funcionamiento del niño, su juego, o mis intervenciones dentro de las sesiones. Todo ello, intentaré ponerlo en relación con un artículo de Leticia Escario titulado "Manteniment i transgressió de l'encuadrement a la psicoteràpia psicoanalítica de l'infant".

PRESENTACIÓN DEL CASO

Daniel es un niño de 5 años, diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista no especificado (TEA leve), que ha recibido un tratamiento psicoterapéutico semanal de orientación psicodinámica con los padres dentro de la sesión durante dos años en un CDIAP. Al terminar por edad, la persona referente del CDIAP deriva a la familia a Carrilet, centro donde yo les atiendo.

En el momento en que llegan (enero de 2015), Daniel ha hecho una evolución importante desde que consultaron

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

** Psicóloga. Centro especial Carrilet. Barcelona. E-mail: bertareba@hotmail.com

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

por primera vez en el CDIAP. Ahora tiene algo más desarrollado el lenguaje, aunque se expresa de manera peculiar, mimética, y con una entonación estereotipada. Empieza a jugar de manera simbólica, aunque de momento solo es capaz de hacer pequeños acercamientos a la representación simbólica, de manera que es capaz de hacer una pizza con plastilina, pero todavía de una manera muy realista (representación concreta). Antes no se relacionaba con nadie que no fuera de su núcleo familiar, y siempre ha tenido una relación muy simbiótica con su madre, mientras que ahora juega con su hermana, y también se acerca a otros niños. De momento, lo que puede llegar a hacer es acercarse y jugar al lado (juego en paralelo), intentando imitar el juego de los otros. Es un niño con un funcionamiento muy rígido y que para hacer algunas separaciones como la entrada y salida del colegio, ha necesitado ritualizarlas.

ALGUNAS PINCELADAS DE LA HISTORIA:

Daniel y su hermana fueron concebidos por fecundación in Vitro. El parto fue por cesárea, y los padres relatan poco acerca del primer tiempo a pesar de los intentos por explorarlo, describen todo como muy normal. Hablan de que hasta los dos años, cuando empezaron a preocuparse por algunos aspectos, Daniel iba evolucionando bien, "Él hacía todo una semana después que su hermana. El pediatra nos decía que era normal, que los niños siempre van más lentos que las niñas". Las preocupaciones iniciales fueron en relación al retraso en el habla, así como al rechazo a las personas. "Cuando venían abuelos o gente de la familia, se iba al cuarto, o se quedaba mirando la tele, sin hacer ni caso". Describen la dificultad para tolerar los cambios, incluyendo la relación con personas ajenas al núcleo familiar. No obstante, los cambios evolutivos de alimentación y el control de esfínteres han sido normales, y duerme solo en una habitación con su hermana. En la guardería no hacía ni caso a su hermana, lo cual también les alarmó. Ahora la busca y la imita mucho, los papas dicen "su hermana es como su terapeuta personal, ella sabe como llevarle mejor que nosotros".

ASPECTOS INICIALES EN EL TRABAJO CON LOS PADRES

De entrada, la necesidad de tratamiento viene dada por la recomendación de la referente de CDIAP, más que por el interés de los padres. Aunque observan una buena evolución en Daniel, sobre todo en que se comunica más y tolera mejor el contacto con lo desconocido (por ejemplo ahora es capaz de acercarse a los niños y no quedarse aislado), no valoran bien el tratamiento recibido. Sin embargo, valoran positivamente la ayuda recibida en el colegio por parte de una entidad de apoyo, que trabaja de manera más cognitvo-conductual (anticipación, pictogramas…). Son unos padres que parecen observar más los aspectos externos de la conducta, y que tienen dificultades para entender el mundo interno de Daniel, así como el sentido de un tratamiento menos estructurado y directivo. La mamá, en la primera entrevista comenta: "lo que nos ha enseñado lo podríamos haber aprendido en mucho menos tiempo, no hacían falta dos años. Hemos perdido el tiempo". El padre, por su parte, piensa que no les daban suficientes indicaciones, que era "estar allí". Tiene la sensación de que la terapeuta le daba la vuelta a todo y casi les convencía durante la sesión, pero luego al salir de allí él le decía a su mujer "esto no vale para nada, es una pérdida de tiempo, estamos haciendo el tonto". Hablan de que les gustaría un trabajo más centrado en el niño, que le enseñara cosas.

Se trata de una pareja con mucha necesidad de control. Predominan ansiedades fóbicas y paranoides, que enfrentan a través de defensas como el control, la proyección, y la evitación. Buscamos una hora para el tratamiento que ha de ser el lunes por la mañana, ya que la madre no se atreve a venir sola porque no conoce la zona, sin saber donde aparcar…Por tanto, hacemos un esfuerzo por encontrar una hora del día en que el padre tiene fiesta en el trabajo.

Por otro lado, todas las quejas en torno al tratamiento anterior no han podido ser expresadas en ese contexto. Acorde con este funcionamiento, quieren que empecemos ya el tratamiento (de forma solapada con el cierre del anterior), y me explican que no le ven sentido a ir a una cita de despedida ("Daniel ya hace tiempo que no la ve, y es confundirle. Total para qué, ni se acuerda"). Yo insisto en la importancia de que se despidan, les explico el sentido, y propongo hacer las cosas con cierta calma, y espacio para pensar. Ellos y yo. En ese momento todavía necesito conocer a Daniel y hacerme una idea más amplia de su realidad, antes de comenzar un tratamiento. También pongo de manifiesto sus dudas con respecto al valor del tratamiento, y la forma de trabajo con Daniel, valido su capacidad para pensar, para tomar una decisión, y les hablo de la importancia de que puedan comunicar sus dudas y sus discrepancias aquí. Les doy visita para tener algunas entrevistas más antes de empezar y, una vez acordado el tratamiento, propongo empezar algunas

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

semanas después de que se hayan despedido (separar los tratamientos, para que no se produzca un solape y confusión entre los límites de uno y otro).

A pesar de mi invitación a cuestionar abiertamente el tratamiento, y dialogar sobre las dudas y discrepancias, en la despedida con la terapeuta anterior ellos comentan: "nos preocupa que no había juguetes en el despacho, y así Daniel no entrará". Finalmente, decir que la mamá tiene un estilo evacuativo, habla mucho, de forma acelerada, y le cuesta escuchar. Minimiza las dificultades del niño, y observo una necesidad de que yo pueda mirarle con ojos de normalidad, y pueda enseñarle cosas.

En síntesis, observo a una pareja con mucha necesidad de control, con un estilo desconfiado, y con tendencia a hacer uso de mecanismos como la negación, y la proyección. Colocan las cosas fuera, habiendo dificultades para enfrentar los conflictos, y para tolerar la incertidumbre y los procesos. No obstante, estaban dispuestos a hacer un tratamiento continuado, y han acudido regularmente al servicio anterior durante dos años, a pesar de no estar convencidos de la utilidad.

DANIEL

Acuden a la visita de hora de juego para valoración del tratamiento madre, padre, hermana (E.) y Daniel. Madre y padre se sientan en la sala de espera, y Daniel me mira temeroso, con los ojos muy abiertos, con expresión de espanto. Se mueve por la sala, mira con desconfianza las puertas de los despachos, y se asoma al pasillo. Sus padres, inquietos, le hablan mucho, con tono animoso pero a la vez ansioso, diciendo cosas como "corre Daniel, ve a jugar con la Berta, y le enseñas las cosas que tu sabes…". Yo le saludo, me agacho, me presento, espero, voy verbalizando algunas cosas de las que le pueden estar pasando. Aunque con dificultad, finalmente consigue entrar al despacho (contiguo a la sala de espera) y se acerca con interés a la caja de juegos que tengo preparada. Pero cuando voy a cerrar la puerta, Daniel pone cara de pánico, va a la puerta y la abre. Yo verbalizo: "¡uy!, la puerta, ya veo que no te gusta que cierre la puerta… da un poquito de susto…Bueno, la dejaremos así por ahora". Es temprano por la mañana y no hay más personas en la sala de espera. Los padres callados, escuchan lo que pasa dentro. Daniel va sacando juguetes y yendo a enseñarles a los papás. Yo le acompaño a veces y verbalizo lo que va ocurriendo, poniendo voz en ocasiones a Daniel, que apenas habla.

En otros momentos, Daniel está dentro explorando lo que hay en la caja, y su hermana se asoma, quiere entrar, y acaba cogiendo un juguete, y llevándoselo a la sala de espera. A Daniel no parece importarle. Y los papás no dicen nada, les cuesta contener y poner límites, ya que percibo un miedo a las ansiedades que se pueden despertar en Daniel si no se adecúan a su organización rígida. A partir de este primer día y de una posterior entrevista de encuadre con los padres, Daniel viene una vez a la semana, a primera hora de la mañana, acompañado de su padre y su madre, que esperan todo el rato sentados en la sala de espera.

Evolución:

Durante las primeras 5 sesiones, Daniel no permitía que cerrara la puerta. En cuanto se daba cuenta, venía me miraba y abría la puerta del todo, diciéndome "no". Me fui dando cuenta de que estaba en un momento en el que la separación, y la vivencia de espacio interno diferenciado se le hacía insoportable. De tal manera que no podía ser siquiera simbolizado en los inicios del tratamiento, solo actuado y concretado en el espacio sala (mamá y papá) -despacho (terapeuta), sin poder tolerar el elemento de separación "puerta".

Su juego era hacer letras de plastilina con moldes, de forma reiterada y repitiendo los colores y formas bien delimitadas que él ya conocía y controlaba bien. La interacción conmigo era escasa, pero de vez en cuando me mostraba algo, o me pedía ayuda de una manera instrumental. Me daba cuenta de que las dosis de significado, de afecto, y de diferenciación que podía ir introduciendo habían de ser pequeñas, buscando los momentos en los que podía estar más receptivo, así como los códigos, inicialmente muy concretos, en los que podía moverme. No obstante, de tanto en tanto, yo iba verbalizando aspectos relacionados con la separación, y en cada sesión mencionaba la puerta: "esta puerta que nos da tanto susto cerrar….algún día tendremos que cerrarla".

En las primeras sesiones, cuando el juego y la interacción tomaba algo más de significado y de vitalidad, Daniel necesitaba interrumpir y salir del despacho, yendo a ver a los padres. Al principio, iba a mostrarles cosas o les decía alguna palabra en relación a lo que estaba pasando dentro. Yo le acompañaba y verbalizaba "mira papá y mamá, estoy haciendo esto con Berta, pero me da un poco de susto", "uy, uy, uy..., a ver si siguen papá y mamá ahí…..ah, aquí están, ahora puedo volver adentro con Berta". Llegado un momento, dejé de salir del despacho en todo el rato de la sesión, de manera que

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

si Daniel salía yo decía en voz alta "uy, ¿qué ha pasado? ¿Dónde está Daniel? Ya no le veo… bueno, yo seguiré aquí con la escavadora…a ver…" Al oírme desde fuera, volvía al despacho, "ah, aquí estás, Daniel".

Un día le dije que no la cerraría del todo, pero un poco sí, y dejé la puerta a medio cerrar. Entonces él salió medio de lado, sin tocarla, quedando fuera del despacho. Aproveché la situación e inicié un juego en el que me escondía detrás de la puerta, y me asomaba, verbalizando lo que ocurría, a un nivel muy sensorial-concreto, "ahora no nos vemos, ahora sí, ¿estará al otro lado? Ah, ahí estás". A la siguiente sesión volvió a repetir el juego, y entonces cerró la puerta desde fuera. Yo dije, no muy segura de que siguiera al otro lado de la puerta: "vaya, me he quedado aquí sola, con la puerta cerrada… esto a Daniel le da un poquito de susto, pero…a ver… no le veo…pero le oigo… y sé que está ahí y me está oyendo…." Entonces él abrió la puerta y entró, dejando no obstante la puerta entre abierta.

Por otro lado, empecé a no dejarle sacar los juguetes, diciendo que los juguetes estaban dentro y no podían salir, si quería jugar con ellos, debía ser dentro conmigo. Así que a veces él iba a salir, y al mencionar esto, se quedaba, o bien salía él y volvía a entrar, pero ni yo, ni los juguetes nos movíamos durante el rato de la sesión. Asimismo, en una sesión en la que por primera vez estaba dentro sin salir, cuando quedaban 15 minutos, le mostré un reloj-despertador que tengo sobre la mesa del despacho, explicándole dónde estaba la aguja cuando iba a buscarle, y dónde cuando nos decíamos adiós. En cuanto le hablé de esto, tuvo que salir de la sesión, y en esos últimos minutos, salió y entró varias veces. Yo dije alguna cosa como: "uy, ¿dónde se fue Daniel? Estábamos aquí jugando con el elefante, pero le he dicho que nos diremos adiós en un rato, y se ha ido…", de manera que al oírme, volvía a entrar. A la sesión siguiente, cuando quedaban 15 minutos para terminar la sesión, él se acercó y dijo: "en el número 3, adiós". Yo le dije: "Sí, Daniel, ya veo que sabes que de aquí a un ratito nos diremos adiós, y que te acuerdas de lo que te expliqué la semana pasada" (acompañado de dramatización y gestos). Entonces él contestó: "un poquito de susto". A partir de aquí, cuando en el contenido del juego aparece la experiencia de la separación, o cuando mencionaba el final de la sesión, Daniel decía: "un poquito" o "un poquito de susto", de manera que podía condensar en esta frase el significado vivido en distintas situaciones de separación, haciendo un uso simbólico, aunque precario y tomando exactamente mis palabras, que aproxima a la elaboración.

Durante este tiempo, al terminar la sesión, los papás me transmitían una sensación de cierta sorpresa, contentos porque Daniel pudiera ir estando cada vez más tiempo sin salir de la sesión. El primer día que le mencioné el tiempo de la sesión a Daniel, al terminar, la mamá me comentó: "es que claro, no le puedes anticipar con tanto tiempo, porque ya se agobia, y cuando le has dicho lo del reloj ya..." Yo contesté que era importante que lo pudiera ir entendiendo, aunque se le hiciera difícil. Poco después tuve una entrevista con los padres.

En dicha entrevista percibí un pequeño cambio en ellos, ya que les sentía más espontáneos en la comunicación conmigo, y más receptivos a observar a Daniel y la relación de ellos con el niño. Parecen sorprendidos de que su hijo pueda tolerar ciertas cosas, y valoran el avance progresivo, a través de poder pasar cada vez más tiempo dentro de la sesión. De alguna forma, estaban perdiendo algo de miedo a la ansiedad desorganizadora con la que Daniel les pone en contacto, y que tanto les cuesta comprender y contener. Me explicaban situaciones en las que eran más capaces de poner límites, así como de animar al niño y transmitirle confianza ante situaciones que le producen miedo. No obstante, les cuesta ver el nivel de dificultad de Daniel, pasando fácilmente a un funcionamiento negador ("si es que mi hijo cada vez es más normal, lo único que solo tiene un poco de problema con el lenguaje y los miedos").

Ahora que nos conocíamos algo más, y después de un tiempo de compartir la experiencia de las sesiones, pude explicarles algunas cosas del funcionamiento de Daniel, que parecían recibir como una ayuda. El papá se daba cuenta de cómo ahora el niño no pregunta de la misma manera. Antes siempre preguntaba por lo que pasaría a continuación desde la necesidad de control, mientras que ahora parecía preguntar con cierta curiosidad. Entonces la mamá comentó cómo a veces no sabía bien qué hacer con la estrategia de la anticipación. Por lo que me explicaban, a menudo se daba una situación en la que le anticipaban con mucho tiempo de antelación, temerosos de sus reacciones, de manera que se acaba transmitiendo la vivencia de miedo ante lo desconocido. Aproveché la experiencia compartida y el ejemplo del día en que le enseñaba el reloj y le hablaba de que pronto nos despediríamos. Recordé el comentario que había hecho la mamá al final, y les expliqué el sentido de ayudarle, relacionándolo con cómo él solo lo recordó a la sesión siguiente, y pudo usarlo para tolerar un poco más la separación.

Fuimos comentando éste y otros ejemplos que

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

explicaban de casa, lo difícil de la búsqueda de la dosis, e intentando fantasear cómo puede ser vivido por el niño de una manera u otra, en función de cómo lo viven ellos también. Finalmente les hablé de que un día cerraría la puerta y de la posibilidad de que se desesperara y se enfadara. Parecían confiados con mi actuación, dispuestos a tolerarlo.

Pocas sesiones después, decidí cerrar la puerta. Daniel se acercó rápido a intentar abrirla, pero yo me puse delante, intentando contenerle. Lloraba y gritaba "noooo". Me di cuenta de que estaba siendo demasiado desesperante, y después de un poco le dije: "ya veo que esto está siendo muy difícil, abriremos la puerta un rato". Entonces salió despavorido y se fue a refugiarse a los pechos de su madre, mientras gritaba "noooo, Berta, noooo, ¡tonta!". Yo, agachada detrás de él, esperaba, e iba diciendo algunas cosas: "Berta, estoy muy enfadado, es muy difícil cerrar la puerta y separarme de los papás". Los padres le consolaban, pero se les veía angustiados, de manera que llegado un momento se enfadaban y le decían: "Daniel ve con la Berta o nos enfadaremos". Entonces yo decía: "Bueno, ya veo que estás muy enfadado, y los papás y Berta ya saben que es muy difícil, ya te vamos a ayudar". Después de 10 minutos así, se pudo calmar y volver a entrar los últimos 10 minutos, aunque dejamos la puerta entre abierta.

A la sesión siguiente, nada más entrar le dije: "esta puerta el otro día….qué susto… (dramatizando su enfado). A ver, Daniel, ciérrala tú" Entonces él la cerró dejando un palmo abierto. Más adelante en la sesión, a través de un juego en el que dos coches iban unidos por una cuerda de plastilina, al separarlos, Daniel empezó a decir: "noooo, Berta nooo", de manera que parecía recordar lo que había pasado la semana anterior. Yo lo relacioné y dramaticé lo que había pasado, mientras él me miraba con atención (no suele mirar). Al final, la mamá comentó lo sorprendida que estaba de que hubiera estado toda la sesión dentro, y que le parecía muy buena idea lo de que él la cerrara. A partir de aquí, cierro yo todos los días la puerta, dejando una ranura abierta, y seguimos trabajando la diferenciación y la separación, junto a otros aspectos, a través del contenido del juego y la relación dentro de la sesión, haciendo camino hasta que podamos cerrarla del todo. No ha vuelto a salir hasta el final, salvo alguna vez cuando le aviso de que queda poco tiempo, y tendremos que recoger.

COMENTARIOS SOBRE EL MATERIAL

Como decía al principio, he elegido el caso de Daniel porque se trata de un niño que me ha hecho reflexionar mucho acerca del encuadre, de su sentido, y de cómo usarlo al servicio de la función terapéutica. En el material recogido he obviado buena parte del contenido del juego y de la relación conmigo dentro de la sesión, priorizando la expresión de su funcionamiento en torno al encuadre, así como mi forma de intervenir con el niño y su familia.

Daniel es un niño con un diagnóstico grave, aunque dentro de los TEA sea leve, y haya perspectiva de una evolución favorable. Se halla en un nivel del desarrollo psíquico bastante primitivo, en el que conviven núcleos de nivel sensorial, con un funcionamiento indiferenciado y ansiedades catastróficas, con otros núcleos en los que ya hay cierta diferenciación, capacidad de representación muy elemental, donde predomina la ansiedad de separación y empiezan a construirse las relaciones de objeto internas.

A través de su manera de relacionarse con el encuadre expresa cómo dichas ansiedades aun no pueden ser representadas a un nivel cercano a lo simbólico de manera que, en un principio, queda concretado en la realidad del espacio físico. El despacho, y el tiempo de la sesión vendrían a suponer el espacio interno de Daniel, la sala de espera donde están sus padres el espacio externo, y la puerta el elemento diferenciador que separa y pone en comunicación.

Pero también podría pensarse a la inversa. Es decir, él viene con sus padres y entra a un lugar desconocido, con una persona en principio desconocida, que se vive como diferente, ajena, de fuera. Por tanto, ir a la sala de espera a comprobar que sus padres siguen allí y llevarles lo que hay dentro del despacho significa "volver a casa", "volver al origen", "volver al vientre/pecho materno". De hecho, en alguna ocasión, cuando he ido a buscarle a la sala de espera, ha abierto la boca de su padre, mirando hacia el interior, como queriendo meterse dentro. O sea, significa borrar la separación. Pero según como avancen las cosas, también puede ser una manera de elaborar la separación, a un nivel muy primario. Este "ir y venir" puede ayudarle a vivir el contraste, acercarse y alejarse puede servirnos para el proceso de simbolización del objeto interno. Siempre y cuando no se convierta en un ritual aniquilador de la vida psíquica, y sí en un juego desde el que enriquecer el funcionamiento psíquico.

Pero no solo Daniel tiene dificultades con la separación

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

y la contención del espacio mental. La mamá no se atreve a venir sola con su hijo, y a la primera sesión de juego viene la familia al completo, habiendo dificultades para contener la necesidad de la niña por entrar, o la del niño por salir, de manera que se observa un cierto funcionamiento fusional en la familia.

A otro nivel, sus padres expresan la dificultad para relacionarse con lo diferente a través de la relación con los tratamientos. En el anterior, no pudiendo expresar su disconformidad con el método parecían virar de un funcionamiento "sometido" (asistieron regularmente, y siguieron las indicaciones de la referente anterior con respecto a la derivación, aunque no estaban muy conformes), a la desconfianza y la vivencia de ser manipulados ("nos daba la vuelta a todo y casi nos conseguía convencer"). También se puede observar en cómo, a pesar de su falta de confianza en el método de trabajo, quieren iniciar el tratamiento cuanto antes, y borrar la despedida con el tratamiento anterior. Piensan que Daniel no se acordará, por lo que les cuesta fantasear las posibles vivencias internas del niño en la relación con la terapeuta y el tratamiento. Pareciera que para ellos solo queda el poso de algunos aprendizajes de tipo conductual, pero no el vínculo y la relación de objeto. Además, a mi me explican sus discrepancias con la terapeuta anterior, y a ella sus temores acerca del contacto inicial conmigo ("no había juguetes, así no entrará"), aspecto en el que se manifiesta de nuevo un funcionamiento de aparente acuerdo, pero en el que internamente hay una vivencia de falta de confianza para contener lo conflictivo.

Finalmente, a partir de la relación que Daniel establece con el encuadre externo, los papás expresan también su necesidad de control. Están callados en la sala de espera, escuchando todo lo que pasa dentro, de forma que al final de las sesiones comentan aspectos de dentro que en ocasiones valoran, y en otras critican. Pero mentalmente, a partir de la situación concreta que lo estimula, se meten dentro de la sesión.

No obstante, en relación a lo anterior, he de decir que las entrevistas iniciales con los padres me hacían pensar en la importancia de desarrollar una cierta actitud pedagógica, más en padres como estos. Es decir, viendo la dificultad para comprender algunos aspectos, me daba cuenta de la responsabilidad por parte del terapeuta de acercarles a nuestra manera de observar e intervenir, para que puedan comprenderla y verle el sentido. Nuestro método supone una aproximación que no siempre es fácil de comprender, y es nuestra responsabilidad ejercer de andamiaje en el proceso terapéutico, también con los papás. El encuadre es el marco en el que quedan depositados el funcionamiento psíquico, la vivencia de la alianza, y la estructuración más básica del proceso terapéutico. Ellos reclaman indicaciones y, sin colusionar con la necesidad de control y la petición de un funcionamiento más instructivo conductual, es importante ayudarles de una manera ajustada a sus capacidades, de manera que sientan que se les acoge en lo que ellos necesitan.

A mi entender, reconocer la posibilidad de discrepancia y crítica, y dar cabida al diálogo, es ya una actitud terapéutica. A la vez, es importante mantener un compromiso con la propia manera de ver las cosas, según la cual se definen firmemente algunos aspectos organizadores. Por ejemplo, explicitar y validar las dudas con respecto al método, a la vez que manifestar mi necesidad de conocer mejor su realidad para poder comprometerme con un tratamiento, ya transmite un modelo de pensamiento que puede ser terapéutico. Asimismo la insistencia en que pudieran despedirse de la terapeuta anterior, y no empezar hasta haber cerrado el tratamiento con ella, también implica el mantenimiento de una organización del encuadre que ayuda a estructurar procesos mentales.

Desde la perspectiva psicoanalítica diferenciamos el encuadre externo del interno. Ambos, en una relación dialéctica, nos ayudan a tener un marco de referencia desde el que poder dotar de significado a la experiencia cambiante y a la comunicación inconsciente que acontece en la relación terapéutica. Si pensamos en el encuadre externo, que hace referencia a las condiciones estables de espacio-tiempo (horario, duración de la sesión, despacho), junto a otras como los honorarios, supone una estructura más o menos invariante que nos organiza a todos: terapeuta, niño y padres, en un caso como este. Es decir, hace las funciones de sostén o matriz.

Con respecto al encuadre interno, Leticia Escario (Escario, 1988) escribe "el encuadre interno hace referencia tanto a un método específico y su aplicación, como a una disposición o actitud mental por parte del terapeuta en la que están presentes su capacidad de escuchar, su receptividad y la comprensión de la variabilidad de las comunicaciones conscientes e inconscientes que se intercambian en la relación terapeuta-paciente" (y en este caso, padres). Al leer esta definición pensaba en cómo la flexibilidad, así como la capacidad de comprender y

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

de responder a la variabilidad de las comunicaciones, constituyen factores del encuadre interno que a veces tendrán que prevalecer sobre el mantenimiento de las condiciones higiénicas del encuadre externo.

Bien pensado, el encuadre, tanto el externo como el interno, configuran un método ideal, que ha de ponerse en relación con la realidad de cada caso concreto. Es decir, tenemos en mente unas condiciones óptimas para trabajar y pensar. Pero nos encontramos ante situaciones y casos como el que aquí se presenta, en los que el nivel de funcionamiento del psiquismo del paciente, y de su familia, no lo permiten. El que consideramos ideal, lo es porque representa una organización psíquica estructurada, diferenciada, simbólica, neurótica. Sin embargo, Daniel se haya en un nivel de funcionamiento primitivo, en el que la comunicación simbólica aun no es posible, aspecto que se manifiesta en la imposibilidad inicial de tolerar la concreción de la separación física (espacial) de los padres, para poder vivir experiencias mentales internas (producción comunicativa en el interior de la sesión en la relación conmigo).

Dado que el encuadre externo no puede ser estructurado inicialmente en condiciones normales, más que nunca se hace necesario conservar el encuadre interno. ¿Cómo conseguir mantener unas referencias internas estables que nos organicen a nosotros como terapeutas y nos permitan pensar y ejercer la función terapéutica en contacto con ansiedades desorganizadoras, sin exigir que el ambiente externo se estructure de una manera idealmente organizada? En estos contextos, la posibilidad de quedar atrapados por la confusión, aliviando ansiedades de forma no elaborativa y colusionando con la patología del paciente y su familia, se hace más patente.

Uno de los aspectos del encuadre interno hace referencia a la formación sobre la técnica. Ésta habrá de ajustarse de acuerdo al nivel de funcionamiento del paciente, y del contenido de lo que se expresa en el hacer-decir del tiempo de la sesión. En este caso, las posibilidades iniciales de trabajar desde la técnica interpretativa clásica son pocas, tanto con el niño como con la familia. Por tanto, intervenciones que aproximan a la observación de lo que acontece, a explorar la experiencia de manera lúdica y flexible, constituyen los primeros pasos.

En el caso de Daniel, la pregunta constante ha sido cuándo sus manifestaciones expresaban un control omnipotente al que se ha de poner límites y, cuándo expresaban la imposibilidad de experimentar ciertas vivencias por ser excesivamente desorganizadoras para su capacidad psíquica. No tolerar la salida de las sesiones en los inicios, me parecía forzar un nivel de ansiedad catastrófica que puede dañar la relación terapéutica así como los intentos del niño por aproximarse a dichas experiencias, quedando por tanto retraumatizado. Leticia Escario recalca la importancia de establecer un encuadre flexible pero firme. En este sentido, cierta flexibilidad no quita para que haya una vivencia de tensión constante. Es decir, no se trata de sucumbir a las defensas del niño, como sería dejar la puerta abierta sin más, y permitir que él organice la situación terapéutica de forma rígida y defensiva. Se trataría más bien de poder entrar en diálogo con su funcionamiento. Algo así como una disposición, una manera de estar con él y compartir su experiencia a través de cómo se relaciona con las condiciones del encuadre que establecemos como necesarias, entrando a co-organizarlo de forma firme, pero tolerable.

Pero hallar el equilibrio óptimo no es fácil, y hemos de ir haciendo un proceso dialéctico en la búsqueda de la dosis suficientemente terapéutica de esta tensión. El día que cerré la puerta tuve serias dudas de si me había pasado con la firmeza. Sin embargo, no fue tan importante el hecho en sí, como la posibilidad de reencarrilar el diálogo, y estar con él y con sus padres en la comprensión y elaboración de la experiencia vivida. De hecho, dicha experiencia supuso un punto de inflexión que ya ha sido descrito.

En la línea de lo anterior, Leticia Escario comenta en el artículo mencionado, hablando una vez más del encuadre interno: "…la disposición mental para acoger las necesidades del niño y de responder de manera adecuada, con tal de facilitar y promover el proceso de maduración". Esta última parte, "con tal de facilitar y promover el proceso de maduración" es fundamental, porque, en todo caso, es el último de los objetivos del tratamiento. Es decir, a veces puede pasar que de una forma no intencional tengamos más en mente el objetivo "hacer una psicoterapia psicoanalítica modelo". Y se comprende, ya que trabajamos en contacto con ansiedades muy difíciles de tolerar y comprender. Ello hace que necesitemos una estabilidad y sensación de confianza en el método. Pero esto a veces puede convertirse en su reverso perverso, y acabar siendo una necesidad que predomina sobre la necesidad que el niño (y su familia) nos comunica. Si esto es así, el mantenimiento del encuadre externo puede convertirse en un aspecto rígido

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

y concreto (como el funcionamiento del niño), de manera que acaba colusionando con el verdadero objetivo del hacer del terapeuta y del encuadre. Éste sería facilitar el desarrollo madurativo, y promover la capacidad de pensar e integrar.

En definitiva, pecar de rígidos con el encuadre significa que puede más la necesidad de confort psíquica del terapeuta, su necesidad de estar en lo conocido, que la necesidad del niño de ser ayudado y comprendido. Todo ello se pone mucho más en juego cuando la capacidad simbólica es tan limitada, a partir de la cuál la comunicación ha de ser actuada, a nivel concreto. Si en la búsqueda del equilibrio saludable, tan difícil de conseguir, pecamos de mantener el encuadre demasiado rígido, acabamos usando una herramienta diseñada al servicio de la capacidad para pensar como algo concreto, es decir, como un objeto-barrera de la relación.

Para terminar, me gustaría decir que esta "trasgresión" del encuadre externo, también puede ser entendida como una oportunidad. En el caso de Daniel, de acercarse y compartir con él su funcionamiento, para ayudarle a entrar en un diálogo lúdico que le permita evolucionar. En el caso de los padres, también se genera una situación que puede ser útil. Están fuera de la sesión, escuchando pero sin poder intervenir, ni ver. Considero que puede ser una situación que tal vez despierte la posibilidad de fantasear, ya que genera un espacio de observación y pensamiento, que da menos cabida a la actuación. En este sentido, los espacios de entrevista con ellos permiten generar un ámbito de relación para pensar a través de las experiencias concretas compartidas. Lo que en un principio es un desajuste del encuadre externo puede ser útil para experimentar el proceso en el pequeño paciente y su familia, y para comprender aun más la importancia del encuadre interno en el terapeuta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Escario, L. (1988). Manteniment i transgressió de l'encuadrament a la psicoteràpia psicoanalítica de l'infant. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 5(2).

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

INTERVENCION EN EL CONTEXTO DE ADOPCION: LA FUNCION DEL EQUIPO TECNICO*

INTERVENTION IN THE CONTEXT OF ADOPTION: THE ROLE OF TECHNICAL TEAM

Teresa Sandoval Intxaurrandieta**

RESUMEN

La llegada de un niño de adopción a un hogar no siempre se produce en la forma idealizada que acostumbramos a leer en los medios de comunicación. Lejos de esto, el inicio de una convivencia entre niños adoptados y padres adoptivos suele estar teñido de inseguridad, incertidumbre y no pocas ocasiones cursa con la aparición de sentimientos depresivos . La forma en que se canalizan las emociones y se integran los nuevas experiencias va a determinar en gran medida el futuro de esa relación . Parece entonces crucial un acompañamiento activo de los equipos técnicos a fin de promocionar la aparición de sistemas vinculares positivos entre padres e hijos adoptivos.

Palabras clave: adopción, vínculo.

ABSTRACT

The arrival of a child to a home adoption does not always occur in the idealized form we are used to read in the media. Far from this, the beginning of a coexistence between adopted children and adoptive parents is often tinged with insecurity, uncertainty, and not infrequently occurs with the onset of depressive feelings. The way emotions are channeled and integrate the new experiences will largely determine the future of that relationship. It seems so crucial an active member of the technical equipment that promote the emergence of positive relational systems between adoptive parents and children scort.

Key words: adoption, bonds.

Esta comunicación surge de la experiencia extraída en el día a día en el contacto con familias adoptivas en el contexto de la Adopción Nacional en Bizkaia y en concreto a raíz de la toma de conciencia de la necesidades que presentan las familias, en uno de los momentos cumbre de la adopción. Es decir, cuando comienza la convivencia entre padres adoptivos e hijos adoptados.

Para encuadrar el tema haremos referencia al recuerdo de una ponencia que Carmen Maganto ofreció hace años, en la que, en el contexto de la promoción de la salud mental en el momento del nacimiento de un niño, hacía alusión a la función contenedora que la madre podía ejercer en su hijo en dicho momento ante determinadas angustias provenientes de la vivencia de una situación

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

** Psicólogo. Diputación Foral de Bizkaia. E-mail: teresa.de.jesus.sandoval@bizkaia.eus

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

nueva, con posterioridad a la salida del niño del útero materno.

Añadía Maganto, que el padre a su vez podía ejercer una función contenedora de las angustias de la madre y de las emociones que se suscitan en la misma con motivo del nacimiento de un hijo. Pero también aludía al papel muchas veces contenedor de las abuelas en su papel de proveedoras de ayuda logística y por tanto emocional, que dichas abuelas pueden ejercer con sus propias hijas en el momento en que un nieto viene al mundo.

Además dotaba de responsabilidad a los recursos comunitarios (en este caso médicos y pediatras) en su función de poder acoger y tranquilizar a un nuevo sistema familiar naciente.

Es decir, subrayaba la importancia de sostener y contener emociones de todos los miembros de una familia que se desestructura y se desequilibra, con el nacimiento e inclusión de una nueva personita en el hogar, situación esta, en la que cada miembro de este sistema ha de resituarse y adquirir roles nuevos no experimentados hasta ahora.

En el caso de que esta personita provenga de una adopción cabe subrayar que son los técnicos del servicio de adopción (Psicólogos y Trabajadores Sociales en su mayoría) quienes han ejercer como contenedores de este nuevo y especial sistema familiar.

Todo padre y madre ante la llegada de un nuevo ser a su hogar ha tenido unas fantasías determinadas y ha imaginado situaciones nuevas y la forma en cómo afrontarlas.

En el caso de que los niños que llegan a un nuevo hogar sean hijos biológicos, se presupone un instinto básico en las madres, del cual nadie duda, instinto que ejercerá de alarma para avisar a la nueva mama ante cualquier vicisitud ,a fin de que esta perciba las necesidades de su niño.

Esta mamá ha tenido ocasión de escuchar a este niño por espacio de nueve meses, de sentirlo moverse en su interior, y con más o menos emoción podrá acoger a este nuevo ser sin cuestionarse mas allá de lo que físicamente el niño va a demandar en los primeros momentos.

Si este hogar se presenta como un entorno acogedor en el que aparece un padre contenedor y una abuela dispuesta a ayudar emocionalmente a su hija a ejercer e iniciarse en sus primeras funciones maternas, normalmente, la cosa funcionará.

LA CRIANZA EN LA ADOPCION

En el ámbito de la adopción se parte desde una posición en la que, emocionalmente, la familia (toda la familia) se encuentra en desventaja.

La adopción se produce, en la mayoría de los casos, como fruto de dos fracasos que se unen:

- Por un lado el fracaso en la concepción de un hijo biológico que padecen muchas parejas y que, en ocasiones, va acompañado de tratamientos a lo largo de años en los que se ha intentado "todo" por conseguir el tan ansiado embarazo.
- Por otro lado asistimos a la situación de un niño que proviene de una situación de abandono o de maltrato grave, quién no ha conseguido que sus padres biológicos pudieran mantenerle a su lado, con el consiguiente sentimiento interno de: "*algo habré hecho yo para que no me quieran o me maltraten*"

Los padres biológicos parten de inicio de una situación conocida desde el momento del nacimiento. Lo que van a tener en brazos es un niño de un día, de dos, de tres, y así sucesivamente. "

Los más avezados se habrán informado, a través de diversos manuales, de como es el primer año de vida de un niño, lo habrán escuchado a la matrona, al ginecólogo y se lo habrán contado sus amigas, sus madres o sus suegras ...

Las amigas, las suegras, incluso las propias madres de las mujeres que han realizado un ofrecimiento para la adopción, obvian el tema de cómo se ejerce la paternidad-maternidad a fin de no dañar aun mas a la pareja de la que se conoce los problemas que presentan para concebir, "no vaya a ser que les recordemos su falla"

En el caso de la adopción se asiste además a una situación, de partida, de intensa incertidumbre dado que, cuando hemos acudido al organismo público encargado de tramitar las adopciones, y cuando realizamos la valoración de idoneidad que nos faculta para tener un niño en adopción, hemos realizado un ofrecimiento para un niño o unos niños con un rango de edad muy variable.... niños de diversas edades , de 0 a 3 años, de 2 a 5 años de 3 a 7 años ... siempre existe un rango de edad variable entre el que me puedo encontrar como padre, por lo que fantasear con cómo va a ser la vida con ese nuevo ser, parte siempre de una gran incógnita.

Por ello cuando llega el niño de adopción, pasado el primer momento de euforia y una vez comprobado que el nuevo ser es una personita de carne y hueso con sus propias emociones y su propio código de conducta, los padres adoptivos nos cuentan, en numerosas ocasiones, la situación de pánico que en un momento les envuelve, deseando fervientemente que su mundo pare, o con el

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

intenso deseo de que su situación vital retorne a unos meses atrás, abrumados por la carga de novedad, de responsabilidad y de miedo por no saber afrontar el cuidado de un ser que, nos cuentan, no conocen...

CASOS DE ADOPCION NACIONAL

A continuación ofreceremos una pinceladas de situaciones reales del día a día de las familias adoptivas

En la narrativa de estos cuatro casos haremos alusión a algunas situaciones, entre muchas otras, que desconciertan y angustian a las familias de adopción

1. María, que realizó una adopción de una niña de cuatro años dice" *para mí fue terrible comprobar que tenía que empezar a reñir a mi hija antes de poder quererla*".

   Esta situación hace referencia a no sentir el tan cacareado amor que supuestamente se siente inmediatamente, cuando adoptas un niño. Esa química que parece salir a relucir en los medios de comunicación cuando se habla de adopción y la tan manida frase de "El amor todo lo puede" no aparece en la mayoría de los casos, sumiendo a la pareja o persona en un marasmo de confusión y culpa ¿Cómo puedo no estar sintiendo lo que todo el mundo dice que se siente ante la llegada de un niño?

2. Ángel, padre adoptivo de un niño de tres años afirma " en el centro de protección del que salió nos informaron de que se le había preparado diciéndole que iba a tener unos aitas nuevos que iban a cuidar de él , pero cuando cinco minutos después de conocerle, no , creo que no habían pasado ni cinco minutos... me llamo aita , yo no sabía si abrazarlo o echar a correr"

   Esta segunda situación alude al proceso de empoderamiento de la figura de padre o madre, a procesos identificatorios que les han sido negados a las parejas por medio de la biología y que ponen de manifiesto la dificultad que en ocasiones se da para asumir estos roles de manera integradora a través de la adopción

3. Alazne es madre de dos niños de adopción recién nacidos adoptados con tres años de diferencia y nos cuenta "En la primera adopción, Mikel, empezó a vivir con nosotros con 28 días y cuando ya tenía tres años y medio fuimos a buscar a Markel, su hermanito, también con un mes y diez días. Markel era negro, a diferencia de Mikel que era blanco, y nosotros también, pero jamás nos habíamos cuestionado que el color de la piel pudiera ser un problema, por lo que abrimos nuestro hogar a un niño de cualquier raza.

   Fuimos los tres a recoger a Markel al centro de acogida en el que había permanecido durante su primer mes. Mikel iba contento pero en cuanto le vio pareció desilusionarse casi de inmediato. Una vez que envolvimos a Markel en su toquilla, y montamos en el coche para ir a nuestra casa le hice la broma a Mikel de que todavía quedaba en el asiento trasero del coche un sitio para poner otra silla y tener un segundo hermanito ... Mikel mirando al suelo y en voz baja contestó... sí, pero que sea de nuestro color..."

   Este tercera situación hace referencia a que cuando hablamos de adopción normalmente se hace alusión a los deseos expresados por un padre o por una madre, pero en ocasiones no se cuenta con los movimientos que la adopción va a desencadenar en el resto de miembros más o menos cercanos en la familia o círculos cercanos de amigos. La narrativa en ocasiones es que estos padres noveles se encuentran obligados a hacer frente a situaciones con las que no contaban . Hermanos que entran en situaciones de celotipia. Amigos que, de repente mantienen actitudes desconocidas que no esperabamos, rechazo hacia el niño de adopción etc

4. Pedro y Eva vienen a la entrevista de seguimiento y hablan del cansancio que supone tener que dar explicaciones de la adopción en todos lados Eva dice: "*entendemos que nos pregunten, porque a nivel oficial es lógico tener que explicar que es adoptado, pero cuando me empiezan a preguntar que de dónde viene y detalles morbosos acerca de su vida anterior me sale decir cosas muy feas que me tengo que callar... es agotador. Creo que a veces me gustaría irme a vivir a otra población y no contar nada a nadie. Además, es como si fuera biológico. No hace nada que no hagan el resto de los niños. Estoy segura de que nadie se daría cuenta....!!!!*

   Esta cuarta situación hace referencia a un deseo casi continuo de utilización del mecanismo de negación en la crianza de un niño que proviene de la adopción: *es una lata confrontarnos día y noche con la realidad de que mi hijo no es un hijo biológico...*

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

LOS PROFESIONALES DE LA ADOPCION

Por todos los testimonios anteriormente expuestos y algunos más, es complicado que exista el sostén del que hablaba Carmen Maganto en los inicios de una convivencia por adopción, y por otro lado absolutamente necesario, mas necesario si cabe que cuando la biología permite a unos padres tener hijos biológicos.

Es por ello que se señala como crucial la labor de un equipo de adopción fuerte y estable que ejerza los papeles de contención que antes nombrábamos.

A la hora de preparar la comunicación me debatía en cual era la palabra que mejor definiría a estos equipos. Pensaba en equipos terapéuticos, porque son técnicos que en el ejercicio de un buen acompañamiento, quizás no sanen, pero ayudan a dulcificar las heridas narcisistas que estos padres adoptivos traen consigo.

Pensaba también en equipos contenedores en una doble concepción de la palabra,

- Con la capacidad de contener y albergar las emociones nuevas y angustiosas de unos padres que, sobre todo, en las primeras etapas, no se siente legitimados para ejercer como tales.
- También contenedores como depositarios de la incertidumbre de estos padres, de su perdida y de su duelo, de su confusión ante la convivencia con un niño que habían imaginado distinto.

Por último como **catalizadores** de una situación en la que padres e hijos han de comenzar a conocerse.

En cualquier caso y lejos de otorgar un protagonismo excesivo a la denominación de estos equipos cabe subrayar la importancia de que los mismos lleven a cabo las siguientes funciones

► Generar el sostén necesario a fin de ayudar a tejer un espacio psíquico en el que integrar el duelo por la infertilidad, el duelo por el niño imaginario y la aceptación del niño de adopción con su historia previa.

► Ayudar a este niño a permitir su integración yoica y la creacion de nuevas formas de relación con sus nuevos padres, en la que se respete su historia previa y se promocionen lazos vinculares nuevos que no reproduzcan su abandono.

► Es este camino es necesario conocer a este niño , hacerle real a los ojos de sus padres adoptivos , reforzando las situaciones vinculares positivas, dotándolas de entidad psíquica permitiendo en padres e hijos la adquisición de unos roles que la naturaleza les han negado

► Es fundamental ayudar a reforzar la importancia de la paternidad adoptiva como forma de paternidad legítima, distinta de la biológica por lo que los técnicos habrán de ayudar a tejer las estructuras psíquicas necesarias a fin de posibilitar la aparición de mecanismos de defensa sanos, ayudando a integrar los sentimientos depresivos y promocionando dejar atrás la utilización de la negación, tan presente en estos procesos.

► Por último resaltar la importancia de la disponibilidad de los técnicos en los primeros momentos de convivencia (que pueden durar meses) para, en lenguaje de marinos, ir soltando lastre poco a poco a medida que avanza el proceso.

Acabaré la comunicación con unas palabras de Dolores Jofre que parecen representativas de la globalidad del proceso expuesto

Los técnicos de adopción pueden y deben “ayudar a crear a estos padres de adopción un espacio diferenciado que nada tiene que ver con el hijo que no pudieron engendrar y que por corta que sea su edad , tiene una historia propia que habrá que respetar y asumir de una forma natural, la actitud ante aquellos orígenes que habrá que ir revelando al niño no solo con palabras”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Maganto, C. (2004). *La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo. En C. Maganto Mediación. Aspectos psicológicos y sociales*. San Sebastián-Donostia.Ed. Mediacion Familiar (Cap. 1, pp. 3-22)

Jofré, M. (1996). Reflexiones sobre la selección de padres adoptivos. *Anuario de psicologia*, 71 , 121-128.

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

SOSTENER LA CUCHARA. LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS CON SOPORTE ARTIFICIAL, TRABAJO EN GRUPO DE PADRES*

HOLDING THE SPOON. THE FEEDING IN CHILDREN WITH ARTIFICIAL SUPPORT, WORK IN GROUP OF PARENTS

Beatriz Sanz Herrero**, Francisca González González*** y Consuelo Pedrón Giner****

RESUMEN

Los autores describen una intervención grupal con padres de niños con enfermedades graves que precisan de alimentación artificial. El objetivo de la intervención es tratar de priorizar el acercamiento al niño guiado por la palabra y la interacción. Y por lo tanto facilitar que el encuentro con el del cuerpo de niño y la enfermedad, cuente con el mediador del encuentro emocional con sus padres.

Palabras clave: grupo de padres, alimentación artificial, cuerpo, interacción emocional.

ABSTRACT

The authors describe a group intervention with parents of children with severe diseases that require artificial feeding. The aim of the intervention is to prioritize the approach to the child guided by the word and interaction. And therefore facilitate that the encounter with the body of the child and the illness, has the mediator of the emotional encounter with their parents.

Key words: parent group, artificial feeding, body, emotional interaction.

INTRODUCCIÓN

El avance en los tratamientos médicos ha favorecido la supervivencia de gran número de niños con enfermedades crónicas. Esto ha hecho necesario el uso de técnicas a nivel ambulatorio que permitan incorporar a los niños a su medio familiar y disminuir los períodos de ingreso hospitalario. Una de las técnicas que ha experimentado un gran crecimiento en los últimos años es la nutrición enteral por sonda.

Este trabajo se desarrolla en el Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid; de forma coordinada con los servicios de Gastroenterología-Nutrición y Atención Temprana-Logopedia.

En los niños con una alimentación por soporte artificial se repite en lo cotidiano la intervención sobre el cuerpo del niño, la presencia de instrumentos médicos y la vivencia de enfermedad.

Porqué trabajar desde un grupo de padres; el sentido fundamental es tratar de priorizar el acercamiento al niño guiado por la palabra y la interacción. Y por lo tanto facilitar que el encuentro con el del cuerpo de niño y la enfermedad, cuente con el mediador del encuentro emocional con sus padres. Necesitamos contar con la posibilidad de elaboración de las situaciones traumáticas

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

** Psicólogo Clínico Hospital Niño Jesús (Madrid)
*** Logopeda Hospital Niño Jesús (Madrid)
**** Médico especialista en Nutrición Infantil Hospital Niño Jesús (Madrid)

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

en los niños, gracias a la capacidad de soporte emocional de un aparato psíquico suficientemente estructurado.

ATENCIÓN A PACIENTES CON ALIMENTACIÓN CON SOPORTE ARTIFICIAL (Sonda Nasogástrica o Gastrostomía)

Este trabajo se sitúa dentro de la atención a niños con enfermedades graves; pacientes que durante mucho tiempo necesitan una alimentación artificial para lograr un estado nutricional adecuado; desde situaciones de prematuridad a diferentes diagnósticos médicos (enfermedad cardiológica, metabólica…).

Dependiendo del caso concreto se utilizan dos tipos de soporte artificial:

- Sonda Nasogástrica: Vía de alimentación que llega al estómago a través de una sonda por la nariz. Se coloca fácilmente en niños en los que se prevee que la necesidad de soporte no durará mucho tiempo o en los casos en los que la cirugía o la anestesia están contraindicadas.
- Sonda de Gastrostomía: Es necesaria cirugía y el alimento se administra directamente en el estómago del niño. La necesidad de soporte es de larga duración o en situaciones que impiden el paso de una sonda nasogástrica.

Frente a la imagen de un bebé al que su madre le da de comer y a través de este intercambio le habla, le ordena, le da un lugar y le devuelve una imagen de sí mismo. (Ya verás que rico,... te lo ha hecho mamá, un poco más para hacerte grande...).

En la alimentación por sonda se hace presente la enfermedad y los cuidados médicos. En muchas ocasiones tiene más de un acto invasivo sobre el cuerpo del niño, en el que no se cuenta con él o se hace a escondidas (que no lo vea, de paseo...) y casi nunca está mediado por la palabra. La manera de comer de este niño está muy alejada de cómo la madre lo quería hacer.

Es necesario ayudar a estos padres a relacionarse con el niño que hay detrás de la enfermedad, facilitar que puedan acompañarlo y vitalizalizarlo. Hablamos mucho de la conciencia de enfermedad, quizás necesitamos también consolidar la conciencia de normalidad (un niño con los mismos gustos, deseos y necesidades que los otros niños). No negar aspectos de la enfermedad pero también conectarlo con los aspectos vitales de sí mismo.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Capacidad de elaboración psíquica

Partimos de una convicción profunda en la capacidad de elaboración del psiquismo para enfrentarse a situaciones traumáticas y la importancia de evitar situaciones de pasividad y desprotección.

Es necesario consolidar el papel de los padres para evitar que el niño se coloque en un lugar de sometimiento, en el que no hay nada que hacer con el dolor, la pena o la rabia. Necesitamos estar alerta frente a situaciones de descuido o de pasividad y a niños excesivamente buenos.

Proteger de la excesiva presencia de la enfermedad, y también poner la mirada en otros aspectos del niño, facilitar que no sólo se hable del hospital. Encontrar las palabras para explicar al niño sobre lo que le sucede y evitar su papel de espectador frente al lenguaje de los adultos. Anticipar al niño los tratamientos y las situaciones médicas y de esta manera, consolidar un adecuado acompañamiento emocional.

En este sentido es importante contar con los elementos de representación con los que cuenta el niño: el juego, el dibujo, el sueño y las palabras (necesariamente a través de las palabras de los padres). La palabra es el mejor regulador de la conducta y permitirá ir asumiendo la realidad "en pequeñas dosis".

Contar con la realidad pero intentar establecer ritmos adecuados de alimentación (que permitan el reconocimiento de la sensación de hambre) y de sueño (que posibiliten un proceso de separación progresivo).

En la medida de lo posible potenciar tiempo de juego y de relación con los otros niños. (Facilitar experiencias que el niño "no se puede perder": experiencias de placer corporal, espacios intermedios de interacción y atención compartida que a medio plazo, van a consolidar la imitación y desarrollo del lenguaje...).

Funciones parentales

Es necesario rescatar el papel propio de los padres frente a la enfermedad de sus hijos (lo que sólo pueden hacer ellos) y consolidar una interacción en la que los padres no ocupen el papel de enfermera.

Podemos partir de las aportaciones de E. Bleichmar y destacar algunas de las funciones parentales que ella señala:

- Proporcionar cuidado y Protección
- Satisfacer las necesidades de Apego
- Acompañamiento Emocional (Calmar y regular

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

los estados afectivos)
- Otorgar reconocimiento y Valoración
- Atribuir intencionalidad a la Conducta del Niño
- Favorecer la Separación y la Independencia
- Poner límites y ayudar a tolerar la frustración

Como aspectos prioritarios destacamos:
- *Acompañamiento Emocional*: que permite hacer tolerable la experiencia emocional y es la base de la Capacidad de Reverie.
- *Atribución de Sentido a la conducta del niño*: que posibilitará de forma progresiva el desarrollo de la Capacidad Reflexiva del sujeto. Es importante tratar de entender lo que le sucede al niño ("ya sé lo que me quieres decir") y relacionarlo con algo. No se trata de un cuerpo dejado a la repetición. Parte de una elaboración previa en la mente del adulto y facilita una actuación dirigida.
- *Discriminación afectiva*: El poner nombre a la experiencia emocional del niño posibilita que él pueda reconocerse y entenderse mejor por dentro. La madre traduce lo que le sucede al niño y le devuelve una actuación dirigida; facilita que él poco a poco diferencie sus estados afectivos (miedo, rabia, dolor…).
- *Construcción de la Historia del niño*: La historia del niño tiene que ser narrada a través de las palabras de los padres; es importante que pueda lograr un sentimiento de continuidad (en la que se integran elementos del pasado, presente y futuro). En muchos casos la enfermedad hace que el relato se construya a saltos, aparecen recuerdos muy congelados y sin la posibilidad de un construir planes del futuro para el niño o para ellos mismos.
- *Papel del Padre*: Un aspecto fundamental es rescatar el papel del padre; en las situaciones de enfermedad corre el riesgo de quedar difuminado en el estrecho intercambio de los cuidados del niño por parte de la madre. Su función es fundamental como modelo de identificación y acompañamiento.

Trabajo en equipo

El trabajo compartido y la valoración conjunta de los casos (a través de las sesiones clínicas semanales) permite establecer prioridades y objetivos terapéuticos de forma individualizada.

Las intervenciones realizadas por un único profesional no logran dar respuesta a las necesidades de estos pacientes. Se trata de establecer un tratamiento integrado en el que se valoran los aspectos médicos y nutricionales, los aspectos emocionales y las capacidades del niño y su familia, de forma que una actuación multidisciplinar y coordinada pueda evitar la cronificación.

ACERCAMIENTO AL NIÑO GUIADO POR LA PALABRA

La alimentación como intermediario de la interacción

La alimentación se sitúa en un lugar de intercambio privilegiado entre el niño y su entorno (encuentro repetido y espacio de intercambio de miradas, caricias y palabras). En la primera infancia es un pilar básico de la interacción entre el niño y sus padres y será un elemento fundamental en el reconocimiento de sí mismo y en el acercamiento al mundo.

Los niños acuden al hospital a comer y podemos ver cómo se produce ese encuentro. Es necesario valorar cómo ofrecen al niño el alimento y cómo ese momento es vivido por el niño y la familia.

En muchos casos en la alimentación por sonda sólo interviene la madre. La presencia de un tercero actúa como amortiguador del impacto emocional y abre un espacio de comunicación en el que se habla al niño y se escucha a la madre. Permite poner límite a situaciones de desprotección o frente actuaciones muy invasivas. Facilita un lugar para escuchar los sentimientos de impotencia o fracaso de los padres, sin que éstos los inutilicen en el cuidado de sus hijos.

El niño como sujeto

En este programa está presente como hilo conductor devolver al niño el lugar de protagonista de su propia historia. Se abre un espacio en el que a los padres se les pregunta qué piensan que le pasa a su hijo cuando vomita, de qué les gusta el puré o cómo se lo imaginan de mayores.

En la consulta médica se escuchan las necesidades de la familia, haciendo preguntas y dirigiéndose directamente al niño. Por otro lado se trata de favorecer la sensación de hambre del niño y normalizar las rutinas diarias.

En la consulta de logopedia desde el primer momento, facilitando su participación, adaptándose a sus posibilidades y proponiendo pequeños cambios.

En la consulta de psicología es importante destacar el papel de la escucha y el tiempo como elemento terapéutico. La escucha del niño en presencia de los

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

padres y la escucha de los padres en presencia del niño. Un modelo de consulta terapéutica en el que poco a poco cada uno empieza a relacionarse de modo diferente.

TRABAJO EN GRUPO

En el grupo de padres es importante destacar las situaciones de aislamiento emocional y la gran sensación de soledad de estas familias. Organizar un trabajo en grupo de padres no es fácil, dada la necesidad de cuidado de estos niños y en muchos momentos la gran cantidad de consultas médicas. Como aspectos prioritarios de la intervención es importante destacar la identificación entre unas familias y otras y el hecho de que el espacio del grupo ha facilitado una mejor capacidad de cuidar de sí mismos de los padres.

Aspectos importantes del tratamiento

Objetivos Terapéuticos

FAMILIA

- Escucha de las necesidad emocionales de la familia
- Elaboración de la historia previa (Narración)
- Construcción de Imágenes de futuro
- Autorizar los sentimientos negativos
- Facilitar el encuentro emocional
- Regular una separación progresiva

NIÑO

- Escuchar las vivencias subjetivas (miedo, rabia, tristeza)
- Tratar de limitar la experiencia de angustia
- Facilitar la participación activa: Juego como acompañamiento
- Potenciar la interacción a través de las palabras y la mirada
- Facilitar un proceso de separación progresivo (Potenciar la seguridad y anticipar separaciones)
- Favorecer la petición de ayuda directa
- Dejarse calmar por el adulto

Elementos destacados

PROCESO DE SEPARACIÓN

Una de los aspectos importantes del trabajo del grupo se ha centrado en cómo regular los movimientos de confrontación y autonomía de los niños. Las situaciones de separación son vividas como muy amenazantes y se evitan o se hacen de forma muy brusca.

Es muy difícil, en el contexto de una enfermedad, una adecuada regulación de la agresión. Los padres se colocan en situación de sometimiento frente a la exigencia de sus hijos o los niños se descuidan y no son capaces de protegerse.

CAPACIDAD DE CUIDAR DE SÍ MISMOS

Será un elemento fundamental para que los padres puedan servir como modelo de autocuidado. El trabajo del grupo permite limitar las situaciones de sobrexigencia y tomar conciencia de las necesidades de cada uno, poco a poco empiezan a delegar o pedir ayuda. En la medida en pueden prestan atención a otros aspectos de su vida (otros hijos, familia, amigos) permiten limitar el impacto de la enfermedad y construir puentes hacia otros aspectos de sus hijos.

SOSTENER LA CUCHARA

Los padres no son enfermeros del niño, necesitan que se les devuelva su lugar de protección en el cuidado de sus hijos. Sentir que son capaces de calmar, cuidar y ofrecer cosas buenas a sus hijos Sostener la cuchara supone ayudar a crecer a un niño, conectar con sus necesidades, tolerar su protesta y escuchar qué nos quiere decir. En muchas ocasiones frente a la presencia de una enfermedad o el intermediario de una sonda se quedan sin recursos.

En el entorno del hospital se trata de ayudar a los padres a dar de comer a su hijo, facilitar que le miren y le hablen, que le ayuden a calmarse durante la toma, que reconozcan el propio ritmo del niño, que le ofrezcan alimentos y sabores nuevos, que le cuenten que ya saben que él no puede comer como los otros niños pero que poco a poco lo va a conseguir.

Permite un acercamiento al niño en el que el cuidado de su cuerpo se hace a través de la interacción y se pone del lado de los aspectos más vitales del niño, de forma que éste poco a poco irá consolidando su propia capacidad de cuidar de sí mismo. Sostener la cuchara permitirá más adelante sostener las preguntas que el niño se hará sobre sí mismo y su propia historia.

Es necesario ayudar a “sostener la cuchara”. El hospital actúa como red de protección para facilitar que los padres ejerzan una función que nadie puede hacer por ellos. Lograr que los padres puedan “pensar antes que hacer” en el encuentro con sus hijos y de esta manera acaban “acertando” o entendiendo lo que éstos quieren decirles.

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

EL GRUPO MULTIFAMILIAR EN EL HOSPITAL DE DÍA DE NIÑOS*

MULTI-FAMILY GROUP AT CHILDREN'S DAY HOSPITAL

Teordoro Uría Rivera**, Zulema Ahijado Guzmán***, África Serrano Coello de Portugal,****, Jorge Mira Pérez***** y Amanda Rubio Plana******

RESUMEN

En esta comunicación presentamos como se ha ido desarrollando y evolucionando el trabajo con las familias en la Unidad de Niños del HD-CET "Pradera de San Isidro", que consta de 20 plazas para niños entre 6 y 12 años.

Desde la puesta en funcionamiento de este HD-CET en el 2002, partíamos con la premisa de que el trabajo con las familias era una parte esencial en el abordaje integral de la patología psiquiátrica grave en niños y adolescentes desde un HD. Durante los primeros años este trabajo incluía entrevistas familiares individuales con una frecuencia variable y un grupo de padres semanal, de hora y media de duración. En los casos de patología familiar grave se les orientaba hacia una terapia familiar o terapia individual de alguno de los padres fuera del HD-CET. Con los años tuvimos la ocasión de incluir en el programa terapéutico del HD-CET algunas terapias familiares, desde los modelos sistémico, psicoanalítico y de la mentalización. Hace dos años, nos decidimos a poner en marcha un grupo multifamiliar. Reflexionamos sobre las dinámicas y potencialidad terapéutica que este nuevo espacio está aportando al programa general del HD-CET.

Palabras clave: Hospital de Día, unidad infantil, abordaje integral, grupo de padres, grupo multifamiliar.

ABSTRACT

This communication presents how we have developed and the course our work has experienced with the families of the "Pradera de San Isidro" Day Hospital -Therapeutic and Educational Centre (DH - TEC) child unit. This unit attends 20 children between 6 and 12 years old.

This DH-TEC was opened in 2002 and since the beginning it started with the premise that working with the families was an essential part of the DH integral approach with severe psychiatric pathology in children and adolescents. In the early years this work included family individual interviews with a variable frequency and a weekly parents group, that lasted an hour and a half. Those cases that presented severe family pathology were encouraged to receive family therapy or individual therapy for the parents but outside of the DH-TEC. Over the years, we had the chance to include in our program some family therapies from the psychoanalytic, systemic and mentalization models. Two years ago, we decided to start a multifamily group. We reflect on the dynamics and therapeutic potential that this new space is contributing to the general DH-TEC program.

Key words: Day hospital, child unit, integral approach, parents group, multifamiliar group.

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

** Psiquiatra-Coordinador de Unidad de Niños del HD-CET "Pradera de San Isidro". E-mail: turia@hotmail.es

*** Psicopedagoga. Unidad de Infantil de HD-CET "Pradera de San Isidro"). E-mail: zulema.ahijado@gmail.com

**** Psicóloga. Unidad de Infantil de HD-CET "Pradera de San Isidro"). E-mail: africa_scp@hotmail.com.

***** Psicólogo. Unidad de Infantil de HD-CET "Pradera de San Isidro"

****** Psicopedagoga. Unidad de Infantil de HD-CET "Pradera de San Isidro"

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

INTRODUCCIÓN

El HD-CET "Pradera de San Isidro" se puso en funcionamiento en el 2002. Consta de una Unidad de Niños, con 20 plazas de 6 a 12 años y otra Unidad de adolescentes también con 20 plazas de 12 a 17 años. Está integrado en la red de Salud Mental, los pacientes son derivados desde los dispositivos de tratamiento ambulatorio y desde las Unidades de ingreso hospitalario.

En la Unidad de Niños, durante los primeros años el trabajo con las familias incluía entrevistas individuales con los padres, tutores y otros miembros de la familia que estén interviniendo en el proceso de crianza y cuidado del niño con una frecuencia variable y un grupo de padres semanal, de hora y media de duración. En los casos de patología familiar grave se les orientaba hacia una terapia familiar o terapia individual de alguno de los padres fuera del HD-CET. Con los años tuvimos la ocasión de incluir en el programa terapéutico del HD-CET algunas terapias familiares, desde los modelos sistémico, psicoanalítico y de la mentalización. Hace dos años, para intensificar este trabajo sobre la dimensión familiar, nos decidimos a poner en marcha un grupo multifamiliar, que actualmente tiene una duración de hora y media y una frecuencia quincenal.

El trabajo con las familias es una parte esencial en el abordaje integral de la patología psiquiátrica grave en niños y adolescentes desde el HD-CET. El grado de implicación y colaboración de los padres en este trabajo es, como han demostrado varios estudios sobre la eficacia del HD, una variable significativa para la obtención y mantenimiento de buenos resultados en los niños tratados.

El trabajo terapéutico con los niños, por intensivo y eficaz que sea, será insuficiente si no se incluyen las diferentes dimensiones sobre las que se sustenta su desarrollo global (individual, familiar y socio-escolar), que por un lado suelen tener un papel en la etiopatogenia del trastorno y casi siempre se van a ver afectadas por la patología del niño. Por otro lado, estas dimensiones deben acompañar y sostener los cambios que se van produciendo en los niños, evitando así que tengan un papel en el mantenimiento del problema y/o en la resistencia al cambio.

Se busca la complicidad de los padres para que se cumplan en casa las indicaciones, las normas y los límites en la misma línea que en el HD, consiguiendo de esta forma una alianza con los mismos para que colaboren y se impliquen en el tratamiento de los hijos.

También se busca trabajar sobre los aspectos vinculares que, compartiendo la visión que tienen cada vez más autores, están en la génesis de la patología psiquiátrica grave.

BASE TEÓRICA / ANTECEDENTES

Muchos autores han contribuido a poner en valor la necesidad de abordar de forma integral y global la enfermedad mental (con los aspectos intrapsíquicos y también los vinculares del paciente con su entorno familiar y social). Más específicamente, en relación a los grupos multifamiliares, destaca como pionero y gran impulsor de los mismos el Dr. García Badaracco. En nuestro país los primeros en introducir y difundir este instrumento terapéutico en las instituciones públicas han sido, en el País Vasco, autores como Mascaró. En el contexto de Hospital de Día y más concretamente con adolescentes, también llevan años trabajando con este modelo en Cataluña y de manera muy intensa y prolífica en los últimos años Sempere en Alicante.

García Badaracco nos dice que: " la enfermedad mental es consecuencia de una deficiente maduración psíquica del paciente y de un estancamiento en el proceso de formación de su psiquismo, siendo los síntomas psíquicos la forma en que el niño expresa su malestar interno. La mayoría de los factores que consideramos que interfieren en un favorable desarrollo y estructuración mental del niño, son los relativos a la calidad de la crianza y las circunstancias vinculares familiares y sociales en los que éste pueda pasar a lo largo de su vida". También señala este autor que: "El aislamiento social y el comportamiento violento son las dos manifestaciones extremas de la imposibilidad del niño para vincularse de una forma sana a su medio socio-familiar a modo de repetición de determinados modelos aprendidos en la infancia (García Badaracco, 2000)".

La necesidad de trabajar con los padres para poder ayudar a los niños con Trastorno Mental Grave se señala también a través de diferentes conceptos que se recogen en la bibliografía. Así, Levy describe el "poder patógeno de la sobreprotección" (Eisenberg, 2006); Mahler analiza la "relación simbiótica" entre madre e hijo (1984); Winnicott define "la madre no suficientemente buena" como aquélla incapaz de promover la "espontaneidad" del niño (Winnicott, 2006). El desarrollo de la "teoría del vínculo", que correlaciona el origen de la enfermedad mental con la calidad del vínculo materno-filial (Bolwy, 1986). Más recientemente, el desarrollo de la corriente sobre la mentalización impulsada por Fonagy y col. En nuestro trabajo tenemos siempre muy presente la visión sistémica, que hace referencia al "paciente designado" y

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

sus síntomas necesarios para mantener la homeostasis familiar. "El enfermo mental como alguien que ayuda a resolver el problema familiar a través del síntoma" (Boscolo, 1989).

En relación a los beneficios que se presuponen a los grupos multifamiliares, también hay muchas referencias bibliográficas, en diferentes contextos terapéuticos. Pero casi todas se refieren a pacientes adultos y/o en la etapa adolescente. Con los niños en la etapa de latencia teníamos más reservas respecto a cómo manejar las dinámicas y temáticas que surgieran y especialmente cómo podría afectar en las ansiedades de abandono. Por ello tardamos tanto en decidirnos a poner en marcha estos grupos a pesar del aval teórico y clínico, recogido en la bibliografía, de las experiencias con adolescentes.

Autores como Badaraco, Ayerra, Blajakis, etc…hablan de los grupos multifamiliares en los siguientes términos:

"En el proceso grupal multifamiliar pueden ser revisados y modificados los vínculos que el adolescente tiene consigo mismo y con su familia, y viceversa, desenmascarando interdependencias patógenas entre ellos". (García Badaracco, 1997).

"El grupo multifamiliar es el que más poder tiene para promover el cambio en el paciente y en su familia frente a la tendencia al no-cambio: para abrir espacios mentales para cambios que se producirán en el devenir del proceso terapéutico". (García Badaracco, 1997).

"El grupo multifamiliar abre la estructura institucional al exterior, comunicando la institución con el contexto comunitario en el que se encuentra y al que necesita adaptarse. Se estructura como el contexto social en el cual se restituyen las redes sociales rotas por la enfermedad, aportando acompañamiento y sostén para esta familias" (Ayerra, 2002).

"En estos grupos, la función terapéutica del profesional deja de ser persecutoria, como ocurre en las terapias unifamiliares, convirtiéndose el terapeuta en mediador" (Ayerra, 2002).

"Es la solución más completa e integrada a las demandas familiares, puesto que colocar juntos a los adolescentes y sus familias en un contexto de compartir con otras familias y acompañados por el equipo terapéutico enriquece el proceso, desfocalizándolo del contexto unifamiliar y de la exigencia de soluciones puesta únicamente en el terapeuta individual" (Blajakis, 2002).

"El grupo multifamiliar es el lugar pedagógico por excelencia. En él se da un aprendizaje emocional y corrector que aporta nuevos esquemas mentales y que dará otro sentido a los conflictos, mostrando como detrás de expresiones de agresividad y de reproche se esconden demandas de necesidad de afecto y comprensión" (Blajakis, 2002).

"El Grupo multifamiliar abre una pluralidad de temas a tratar en el grupo pequeño, donde los compañeros de cada adolescente pueden rescatar a los otros padres y donde los adolescentes pueden conectar con las dificultades que sus propios padres han podido expresar en el GMF" (Blajakis, 2002).

"El Grupo multifamiliar es el "antídoto" al sentimiento de "agresión". A través del grupo, padres y adolescentes pueden conectar con la sensación recíproca de cómo todos ellos se sienten agredidos desde sus respectivos lugares, desmitificando la intención del otro y liberándolos de culpa" (Blajakis, 2002).

La *potencialidad terapéutica* de estos grupos se sustenta en múltiples variables. Nosotros queremos destacar sobre todo tres:

"Cualquier cambio psíquico debe pasar por la emoción antes de ser mentalizado" (Badaracco, 2000). En estos grupos, el clima emocional que se crea permite una "experiencia emocional correctiva" (Vinadradov y Yalom, 1996).

"Estos grupos actúan como una mente ampliada" (Badaracco, 2000), que va a incrementar la capacidad de reflexión, elaboración y mentalización de cada uno de sus miembros.

"La potencialidad de cambio está en el paciente (y en su familia) y la "*relación*" es la cosa más importante que el terapeuta puede ofrecerle(s)" (Borja, 1995). Estos grupos se convierten en espacios de relación privilegiados.

LOS GRUPOS DE PADRES EN LA UNIDAD DE NIÑOS DEL HD

El encuadre:

Se trata de un grupo abierto en donde hay incorporaciones y altas a lo largo del año pero, dado que la estancia media está entre 6 meses y 2 años, estos movimientos son muy escasos a lo largo de un año, funcionando prácticamente como un grupo cerrado.

Acuden los padres de todos los niños tratados en la unidad, siendo obligatoria la asistencia al mismo como parte complementaria del tratamiento del hijo en el HD-CET. La experiencia muestra que el niño cuyos padres no acuden al grupo se coloca en una situación desfavorable

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

para él mismo y ante sus compañeros cuyos padres sí acuden, en muchos casos estos niños demandan que sus padres vayan al grupo igual que hacen los de los otros niños, como muestra de que se interesan e implican en sus problemas y que colaboran en el proceso de su tratamiento.

Los padres acuden con menor frecuencia al grupo que las madres, por diferentes razones como también señala E. Torres: trabajo, horarios, aspectos culturales que hacen que deleguen en la madre el cuidado y responsabilidad de los hijos, ¿Mayor dificultad para admitir que tienen un hijo enfermo y asumir la herida narcisista que ello supone? Se sienten más apoyados y cómodos en el grupo si hay otros padres y no son todas madres. A veces son las madres las que dificultan el que el padre se haga más presente al vivir al hijo como de su propiedad. Las madres se sienten solas, sin el apoyo de los padres (que no acuden al grupo), solicitan que el padre intervenga más en la crianza del hijo, para favorecer su identificación con él. En ocasiones son los abuelos u otras personas que intervienen en el cuidado del niño como educadores del hogar de acogida, etc…los que acuden.

Se prescribe el secreto grupal, de tal forma que lo que surge en el grupo debe resolverse en el grupo y no fuera, aunque en ocasiones es muy difícil mantenerlo.

La frecuencia del mismo, durante 12 años y hasta que empezamos con el grupo multifamiliar, era semanal con una duración de 1h.30minutos. Lo coordina el psiquiatra, con varios coterapeutas miembros del equipo.

Tarea:

No es un grupo psicoeducativo, ni una escuela de padres (ya que no se sigue un manual de actuación para cada problemática concreta, ni se dan recetas mágicas), ni un grupo de terapia de adultos. Es un grupo donde se trabaja la función de padres, de crianza. En este sentido, tiene aspectos psicoeducativos (límites, normas, castigos, premios, control de esfínteres, alimentación, actividad fuera del HD.,), aspectos emocionales (angustias, temores, rabia, frustración, culpa, soledad,...) y aspectos relacionales (dinámica familiar, los roles de cada miembro, alianzas,...).

Evolución del grupo:

En el grupo, en un momento dado, hay padres de niños que acaban de iniciar el tratamiento, junto con otros que llevan meses y otros que están a punto de irse de alta. Esto hace que puedan surgir a la vez temáticas relacionadas con estos diferentes periodos/evoluciones del tratamiento. Por otro lado, permite que los padres que acaban de traer a su hijo al HD-CET y que llegan muy angustiados puedan sentirse acogidos por un grupo que lleva meses trabajando.

Los padres deben trabajar a través del grupo los sentimientos de culpa, de impotencia, rabia, soledad, la herida narcisista que supone tener un hijo enfermo (fallo en la herencia, en la función de crianza), la conciencia de enfermedad y de necesidad de tratamiento, la sensibilización ante el sufrimiento psíquico, etc. Este trabajo grupal se va desarrollando a lo largo de las diferentes fases por las que pasa el tratamiento, de tal forma que el grupo evoluciona desde pedir normas a interesarse por lo relacional.

Tras 12 años de funcionamiento de estos grupos de padres nos decidimos a empezar el grupo multifamiliar (GMF).

EL GRUPO MULTIFAMILIAR

Mantenemos el nombre originario de (multi)familiar pero estamos de acuerdo con el planteamiento del grupo de Elche, encabezado por Sempere, de entender que lo transcendente en este modelo no es tanto la participación simultanea de un número de familias (multi) como la interacción y elaboración común entre ellas (inter) (Sempere y Fuenzalida, 2013)

¿Por qué tardamos tanto en ponerlo en marcha?

Desde que conocimos, hace ya bastantes años, a García Badaraco y empezamos a leer sobre sus grupos multifamiliares pensamos que serían unos grupos muy útiles dentro del contexto de nuestra Unidad de niños en el HD-CET. Veíamos varios inconvenientes a la hora de ponerlos en marcha. El encuadre, la disponibilidad de un espacio físico, cómo encajarlo dentro del programa general/de los horarios del resto de actividades, la colaboración de los padres, el manejo de la dinámica del grupo,….pero sobre todo lo que más difícil nos parecía era, cómo manejar las ausencias de padres y la ansiedad de abandono que ello generaría en los niños al compararse con los compañeros cuyos padres siempre acuden al grupo.

Finalmente en octubre-14 pusimos en marcha este grupo. Dada la falta de experiencia y las dudas que nos surgían respecto a la dinámica del mismo, quisimos empezar de una manera prudente y humilde intentando controlar lo más posible las diversas variables.

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

Encuadre inicial:

Empezamos con una sesión al mes, que coincidía con el grupo de padres de la primera semana del mes. El grupo de padres tiene una duración de hora y media, en ese tiempo los niños estaban recibiendo clase con el personal docente. Los primeros 45 minutos estábamos con los padres solos y después se incorporaban los niños, junto al resto del equipo terapéutico. De esta forma teníamos un tiempo en el que los padres nos podían poner en antecedentes respecto a la evolución del hijo en la última semana y también así el tiempo con los niños no era tan largo, para que pudieran mantenerse en actitud de trabajo. Los niños cuyos padres no habían acudido ese día al grupo se quedaban continuando la clase con el profesor, intentando minimizar lo más posible las ansiedades de abandono.

Respecto a la disposición en el espacio de la sala pensamos que la mejor era hacer dos círculos concéntricos, de tal forma que los niños se sentaban por dentro, delante de su padre/madre, en el suelo, encima de un cojín o esterilla. Esta disposición permite mantener el círculo, que todos tengan una visión buena del resto y a la vez, simbólicamente, se señala la separación generacional al ponerse niños y padres en dos planos de distinta altura, a la vez que terapeutas y padres nos situamos en el mismo plano frente a los niños, favoreciéndose así la necesaria alianza terapéutica padres-terapeutas.

La experiencia del primer año, nos permitió constatar la utilidad y la potencialidad que tienen estos grupos. También nos ayudó a sentirnos más seguros y confiados a la hora de plantear nuevos cambios en el encuadre para potenciar su eficacia dentro del trabajo global que hacemos en el contexto de HD-CET. Por ello, sentimos que había que aumentar la frecuencia del mismo y el tiempo en el que están juntos padres e hijos. Así, desde septiembre-15 este grupo pasó a ser quincenal, alternando con el grupo de padres solos, entrando desde el principio todos los niños, también los niños cuyos padres ese día no pueden quedarse, que eligen sentarse a los pies de diferentes terapeutas en función de preferencias-identificaciones con figuras paternas. Esta presencia de niños sin sus padres está favoreciendo trabajar de manera más explícita sobre las ansiedades de abandono, que subyacen en la mayoría de los pacientes.

Se irá valorando la posibilidad de ir incorporando a otros miembros de la familia, especialmente a los hermanos.

Reflexiones sobre la dinámica:

Resulta muy interesante y emotivo observar cómo cuando los niños van entrando buscan con la mirada donde están sentados sus padres y corren para sentarse a sus pies. En ocasiones la pareja empezaba el grupo separados por varias sillas y cuando tenían que entrar los hijos, los padres que estaban en medio les cedían el sitio para que recibiesen juntos al hijo. Esto era especialmente llamativo en casos de padres separados en los que hay un conflicto de pareja aún abierto, aunque en la mayoría de estos casos se suelen turnar para venir al grupo de padres por separado. Cuando queda alguna silla libre algún niño pide permiso para sentarse en ella a la misma altura que su madre, aduciendo que se le cansan las piernas cruzadas,…….

En este grupo, la dinámica nos permite observar in vivo el tipo de relación, la interacción, el vínculo entre padres e hijos. La más frecuente es en la que el niño se vuelve más regresivo acurrucándose e incluso tumbándose en los pies de la madre, mientras ésta le acaricia el pelo y la cara. Otros se ponen más inquietos, molestando al que tienen al lado, quedando expuestos a señalamientos por parte de otros niños y/o padres, generando en el padre sentimientos de inadecuación/impotencia,…. Hay padres que aprovechan la situación para pedirle al niño que hable de su mal comportamiento en casa, lo que suele generar en el niño un sentimiento de traición.

Esta exposición pública del tipo de vínculo y los señalamientos subsiguientes por parte de otros miembros no siempre es bien recibida a pesar del clima de confianza que se suele generar.

Los padres se convierte en observadores de las dinámicas que establecen los niños entre ellos y les suele resultar difícil participar/mediar entre ellas, tienden a delegar la autoridad para poner límites en el equipo terapéutico, aunque se les insta a que actúan también ellos con su autoridad de padres.

En ocasiones, en este espacio terapéutico, se reproducen conflictos que ya han vivido con otros niños y sus padres en el contexto del colegio, parque,…Una vez una madre, cuyo hijo muy inquieto que estaba molestando a los que tenía a su lado y que se lo estaban señalando rechazándole, incluso llegando a retirarle el cojín para que dejase de molestar, se tuvo que salir del grupo debido a la tensión que estaba viviendo, al rato pudo volver a entrar. Después a solas confesó que se había sentido tremendamente irritada/enfadada por la actitud pasiva de los padres de los niños que estaban

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

criticando y rechazando al suyo, con gran impotencia/bloqueo/tristeza por no haber podido sacar la cara por su hijo frente a los otros niños y especialmente frente a los padres de los mismos que lo estaban permitiendo. Estos sentimientos los asoció con cómo se sentía ella de niña cuando le contaba a su madre cómo se metían con ella en el colegio y la madre le quitaba importancia y nunca intervenía en su favor. Se le señaló que ella a pesar de que se estaba identificando con el sufrimiento del hijo actuó como su madre y optó por salirse y dejar al hijo sólo dentro del grupo.

Cuando se habla sobre la agresividad siempre hay algún niño que se siente especialmente señalado por el grupo. Resulta conmovedor observar cuando algún padre y/o niño intentan rescatar aspectos positivos, avances, en ese niño, de manera más constructiva incluso que por parte de su propio progenitor.

Este grupo permite, a partir de la exposición grupal, una mayor toma de conciencia de los problemas de los hijos y/o de la interacción con los padres.

Resulta un espacio contenedor si se logra un clima de confianza, de aprendizaje y cooperación entre padres, hijos y terapeutas.

Se ponen en evidencia alianzas cruzadas entre el niño y uno de sus progenitores dejando fuera al otro progenitor, entre padres e hijos dejando fuera al equipo terapéutico,…

Se puede confrontar cómo se están cumpliendo en casa las pautas que se dan a padres y niños desde el HD-CET respecto a las normas, límites, ocio, contactos fuera del HD,…

El propio encuadre del grupo señala a los principales protagonistas, paciente y sus padres, que tienen que trabajar juntos para que la evolución de los problemas sea positiva. Quizás la patología sea del hijo pero los problemas y las soluciones a los mismos están en ambos.

El reconocimiento público y en vivo de los problemas del hijo y de la familia en este espacio terapéutico favorece que se rompa el tabú que hay en la familia, y que lleva en muchas ocasiones a minimizar y tolerar conductas muy patológicas y dañinas tanto para el vínculo y la convivencia familiar como para el desarrollo personal del niño. El compartir todo esto con los demás miembros del grupo va a aumentar la cohesión grupal y va a contribuir a que se logre dar el paso desde lo racional/teórico, que tiene en gran parte el discurso de los padres en el grupo de padres, hasta un nivel más emocional/vivencial en el grupo multifamiliar.

Es destacable la gran motivación que tienen los niños para participar en este espacio terapéutico. Ven y valoran la implicación que ponen sus padres para trabajar sobre sus problemas; ellos ya no están solos ante sus problemas; los padres también tienen que trabajar cosas, también influyen en los problemas y en las soluciones. Lo viven como un grupo serio y especial para hablar de sus dificultades y de las de la familia, como un espacio que les permite expresar sus deseos/quejas ante unos padres que mantienen una actitud de escucha, reforzada por la presencia de los terapeutas.

Aunque en muchos momentos protestan porque los padres nos cuentan lo que pasa en casa, porque los padres nos hacen caso cuando les damos pautas para poner límites y normas en casa,… cuando comprueban que padres y terapeutas están unidos y aliados para ayudarles se sienten más tranquilos y cuidados, con una mayor coherencia de las pautas y los límites.

El problema se da cuando los padres boicotean el tratamiento dándole al hijo mensajes contradictorios con las pautas terapéuticas, que le llevan a estar en conflicto de lealtades siendo muy difícil el trabajo en el HD, desde una convivencia/relación terapéutica a través de generar un vínculo afectivo que le permita tener una experiencia emocional correctora. Este instrumento terapéutico puede contribuir claramente a evitar o minimizar todo lo posible estas situaciones, y si se están dando pueden desvelarse y trabajarse.

La contención emocional que aporta un espacio como este permite poder hablar y elaborar las ansiedades de abandono, tan presentes en la mayoría de los niños, y que se reactivan cuando un niño está sin sus padres.

En definitiva este grupo está resultando muy movilizador, permite hablar de los conflictos de una manera emocional/vivencial y a la vez contenedora.

También, permite obtener una visión integral del trabajo que se hace en el HD, al participar todos los miembros del equipo, poniendo en común las diferentes visiones del problema que aportan, cada uno desde su formación profesional y sensibilidad personal. Para intensificar esto, tenemos ese mismo día, al final de la mañana, una reunión de equipo que hemos denominado reunión de integración, en la que cada miembro del equipo aporta sus reflexiones sobre lo observado y vivenciado en el grupo multifamiliar, intentando ponerlo en relación con los aspectos que trabajan con los niños en sus terapias específicas.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayerra, J. M.; López Atienza, J. L. (2002). *El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. Boletín*, 26, 3-12.

Blajakis, M. I.; López Atienza, J. L. (2002). *Tratamiento multigrupal de la adolescencia (integración del grupo pequeño y el grupo multifamiliar). Boletín* 27, 3-14.

Bolwy J (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida.* 5º edición. Madrid: Morata.

Borja, G. (2004). *La locura lo cura.* Vitoria-Gasteiz: La llave.

Boscolo, L.; Cecchin, G.; Hoffman, L. Y Pen, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Eisenberg, N. (2006). *Handbook of child psychology* (3). 6º edición. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

García Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar.* Madrid, Tecnipublicaciones.

García Badaracco, J. E. (1997). *El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general. Boletín* 7, 3-16.

García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar*. Buenos Aires. Paidós.

Jornadas Europeas de Grupo Multifamiliar, Bilbao, 2009.

López Atienza, J.l., Blajakis, Mª. I. (2012). El clima emocional en los grupos multifamiliares: su construcción y contribución al cambio. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 2 (1): 81-93

Mascaro, N. (2012). El grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. *Teoría y práctica grupoanalítica,* 2 (1): 35-40.

Sempere, J. (2005). El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente.* 2005, 5, 93-102.

Sempere J. (2012). Un modelo integral de atención ambulatoria a niños con trastornos mentales graves y sus familias. Experiencia grupal en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Sempere, J (2012). Nexos del modelo de Psicoanálisis Multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. *Consideraciones acerca de una nueva epistemología. Teoría y práctica grupoanalítica*, 2 (1): 11-20.

Sempere, J. Y Fuenzalida C. (2013). Terapia interfamiliar: de la "terapia de familia" a la "terapia entre familias". *Análisis y difusión del modelo terapéutico. Psicoterapia y psicodrama,* vol. 2, 2013. Pág. 88-105

Torras De Beà E. (1996). "*Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*". Ed. Paidós,

Uría Rivera, T.; Lassaletta A., Y Alcamí Pertejo, M. (2002). "Evaluación a largo plazo de la población atendida en un Hospital de Día Psiquiátrico Infantil". IV Beca de investigación Miguel Angel Martín.

Vinogradov, S. Y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo.* Barcelona: Paidós.

Winnicott, D.W. (1979). "Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico". Escritos de pediatría y psicoanálisis. Laia. Barcelona.

Winnicott D.W. (2002). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

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

TALLER MADRES ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ADOLESCENT MOTHERS WORKSHOP

Marta Báez López*

RESUMEN

El propósito de este trabajo es reflexionar sobre un Taller llevado a cabo durante dos años con regularidad quincenal, con madres adolescentes embarazadas o con hijos pequeños en un barrio de la ciudad de Sevilla. Se trata de una población de mujeres de clase social desfavorecida, sin estudios, con las que se realiza un trabajo de apoyo, contención, orientación, sostén y prevención. A partir de este trabajo, se hace una revisión de la comprensión del embarazo en la adolescencia y la validez de las herramientas técnicas de fundamento psicoanalítico en estos medios psicosociales.

Palabras clave: maternidad, adolescencia, prevención.

ABSTRACT

This workshop has been held two years now with a fortnightly regularity, and it focuses on pregnant teenagers or adolescents with children in a neighbourhood of Seville. It deals with a population of pregnant teenagers or adolescent mothers who belong to a disadvantaged social class, without studies, with which it is carried out a labour of support, containment, orientation, assistance and prevention. Thus, throughout this job, it is made a reflexion about teen pregnancy and the validity of the psychoanalytical approach in those psychosocial areas.

Keywords: maternity, adolescence, prevention.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que presento hoy tiene una doble finalidad: por una parte, es un intento de reflexión sobre la maternidad en la adolescencia en entornos institucionales carentes con una población marginal en situación de precariedad. Por otra parte, no pretendo plantear un modelo de intervención, sino que esta experiencia concreta de trabajo preventivo en este contexto social y que requiere ciertas adaptaciones técnicas y del encuadre, es una buena excusa para profundizar en el hecho psíquico de lo que representa y significa la maternidad en la adolescencia.

Como sabemos, la adolescencia es un período de la vida que se inicia en la pubertad y termina cuando la persona consigue ser autónoma y hacerse responsable de su vida. En el mejor de los casos, se va dejando atrás la identidad infantil y se construye la del adulto a través de la consecución de un medio de vida propio, procurarse aquello que se necesita y estar suficientemente satisfecho… Es por tanto un proceso complejo de transformación y cambio, de desconcierto, miedo e inseguridad. El adolescente va haciendo un recorrido en una andadura hacia el descubrimiento y conformación de su propia identidad.

Es una época de desajustes y duelos por lo que se deja atrás pero también y al mismo tiempo, de proyección e ilusión por lo que tiene que venir. Una de las tareas más importantes de los adolescentes es integrarse en el mundo

* Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta. Consulta privada. Programas de prevención en Perinatalidad. E-mail: martabalo@msn.com

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

del adulto. Es una preparación para la entrada en el mundo de los adultos. Quizá por ello hay mucha vacilación, desconcierto y a veces una cierta prisa, aunque en nuestro contexto cultural en ocasiones y debido a diversas razones sociales, como la falta de trabajo, la predominancia de valores individualistas en los que se prioriza el desarrollo individual de la persona y la búsqueda de un diseño de vida libre entre otros, sucede lo contrario, que esta época se prolonga en exceso y la madurez se retrasa. Hay ganas de vivir pero también dudas y desorientación. Algunos adolescentes pueden ser empujados a separarse de sus padres de forma rápida, a vivir, a sentir, a no pensar, a ser sobre todo ellos.

La transformación del cuerpo produce confusión, escapa a su control y por ello el adolescente siente desequilibrios, turbulencias, desacompasamiento, extrañeza… La sexualidad irrumpe con fuerza en este momento con un intenso desarrollo de deseos y pulsiones sexuales desconocidos hasta entonces y que constituyen una de las cuestiones más difíciles de asimilar emocionalmente. Lo pulsional se exacerba y se convierte en un imperativo que le lleva a la acción y como posible consecuencia de esto, a veces sufre angustia y desasosiego.

Propio de esta etapa de la vida es la impulsividad y la dificultad para mentalizar, elaborar, siendo el paso al acto una característica que se impone sobre el pensamiento y su representación. Vamos a comprobar que en muchas ocasiones, la acción tiene que ver con una sexualidad actuada, a la búsqueda de satisfacciones inmediatas, y que por este motivo, a veces se producen embarazos no programados. Sin embargo y esto lo comprobamos a menudo, aunque los embarazos en la adolescencia suelen no ser planificados o buscados conscientemente, eso no significa que no sean deseados en muchos casos.

Esto supone precipitarse a vivir la madurez que requiere la maternidad del adulto en condiciones de mayor vulnerabilidad para los padres y para el niño. Cabría preguntarse no obstante, si en el entorno de poblaciones con menores recursos, la mujer adolescente que se embaraza, lo hace por error, es un fallo en la desinformación sobre los métodos anticonceptivos, si busca o no tener un hijo, si por tanto tiene un deseo definido y qué representa para ella… Seguramente, nos encontremos que en muchos casos de mujeres jóvenes, el proceso de búsqueda de una identidad madura adulta socialmente aceptada, se encuentre asociada a la maternidad. Son todas preguntas y reflexiones para hacernos.

En la paternidad de los adolescentes jóvenes, los procesos de cambio que se soportan tienen una doble complejidad. Por un lado, estamos en una crisis dentro de un tiempo difuso de pérdidas, inseguro e inestable y con falta de un espacio propio, relacionado con el cambio de pasar de la niñez a la adultez. Por otro lado, el cambio que supone pasar de ser mujer/hombre a ser padres de un niño. Quizá en este caso, debemos entender que las fantasías que se despiertan en la joven que va a ser madre, tienen diferentes matices que en otros casos y según el entorno en el que nazca ese hijo, será necesariamente también diferente.

La separación todavía no resuelta de los padres jóvenes con sus propios padres, requiere que tengan que adaptarse a los procesos de separación que más tarde se van a plantear entre ellos y su hijo. Los padres adolescentes tendrán que moverse en un tiempo, en el que, siendo dependientes de sus propios padres, tienen que separarse de éstos para conseguir ellos ser padres de un bebé. Por otra parte, contemplamos que en muchas ocasiones la madre joven llevará su maternidad en solitario, con la ayuda de su familia de origen, con la compañía o no de su pareja o de la familia política.

Los adolescentes padres y madres se mueven en una tesitura en la que no han dejado de ser niños del todo y todavía no son hombres y mujeres desarrollados como tales. Por tanto están en proceso de transformación a la búsqueda de una identidad propia como personas. Dicho de otra forma, se encuentran en un período de la vida todavía en crecimiento teniendo que hacer una función de educadores de sus hijos que a su vez comienzan su crecimiento. Si a ello, añadimos el contexto familiar con múltiples dificultades y carencias en cuanto a competencias para ejercer su papel como educadores de prácticas sociales deseables, nos encontramos ante situaciones de mayor vulnerabilidad y donde puede ser pertinente intervenir de forma preventiva.

Seguramente no tener un proyecto de vida en común, el temor a ser inmadura/o o la incapacidad para llevar a cabo la maternidad/paternidad, cómo van a contemplar su papel como madre y padre sintiéndose todavía sin terminar de definir como mujer y hombre, inseguros y dependientes de sus padres sin haber acabado de resolver todavía la relación con éstos, cómo asumirá la madre los cambios del cuerpo adolescente, con una estructura mental todavía en desarrollo, para poder contener dichos cambios y un nuevo cambio corporal en una mente también cambiante, en transformación. Cuál es el lugar que tendrá el niño que nacerá en este contexto de modificaciones complejas y cómo serán los impactos emocionales y comunicativos

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

de los padres con sus hijos…

Si tenemos en cuenta que el bebé desde el principio, capta los estímulos de la madre e interacciona con ellos, me pregunto cómo va a ser ese intercambio entre la mente de la mamá y de su bebé, cómo se va a conformar el camino por el que van a transitar ambos y por ende, las modificaciones nerviosas que van a influir en el desarrollo y estructuración precoz del bebé y de su psiquismo primitivo. En definitiva cuáles serán las proyecciones de la madre y el entorno con más o menos sintonía con las necesidades del bebé y su satisfacción. Desde esta misma perspectiva, la familia de adolescentes con problemas de contención propia, cómo se pueden desenvolver con sus bebés si puede que así mismo, ambos tengan escasa contención.

Vemos que existirán aspectos socioculturales, económicos, subjetivos y familiares que se entrecruzarán en un análisis dentro de diferencias de género, clase social, edad, subjetividades, condiciones de vida… que conforman un escenario en el que los jóvenes van a tener que desenvolverse, funcionar y manejarse como madre, padre o red familiar de apoyo e hijo. En síntesis, nos encontramos con un cuerpo cambiante, el de la madre, en unas mentes cambiantes de los padres, sobre un niño en proceso de desarrollo. Por todas estas cuestiones, intervenir ayudando y apoyando a las madres más vulnerables en su tarea de potenciar y favorecer el crecimiento de sus hijos es un cometido sino imprescindible, al menos muy necesario. Sobre la importancia de todas estas cuestiones planteadas con anterioridad, surge la necesidad de realizar un programa de prevención en el que puedan beneficiarse diferentes mujeres jóvenes.

PROGRAMA

Este programa de carácter preventivo, surge como una demanda que se realiza por parte de servicios sociales dentro un barrio de Sevilla. Las trabajadoras sociales de la zona, tienen una población de mujeres jóvenes embarazadas o madres en edad adolescente en condiciones desfavorecidas y con escasos recursos formativos para las que se solicita una intervención de apoyo. El contexto de estas mujeres es precario y pertenecen a un medio social desasistido en recursos, en formación, educación y que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad psicológica y familiar. Por tanto, las condiciones de partida son de mayor desamparo respecto a otros grupos sociales y por consiguiente, de mayor riesgo.

El programa va dirigido a 13 mujeres adolescentes embarazadas y a sus 15 hijos. Las edades de las madres están comprendidas entre los 16 y 23 años de edad. Estas personas solo tienen estudios primarios y se encuentran al margen del sistema educativo, pertenecen la mayoría a familias extensas y desestructuradas. Normalmente viven con sus padres o los padres de sus parejas en condiciones de hacinamiento y por tanto carecen de vivienda propia y dependen económicamente de sus familias de origen. Salvo una de ellas, todas tienen pareja pero ésta no siempre es el padre biológico de sus hijos. Dos del grupo, han estado en un centro de protección de menores y una de ellas en un centro de reforma. Se dan condiciones de carencias afectivas, emocionales y económicas. Todas las mujeres de este grupo son usuarias de servicios sociales.

Tenemos una población con necesidades de atención específica y vamos a ver qué hacemos, cómo nos acercamos y al mismo tiempo, vamos a valorar qué sentido tiene y qué nos podemos plantear.

Objetivos Generales

√ Crear un espacio de expresión, comunicación y reflexión en el que se facilite la elaboración y mentalización sobre el proceso de la maternidad.

√ Sensibilizar a las madres adolescentes en la importancia nuclear de su papel como madres en el desarrollo emocional de sus hijos.

√ Actuar preventivamente en la facilitación del vínculo

Objetivos Específicos

√ Facilitar información sobre el desarrollo emocional y características de las necesidades del niño.

√ Favorecer un espacio de reflexión sobre aspectos generales de la vida cotidiana y de criterios sobre la educación y el funcionamiento del grupo familiar.

√ Favorecer la comunicación emocional en el entorno de las relaciones familiares. que posibiliten el crecimiento emocional de los hijos y del grupo familiar.

√ Potenciar la participación consciente de las madres jóvenes en la mejora de la relación con sus hijos y en la educación emocional de éstos.

√ Mentalizar sobre la importancia del apoyo del padre biológico, o en su caso otro referente masculino en la familia de origen, para favorecer la triangulación necesaria que oriente al niño hacia un tercero.

TEMAS TRATADOS. FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

Se han realizado sesiones de trabajo en una sala cedida por parte de una fundación vinculada al ayuntamiento

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

de Sevilla. Los hijos de las madres que han acudido a las sesiones de grupo, han sido atendidos en una sala cercana a la de las madres dentro del mismo pasillo por una educadora de la fundación y con la ayuda también del conserje que preparaba esta sala de juego infantil con muñecos y juegos diversos.

Las sesiones de trabajo de hora y media de duración, siempre en la misma sala donde nos sentábamos en sillas en círculo, junto con los carritos de los bebés que traían algunas madres. Los temas iban surgiendo a medida de la necesidad de las mujeres. A veces más perezosas, algunas más implicadas y participativas que otras, a veces yo preguntaba por los días que no nos habíamos visto, si habían pensado o se les había ocurrido pensar algo de lo que habíamos ya comentado en otras sesiones, sobre lo que habían vivido esas dos semanas, sobre dudas que tuvieran o cuestiones que quisieran comunicar…

Los temas que se han tratado en estas sesiones de trabajo han sido sobre asuntos que han ido trayendo las mujeres, teniendo en cuenta que el objetivo principal era ajustarme y adaptarme lo más posible a sus necesidades, inquietudes o dudas, muchas veces también introducidas por la presencia de los bebés o niños en la sala, con lo que se daban diversidad de temáticas en función de las diferentes edades de los hijos. A saber:

- Importancia de la familia como entorno y soporte emocional y educativo.
- Funciones de los padres, diferencias hombre-mujer, distintos cometidos y funciones.
- La maternidad: una satisfacción, una carga y a menudo una queja, un deseo, un orgullo que se enseña, una responsabilidad…
- El bebé: algunos aspectos sobre cómo es y cómo se desarrolla.
- El respeto hacia los hijos.
- Necesidades físicas y emocionales del bebé: cómo hacer, qué puede necesitar, diferencias en los ritmos de cada uno y su forma de ser…
- Cuestiones importantes y cómo abordarlas en cuanto al bebé y el niño pequeño: comunicación en ausencia del lenguaje, llanto, sueño, alimentación, control de esfínteres, el chupete, saber decir lo que está bien y lo que no: los límites educativos,…
- La importancia de lo que somos, lo que hemos vivido, lo que hacemos con los hijos y cómo lo hacemos.
- La escolarización y el papel que juega en la socialización de los niños.
- La seguridad y la confianza en el desarrollo de cada niño y cómo hacer para potenciarlas.
- Las relaciones con la familia de origen y la familia política: conflictos y rivalidades.
- El papel de otros en la educación (la convivencia de tantos) y cómo pueden interferir en la confusión de los criterios educativos.

En cuanto al funcionamiento concreto del grupo, se podría decir que en su mayoría ha sido oscilante, irregular, inestable, partiendo de su realidad y con unas expectativas posibles adaptadas a dicha realidad. El clima del grupo ha sido ruidoso, se interrumpen y cada cual habla de lo suyo con dificultad para escuchar, aún cuando les recuerdo la importancia de no solaparse unas a otras, saltan de un tema a otro sin mediar, les cuesta concentrarse, hablan de repente con la de al lado, se ríen de lo que ha dicho otra...

La confianza de las mujeres entre sí y también conmigo para abrirse, expresarse y mostrarse, fue uno de los temas que requirió un tiempo inicial en el que fue necesario que se sintieran cómodas entre ellas y conmigo. En las primeras sesiones notaba miradas de recelo y desconfianza en la mayoría de las mujeres hasta que poco a poco pudieron irse relajando progresivamente. Se notaba al comienzo, que algunas madres se sentían con mucho criterio, como si nadie pudiera decirles lo que es mejor o peor y también entre ellas se juzgaban para reafirmarse en sus posiciones a veces idealizadas sobre su maternidad y circunstancias.

Lo que les indico y señalo sirve en el momento inmediato pero se les olvida con facilidad. Por ello la importancia de la repetición y la vuelta a los temas las veces que sean necesarias aprovechando y engarzando unas cuestiones con otras, siempre de forma simple y sencilla. Es por eso, que en ocasiones tenía que además de repetir, encontrar otra forma de explicar más fácil. Me preocupaba la idea de hacerles llegar nítidos los mensajes y que éstos les sirvieran en su cotidianidad y en el manejo de las diferentes situaciones que vivían. Por esto también, deseaba que se pudieran hacer presentes fuera, algunos flashes de lo que hablábamos en la sesiones en momentos concretos de su quehacer diario, como un recordatorio que les ayudara a funcionar mejor.

La tendencia del grupo en general es muy disruptiva, hablan rápido, no terminan los temas, quieren participar a la vez y tienen dificultades para contenerse. Les cuesta escuchar a la otra persona y respetar el turno de palabra interrumpiéndose y dispersando su atención frecuentemente. Por este motivo, a menudo les pregunto por si han entendido lo que les digo y propongo a alguna

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

de ellas que lo explique con sus palabras, o si podría decirme qué ha entendido como una estrategia más psicopedagógica. Me preocupaba que no vinieran, que la actividad no la vivieran como una ayuda ya que la necesidad no era sumida como propia, en un principio. Una vez organizado el grupo, cuando ya acudían con asiduidad, temía que no pudieran incorporar aquello que escuchaban, o aquello que se originaba en el seno del trabajo del grupo por pertenecer yo a otro contexto social y no adaptarme suficientemente a un pensamiento con tendencia a funcionar a un nivel más concreto. Por estos motivos, mis intervenciones tienen necesariamente un carácter más pedagógico.

Llegan tarde a veces, se les olvida el día, hay que llamarlas un día antes y avisarles como si fueran niñas pequeñas a las que les cuesta hacerse cargo. A veces se mueven con pereza, se muestran lentas a la hora de tomar la decisión de levantarse por algo que necesitan sus niños o bebés, adoptan posturas corporales de estar tiradas en la silla, de poder reírse, relajarse y no tener que responder a todo, les cuesta acatar las normas del grupo, se quejan de la vida, las suegras, los niños que se mueven mucho, tener que hacerlo todo… En cambio llevan regularmente a sus hijos al colegio, algunas hacen la comida y otras ayudan a sus madres en la casa.

El grupo, el contacto entre ellas y los contenidos de las sesiones, les permitió sentirse como las otras mujeres, reconocerse también en las demás y en dificultades o problemáticas similares, identificar sentimientos negativos, poder quejarse de lo que viven, lo que les gusta o les disgusta, lo que no saben como otras tampoco saben, dentro de un espacio de grupo en el que no se valora negativamente el error, no se juzga, pero sin embargo, se puede hablar de hacerlo mejor y esto les fue dando confianza, soltura y comodidad, lo que se fue notando en el relajo de sus miradas, en una mayor comunicación dentro del grupo y en su deseo de volver a la siguiente sesión con ganas. Asistir al grupo no era obligatorio, pues al ser usuarias de servicios sociales, temían que si no asistían, esto pudiera tener consecuencias negativas en algún sentido.

La presencia de los niños en la sala fue una experiencia muy positiva porque nos obligaba a improvisar con flexibilidad, como flexible también es la forma de vivir la relación con el hijo y la adaptación a sus necesidades cambiantes, los temas y las cuestiones que iban surgiendo si un bebé lloraba, o si le daban de mamar, o si había que cambiarle, cómo lo cogía su madre u otra madre que estaba más cerca, cómo acunaban a los niños, lo que les decía yo alrededor de la escena que se producía en ese momento… Por mi parte, iba aprovechando la conexión a través de la experiencia viva y compartida en el "aquí y ahora" del grupo cuando se daban estas situaciones, para hablar y pensar acotando, aclarando, ordenando, señalando algo que pensaba que tenían que saber o que podía ser más fácil de hacer o de llevar, según la situación concreta. Buscaba que lo que se hablaba, pudiera ser pensado y conectado con lo vivido dentro de una experiencia de contención de grupo, entrenándose conmigo para pensar, hacerse preguntas, propiciando la sustitución del pensamiento por la acción.

MATERIAL DE TRABAJO: ALGUNAS VIÑETAS

Un trozo de sesión: Una de ellas dice "yo quiero hablar de lo del chupete que el mío con tres años que tiene sigue, pero yo se lo doy para que se calle". Intervienen todas a la vez: "pues yo ya se lo quité" y otra: "el mío lo tuvo muy poco tiempo", otra: "yo se lo doy cuando me lo pide", otra: "yo no tengo ese problema porque a la mía no le gusta"…

Les recuerdo que es mejor que hablemos una a una porque si no, nos oímos pero no sirve de mucho. Les pregunto si saben por qué se les da chupete a los niños.

Una dice "yo he oído que no es bueno para los dientes" otra "pues yo se lo doy cuando me lo pide" "al mío no le gusta tanto".

Les digo que ahora la pregunta que les hago es que por qué creen que se les da chupete a los niños pequeños.

Dicen: porque les gusta, duermen mejor, porque se quedan más tranquilos, porque siempre se les ha dado, porque sus madres se lo daban a ellas…

Les comento entre varias interrupciones que parece que tienen en cuenta lo que sus madres hacían con ellas y cómo ahora lo hacen ellas con sus hijos. Después, les explico que la boca es una zona del cuerpo que sirve para comer, pero que a la vez, también produce mucho placer y que cuando el niño succiona siente gusto y eso le calma y le tranquiliza en momentos como cuando tiene que dormir, se queda solo en la cuna, algo no le gusta, le duele algo y esto le consuela. Que a veces las madres nos pasamos porque darle el chupete es una manera fácil de que se calme, de que se calle, pero que el niño cuando ya se hace mayorcito, tiene que encontrar otras formas de consuelo. Les digo que quizá podemos empezar a no dárselo de día para después quitárselo también de noche poco a poco cuando ya no lo necesitan. Se me ocurre también preguntarles por otras maneras que pueden

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

consolar a sus hijos.

En otro momento surge el tema de la lactancia pues una de las madres dice que sigue dando el pecho a su hija de casi tres años. Cada una va diciendo el tiempo que han dado de mamar a sus hijos.

Pregunto sobre el tiempo que les han dado de mamar a sus hijos, si lo han pensado o es que lo han ido dejando para más adelante. Parece que es bueno pensar lo que hacemos y por qué lo hacemos. Les recuerdo lo que hablamos del chupe. Mamar es importante y beneficioso para la madre y el niño que tiene que alimentarse y sentirse cerca de su madre. El bebé tiene que mamar durante un tiempo, pero luego le salen los dientes y tiene que comer otros alimentos y seguir tomando pecho, no le ayuda a crecer y a separarse de su madre para relacionarse con otros. Entonces mamar no le sirve como al principio y acaba siendo una costumbre que no le ayuda a hacerse grande.

Una de ellas, no dijo nada durante un tiempo, pero en una de las sesiones posteriores, comentó que su hijo ya no tenía el chupe. Otra dijo que su hijo ya no le pedía tanto el pecho.

Otro día: Sale el tema de las suegras y lo mal que se llevan con ellas. Entonces hablan de cómo les va a cada una: "siempre está en medio", "a mí no me va mal porque yo me entiendo con ella", "yo no la aguanto", "yo no la hablo", "yo tengo que hacer lo que ella dice"…

Les digo que parece que eso es muy frecuente y que si han pensado por qué creen que tiene que ser así eso de que hay que llevarse mal con las suegras

Continúan hablando y haciendo comentarios molestos o negativos sobre sus suegras.

Les comento que si no han pensado que ellas son mujeres como la suegra y que en medio de las dos está el hombre, que es hijo de sus suegras y que a la vez, ese mismo hombre, es su pareja para ellas. Es como si ambas se pelearan por el hombre y por ver quién es más importante para él.

Esto les deja calladas como si de repente oyeran algo que no habían contemplado. Y dice una "claro, por eso se pone así cuando llega él que parece que solo está ella". Van diciendo y soltando y parece que se dan cuenta de lo que les molesta que la suegra con la que viven sea la madre de su pareja y tenga que intervenir y jugar un papel importante junto con ellas.

Les digo que también cuenta para algunas, que están en la casa de la suegra viviendo y que esto impide que puedan estar a sus anchas con su pareja y sus hijos, sentir que tienen autonomía y que son responsables del cuidado de sus hijos y por tanto tener un criterio de cómo hacerlo ellas con su pareja. Eso sería poder ser más maduras, más activas y menos hijas.

Otro día una de ellas dijo: "pues yo ahora me llevo mejor con mi suegra".

Otro día más: "Tengo unas ganas de vivir en mi casa, qué harta estoy, mi madre me ayuda, pero… qué ganas…" "Yo no me llevo mal con ella pero tengo que hacer lo que ella quiere, como estoy en su casa…" "Yo desde que vivo con mi pareja estoy mejor y hago lo que quiero en mi casa" "Pues a mí me gusta vivir con mis padres porque si no fuera por ellos…"

Parece que cada una tiene una situación distinta y que seguramente es diferente vivir con los padres en su casa, a vivir con la pareja en tu propia casa.

"Sí claro, pero a ver quién puede" Otra le contesta, "pues búscate uno de los pisos"… (aquí se refiere a los pisos vacíos que pueden ocuparse transitoriamente) ya que ésta parece ser la única forma de conseguir vivir fuera de la casa de los padres o suegros. Ya alguna ha vivido así (dos de ellas) y es el objetivo de casi todas las que quieren vivir con su pareja y los niños. Una de las jóvenes que vive con su madre y no tiene pareja, es la que menos participa y es la que ha reconocido que ella necesita vivir con los padres.

Bueno, no todas pensáis lo mismo y tenéis situaciones diferentes pero entonces, lo que sí os pasa a todas, es lo difícil de poder vivir por vuestra cuenta.

Hablamos después que en la convivencia una de los temas que se repiten es que los abuelos, la mayoría suelen meterse en lo que tienen que hacer con sus hijos y esto no les gusta y que muchas veces les llevan la contraria de lo que hacen y así es, como si ellas fueran niñas.

Les pregunto qué piensan sobre esto que los niños reciban distintas ideas sobre lo que tienen qué hacer, lo que está bien o mal.

Se quedan calladas solo un momento y una dice "que si no le dejes que coma chuches, que si no le dejes que se suba en la silla… todo el tiempo igual, se creen que no se cuidar del niño, vamos"…

Es como si no te gustara que te trataran como una niña que no sabe, no?

Pues claro y hablan a la vez un rato.

Habéis pensado si también puede ser que a veces resulte más fácil que te lo hagan y te digan, porque es más cómodo?

Se ríen y hablan entre ellas diciendo cosas que son pesadas de hacer pero si se las hacen… Otra dice que prefiere hacerlo ella a su manera y que su hija se vuelve

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

loca con las cosas que le dicen todos.

Les comento que quizá esto es importante para los niños el hecho de que reciban distintas indicaciones por parte de diferentes personas porque les confundimos, como bien ha dicho ella. Les pregunto cómo creen que se podría evitar esto para que no intervengan tantos en el niño.

Poco a poco vamos viendo cosas de cómo ir haciendo para que ellas se encuentren menos infantilizadas, puedan tener una actitud de mayor implicación, seguridad y eviten delegar en los adultos, creando criterios propios y haciendo valer sus criterios con los hijos, las parejas, las madres y las suegras.

Así que progresivamente y de forma leve, se fueron produciendo algunos cambios como:

√ Finalizar el amamantamiento cuando éste se había prolongado excesivamente

√ Suprimir el chupete

√ Contemplar la posibilidad de vivir independiente con la pareja.

√ Ver en la compañera con mayor facilidad lo que no está bien planteado en ellas mismas.

√ Hablar como si fuera yo la que interviniera y luego mirarme a mí para ver si estaba bien planteado y yo lo aprobara que es una forma de incorporar lo que aprenden y aplicarlo fuera.

√ Mayor independencia de criterio a medida que avanzábamos en las sesiones dando por sabido algo o incluso teniendo su propio criterio con respecto a la relación de pareja o cuestiones relacionadas con los hijos.

√ Mayor diferenciación y capacidad para comprender y convivir con sus suegras.

√ La forma de relacionarse con sus madres con las que empiezan a tener mayor relación de complicidad, cercanía y equilibrio.

En estas viñetas, se busca que los temas los introduzcan ellas en el grupo. Procuro que haya una atención y escucha por mi parte con respecto al interés de sus comentarios y a veces demandas de actuaciones concretas, también, que puedan pensar sobre lo que hablamos y ofrecer una parte ligera de contenido comprensivo o elaborado en mis comentarios. Percibo con agrado a medida que suceden las sesiones, que acuden contentas, ponen más interés en lo que hablamos, se apoyan, se solidarizan con las compañeras, parecen a gusto, se divierten y se ríen durante el tiempo que duran las sesiones, se arropan entre ellas, allí se muestran niñas y también cuidadoras de sus hijos y de los de otras, actitudes y aspectos todos ellos que valoro muy positivamente.

Su tendencia es hacer comentarios rápidos, de manera impulsiva a veces sin corresponder con lo que se les pide y sin pensar en ello y en lo que se les pregunta. Me imagino entonces que algo parecido puede pasarles también en la relación con sus familias de origen debido posiblemente a una manera omnipotente de sentirse. Ante la fragilidad, la dependencia o la dificultad para organizarse, se defienden con la idea de que no necesitan nada de sus padres. Por tanto las dudas o los límites quedan colocados en el otro adulto, y así se liberan de dichas tareas mentales que cuesta tolerar ya que implican ambivalencia. Es como si negaran la dependencia y necesidad cuando todavía no pueden desenvolverse solas del todo, ni tener un nivel suficiente de autonomía. Es la contradicción y paradoja que se da entre la dependencia y la separación con respecto a los padres. Creo que en la medida en la que también pueden vivir la experiencia del grupo y la relación conmigo como algo que necesitan y les viene bien, también pueden aceptar mejor otras dependencias y les sitúa más en la realidad y en la madurez de dicha realidad.

El grupo es heterogéneo en cuanto a la edad que oscila entre los 16 y 23 años y también en cuanto a la situación familiar en la que se encuentran inmersas. Algunas no tienen pareja y viven con su familia de origen, otras viven con la familia de origen de su pareja, alguna vive con su pareja, otras viven con la pareja nueva que no es padre biológico del hijo. Las de mayor edad, se sitúan respecto a las más jóvenes en una posición más madura dentro del grupo y se muestran más sabedoras, haciendo de madres cuidadoras, imitando mi posición en el grupo, dando algún consejo, cogiendo el bebé de la otra para demostrar que lo saben hacer ellas y repitiendo lo que yo digo como si lo dijeran ellas. Parece que intentan imitarme porque se identifican conmigo, valoran la función que ejerzo y este es un primer paso para poder introyectar. Posiblemente también, era una manera de competir entre ellas, mostrando los aspectos más omnipotentes para sentir que saben y pueden llevar a cabo sus funciones maternas y de esta manera sentirse también menos frágiles. En momentos se muestran como hijas perezosas y con dificultades, pero vemos también, que pueden hacer de mamás con sus compañeras, que apoyan, enseñan,… Parece que aquí entonces pueden identificarse más con una madre que sostiene o una persona que tiene experiencia por edad y por formación y que las sostiene en parte a ellas.

Esta actividad ha sido concebida como una necesidad

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

detectada por los servicios sociales que apoyó mi propuesta para llevar a cabo este grupo de trabajo durante dos años consecutivos. Me acercaba a una realidad según unas condiciones de partida debiendo entender el medio, la población, el grupo, los recursos y construir unas relaciones para llevar cabo una labor entre lo preventivo, terapéutico, contenedor y pedagógico. Me presentaba como un referente estable de unas mujeres que se mueven con unas necesidades específicas, que acudían porque se les había dicho que lo hicieran y en parte obligadas, por la relación contractual con los servicios sociales de la zona. Primeramente, tenía que ganarme su confianza y respeto para que la actividad, el alimento que yo pudiera darles fuera mejor digerido dentro de una relación más cercana y fácil para ellas y también para mí, con el objeto de la mejor consecución de los objetivos. Estas sesiones en este enfoque y encuadre de trabajo, fueron organizando, ordenando y regulando poco a poco los temas y el cómo ir haciendo para que las madres tuvieran un poco más de criterio, y sobre todo, se acostumbraran a pensar en ellas y en lo que hacen con sus hijos.

COMENTARIOS Y REFLEXIONES

Cuando trabajamos desde el enfoque psicoanalítico lo hacemos con la palabra que da forma al pensamiento y a la interpretación de conceptos y conductas. Nos servimos de la palabra para hacer llegar significados explicativos a contenidos elaborados que no se ven, ya sea de forma individual o grupal.

En este grupo social, existe una característica muy definida por el bajo nivel de instrucción de la población que no dispone de recursos suficientes de pensamiento simbólico. Estas mujeres jóvenes, tienen un lenguaje pobre y escasas capacidades en cuanto a expresión y elaboración de interpretación de la realidad de sus propias experiencias, no pudiendo dar mucho sentido y significado a dichas experiencias Nos encontramos con un nivel en el que además prevalece la inmediatez, la tendencia al acto, el cuerpo como centro nuclear, la impulsividad de las conductas más allá de lo que representan y el desconocimiento sobre los asuntos que se tratan.

Estas personas se desenvuelven en un medio social que penaliza a quien haga la más mínima incursión de lenguaje, incorporando términos o conceptos que no forman parte del reducido bagaje coloquial. Aquí se produce el conflicto entre el ofrecimiento terapéutico de un estímulo de desarrollo para estas madres y sus dificultades derivadas de las carencias de entorno lingüístico mínimo para trabajar con elementos de elaboración más profundos.

Estas resistencias al cambio, externas al ámbito del grupo de mujeres, dificultaban el trabajo. En cada paso era preciso tener en cuenta el efecto que podía tener el trabajo que hacíamos dentro del grupo en relación con lo que vivían fuera, en sus grupos sociales de referencia. Las acciones de reflexión y adopción de nuevas actitudes requieren que estas mujeres incorporen conceptos y lenguaje que, con alta probabilidad, provocan en su grupo familiar, de barrio, una reacción en contra en el momento en que ellas lo hacen explícito. Por otro lado, es un entorno social que al carecer de esas capacidades, resulta que lo que prevalece es la norma social de conducta, el patrón social del grupo mucho más que en otros grupos sociales, donde siempre hay una presión del patrón de conducta, pero existe mayor espacio para la expresión de comportamientos más individualizados que permiten dar respuestas más adecuadas a cada situación y a cada persona. En este ambiente, la presión del patrón de conducta social, el control social, es muy intenso. Al carecer de autonomía y de capacidad individual, la conducta está fuertemente supeditada al control social.

Por tanto, una posible hipótesis que surge, es que cuando se trabaje en entornos sociales desprovistos o carentes, nuestro discurso psicoanalítico que sigue siendo un referente importante, tiene que procurar tener una mirada más flexible y adaptada al medio al que se pretende llegar, aprendiendo sobre realidades sociales diferentes que requieren de técnicas, diversas y específicas. Se trata de desarrollar formas de contacto e intervención sobre demandas sociales que existen, que requieren intervenciones diversas pero que no resultan fáciles de abordar desde las técnicas y encuadres al uso. Teniendo en cuenta los fundamentos conceptuales y el método de observación, lo que busco es adaptar la técnica y la manera de formular mis intervenciones a la población y a las posibilidades y limitaciones que ofrece esta intervención.

Para llegar a estas jóvenes y que asistieran al grupo en función de lo que les podía ofrecer, necesitaba de su interés, su participación para establecer un contrato común en el que yo pudiera transmitirles asuntos que les interesaran, convirtiéndome en una persona cercana para ellas. Mi presencia se imponía como una obligación y no había sido invitada por ellas. Llegada de un contexto sociocultural diferente, con una manera de hablar distinto y con formas y gestualidad ajena a sus contextos, podía resultar una persona intrusa y una tarea infructuosa. Se

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

trataba de despertar en ellas confianza y curiosidad, a través de lo que ellas explicaban, mostrando yo en primer lugar interés en lo que les ocurría a ellas, que se sintieran cómodas para querer algo de mí. Por tanto tuve que hacer un trabajo de adaptación sin perder mi identidad como profesional y un esfuerzo en realizar cambios en las técnicas utilizadas normalmente y saber reflexionar sobre lo que iba sucediendo paulatinamente. Yo me sentía como una profesional adulta que ha sido adolescente en otra época, proveniente de otro contexto cultural, que conoce la adolescencia y la clínica por la experiencia profesional, que utiliza su intuición, sentido común y afectividad, pero que se encuentra con una adolescencia actual dentro de una realidad social, cultural, formativa diferentes y que intenta construir un puente comunicativo con ganas de transportar material digerible.

En este programa, los resultados no pueden ser numéricos, sino que se valoran en función de mejoras y cambios en las concepciones que las madres van asumiendo con respecto a sus hijos, mediante lo que escuchan, entienden, les llega y van incorporando lentamente. Básicamente ha sido a través de la relación de confianza que establezco con ellas y de unas expectativas centradas en la realidad de partida, en cuanto a mi situación en el grupo, en cuanto a la adaptación a la forma de escucha y en cuanto a mi manera de expresarme y comunicarme, buscando un lenguaje sencillo y directo, que hemos podido trabajar, avanzar y realizar un análisis de los resultados.

He observado con sorpresa, la actitud ufana de la vivencia del embarazo, contentas de tener un primer embarazo, segundo o tercero y de traer hijos al mundo. Normalmente se ha concebido el embarazo en la adolescencia como un hecho rechazable y poco pertinente por la inmadurez física, evolutiva y psíquica de los futuros padres. Sin embargo, en estas mujeres jóvenes, el embarazo es un deseo más o menos consciente que muestran al exterior con agrado. Esto por tanto, me ha llevado a reflexionar qué sucede en estos casos donde el escaso nivel sociocultural y formativo es tan precario y qué representa el embarazo. Parece que de alguna forma, ellas construyen su forma de "ser mujer" siendo madres en búsqueda de una identidad de género en la que lo femenino se encuentra relacionado con ser madre. Es decir, piensan que ser mujer, es ser madre y sienten que son mujeres si son madres. La maternidad por tanto, es vivida con satisfacción y orgullo. Es como darle un sentido relacionado con la feminidad en una vida en la que no hay otras tareas que sean mejores o satisfagan más.

Por otra parte, la maternidad las define como mujer, en función del papel que les otorga su cuerpo femenino con capacidad de procrear en la sociedad donde viven y donde pueden sentir esa capacidad como algo propio. Es decir, pueden decidir por su cuenta, dando identidad al mismo tiempo a su cometido en la sociedad. Podríamos decir, que la maternidad es la vía principal de conseguir la identidad adulta en estas adolescentes. Sería como una repetición compulsiva que se manifiesta en cada embarazo para conseguir una madurez todavía incompleta.

Los embarazos adolescentes, si bien muchas veces no son planeados ni buscados conscientemente, suelen responder con respecto al rol de la mujer como madre, esposa y ama de casa, que hacen que las adolescentes de algunos sectores sociales no tomen precauciones, o no las tomen correcta y sistemáticamente, para evitar embarazos tempranos. Esos embarazos no buscados, en general, son de todas maneras aceptados y muchas veces bien recibidos porque se presentan como esperables frente a la conformación de una pareja, una familia y al rol de la mujer en la sociedad y la cultura.

Según nos dice Enma Ponce de León: "En las sociedades occidentales se observa, que mientras en los estratos medios y medios altos la maternidad se retrasa, relacionado con los procesos dilatados de formación y la inserción laboral de las mujeres, en las clases de menores recursos, la edad de inicio se adelanta. En estos casos, el camino de la maternidad es lo que permite la inserción social a través de la asunción de un papel concebido como un rol social en valor".

Seguramente, en el contexto donde se asientan estas jóvenes, hace que en ocasiones piensen que la sociedad las reconoce como mujeres y las respeta, sólo si son madres. Para ellas es "natural" que los hombres quieran tener relaciones sexuales y es posible que la iniciación sexual aparezca asociada al embarazo como una consecuencia inevitable, a pesar de los cuidados anticonceptivos. Es más, me di cuenta que en este grupo de adolescentes, la mayoría de ellas han deseado quedarse embarazadas y tener hijos a esta edad y no por desconocimiento, sino por deseo expreso de conseguir ser madres. Por otra parte, es posible que las condiciones de vida de estas adolescentes y los roles estereotipados que asignan a mujeres y varones, contribuyen a que su constitución subjetiva las lleve a veces a ser lo único que sienten que pueden ser: madres y parejas de un hombre. Esto, sumado a un conocimiento erróneo, o bien desconocimiento con respecto a sus cuerpos y al uso de métodos anticonceptivos, provoca frecuentemente embarazos no buscados pero posiblemente deseados y de

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

ahí el orgullo con el que muestran sus barrigas.

He observado también, que para estas mujeres es importante tener una pareja, tener bebés y dar un sentido a sus vidas en este momento evolutivo. En el grupo, se muestran pendientes, cuidadosas y protectoras con sus hijos a su manera, y al mismo tiempo, despliegan solidaridad con los hijos de sus compañeras. Aparecen las ganas de cuidar al hijo, asearle, vestirle como si de un juguete se tratara, siendo capaces de ser madres como lo han sido sus madres con ellas. Esto es oscilante, como oscilante es también el trasiego de salidas y entradas desde la infancia a la adultez, tal y como aparece en el comportamiento de actitudes dentro del grupo. Había momentos que se convertían en niñas perezosas y cómodas que juegan a las muñecas y a las que había que señalarles cómo hacer, y se daban otros momentos en cambio como he comentado antes, en los que aparecía esa otra actitud más adulta y responsable que despliegan cuando se sienten capaces de cuidar de sus hijos o del de las otras.

Si vemos la evolución del trabajo y de los contenidos propuestos, se observa una progresión hacia la madurez y la autonomía dado que tres de ellas ya viven independientemente con sus parejas, cuestión ésta que al principio no sucedía. A medida que transcurren las sesiones, se produce también una favorable evolución en actitudes: mayor confianza en la relación en la puesta en común de los temas, en la comunicación dentro de las sesiones del grupo que sucedían un poco más ordenadas, menos caóticas, con cierto respeto, mayor interés, motivación y apertura de mente en tanto en cuanto pueden contemplar otras formas de enfocar la realidad. El grupo se mostraba con posterioridad, más recogido, participativo, mayor cuidado al respeto del turno de palabra y a escucharse. En general, una mayor contención desde el principio que era necesaria.

Creo que en el caso de este grupo de mujeres, la maternidad es vivida como una oportunidad para ser mujeres y tener un cometido en un lugar en precario, donde dar sentido a lo que se es y lo que se puede conseguir como:

- Búsqueda de una identidad propia.
- Conseguir ser o hacer lo mismo que fueron sus madres.
- Mostrar tener una familia propia desde la capacidad de un cuerpo maduro para la reproducción.
- Conseguir ante otros que pueden sacar adelante a sus hijos.
- Sentirse mujer de una pareja a la que puede dar un hijo y a la vez, esta pareja puede procurárselo a ella.
- Sentirse fuerte y capaz como mujer de cara a la familia, los conocidos, el barrio y la sociedad en su conjunto.

Para estas jóvenes todos estos logros, pueden representar una vía para salir de la situación de estancamiento, de la situación social de carencia e incluso de exclusión social a la que pertenecen. En este sentido, el embarazo pues podría ser una actuación de partida y una respuesta en ese contexto de inestabilidad y precariedad, orientando la vida hacia la búsqueda de una reestructuración, un cometido, una completud y/o satisfacción propias. De esta manera, consiguen lograr un nuevo nivel madurativo incorporando el rol materno como parte de su identidad. En definitiva, una oportunidad para la inclusión social y sentirse integradas dentro del proceso de construcción de la identidad social en el medio al que pertenecen.

Me llamó la atención que para ellas el embarazo y la maternidad tienen connotaciones diferentes. El embarazo podría significar el deseo de resolver rápidamente y sin elaboración los conflictos psíquicos que en este momento están muy presentes, aunque de forma inconsciente. Es como si viniera a ser un juego imaginativo donde se ponen aspectos, que sin ser todavía reales, pueden ser un alivio inmediato de la tensión que suponen dichos conflictos. Sin embargo la maternidad, es la plasmación real de la ejecución y realización con la llegada de un bebé que supone mucho esfuerzo criarlo, seguirlo, llevarlo, cuidarlo, supone un gasto energético, emocional de abnegación, renuncias y también un gasto económico… es el encuentro con la realidad y esto ya es harina de otro costal.

Cuando empiezo el programa, tengo en la cabeza sobre todo, la importancia y el sentido de la prevención en los niños y bebés y ese era mi objetivo principal. Sin embargo progresivamente y a través de la relación con las madres, pude ayudarlas mejor. También les estaba ayudando a valorar su proyecto de vida, les ofrecía contención afectiva y creación de un espacio propio para ellas donde podían mostrar sus partes más infantiles, pero donde trabajábamos juntas para una maduración de la maternidad. Así que me planteé que trataría de valorarles desde su maternidad para que ellas se fortalecieran como mujeres y madres y así poder conseguir el objetivo de abordar la prevención con sus hijos.

Considero que con la actividad en grupo, el trabajo en las sesiones y los temas tratados, quizá han servido

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

para mejorar la conciencia crítica y obtener un mayor sentido de la responsabilidad con sus hijos en la medida que pudieron dar más valor a su papel como madres y entender mejor la importancia de ese papel para el crecimiento de sus hijos. En este sentido, quizá pudieron llegar a entender mejor a sus niños y por tanto, se consiguió en parte, una mayor profundización en el vínculo con ellos. El grupo les hacía sentirse como otras personas en parecidas condiciones, con problemáticas similares, con sensaciones similares y complicidades parejas que les ayudaban a desarrollar su identidad como mujeres y madres.

Hemos dicho al principio, que la adolescencia se caracteriza por un trasvase entre una identidad infantil que se va dejando atrás y la búsqueda de una identidad madura. En este grupo creo que podemos pensar que todo esto ha servido para dar forma y solidez a una función materna contemplada con mayor empeño, interés y sentido. Siendo esto así, quizá podemos observar que en la reestructuración de las identificaciones, en la medida que las madres fuera del grupo, están empezando a llevar una vida más autónoma respecto a su familia de origen, quizá su papel se sitúa más como mujeres madres maduras en una función en la que posiblemente se sienten más cómodas, a gusto, más en su sitio, más conscientes de lo que hacen y tienen que seguir haciendo, con más ganas y estímulo, de tal manera, que así se sienten ahora, más que antes, más madres que hijas con respecto a su familia de origen. Hablamos de dos lugares que se pueden combinar en el grupo y también por tanto fuera del mismo y en el que son contempladas por sus compañeras y por mí: la identidad de la adolescente en la que se reconocen como jóvenes con sus cuerpos y mentes, compostura… al encuentro con una identidad de madre, haciéndose cargo cada vez con mayor consciencia de sus hijos, en un doble recorrido de vaivén entre los elementos más infantiles con los más adultos.

En el funcionamiento del grupo y su trayectoria, se ponía de manifiesto ese vaivén y trasiego, relacionado con la posición infantil en la relación conmigo, cuando adoptaban gestos de dejarse llevar, de no saber, de no hacer para que les digan, de no querer sentir el peso de la adultez. De otra parte, también mostraban la posición adulta de cuidadoras de sus hijos con un criterio a veces muy claro y contundente como si pareciera que ellas no necesitaran que se les diga lo que tienen que hacer en una maternidad aparentemente consolidada. Un trabajo para mí era tolerar la espera y el silencio de no contestar a las demandas concretas que se producían muchas veces, para propiciar el pensamiento en el grupo y que éste sirviera para potenciar y favorecer el reforzamiento de sus funciones en sus quehaceres como madres. De otra manera también, tenía que saber tolerar la incertidumbre del trabajo del grupo, su recorrido y la incidencia en los resultados, en momentos en que no había un trazado claro por el que avanzar.

Observando sobre la forma de vincularse de las mamás con sus bebés en el tiempo que dispuse para ello, me parecía que en cuanto al vínculo, prevalecían por parte de las madres:

√ Una forma confusa y difusa de interacción con el niño por la inexperiencia por un lado y por otro, debido también a la incidencia por parte de los diferentes intervinientes en la acción.

√ Contacto y conexión en la relación con el niño de forma débil en ocasiones y/o inespecífica.

√ Actitudes tendentes a la improvisación y con escasa elaboración consciente.

√ Conducta de menor contención, arbitrariedad y regulación estable.

√ Desestructuración en la alianza entre los padres.

√ Proyecciones de tipo persecutorio en el hijo al que le asignan conductas que despliegan los niños para molestar o fastidiarles a ellas.

Conforme esta realidad, a las tensiones y al estrés psicosocial en el que se encuentran sujetas estas familias, las posibles consecuencias de estas formas de interacción, podríamos encontrarnos ahora y en el futuro, con niños con escaso sostén, con exceso de inquietud motriz y que dieran lugar en el futuro y durante la escolarización, a conductas dispersas con hiperactividad, déficit de atención, excitación, impulsividad y desregulación en algunas conductas vinculadas en el contacto con los demás.

En la encuesta anónima que han rellenado, se pone de manifiesto que todas han vivido esta experiencia de relación de grupo conmigo como una experiencia diferente y nutritiva. De la misma manera que ellas nutren a sus bebés, mis intervenciones junto con las de sus compañeras, les han ido proporcionando un alimento mental y emocional que les iba favoreciendo en la introducción de criterios más estables. Un alimento por otra parte, que supusiera un plus a lo propio, evitando que fuera cuestionada previamente su capacidad como madres en la función y contacto con sus hijos. A través del grupo pudieron incorporar ideas e introyectar en parte una función contenedora que les permitía ampliar

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

en alguna medida, su capacidad para pensar, tener un criterio propio, diferenciarse y reasegurarse con mayor solidez como madres de niños pequeños.

Es necesario nombrar la importancia del papel y función de la familia de origen en algunos de estos casos, ya que aportan cobertura emocional y económica a estos jóvenes padres, apoyan intensa y necesariamente desde dentro ofreciendo contención, estabilidad, centralidad… que suponen atributos, para conseguir mayor fortaleza en la creación de la nueva identidad de padres. Como ventaja a destacar en este grupo, es que estas adolescentes no sufrieron su maternidad como fracaso o frustración ya que en su medio, el embarazo no supuso una renuncia a formas de vida como puede darse en otros casos de procedencia sociocultural diferente.

En la elaboración de esta actividad, una de las cuestiones que me pareció importante fue invitar a las parejas de las madres a que acudieran a este grupo acompañando a su pareja y participando a la par de aspectos relacionados con la educación de sus hijos. Sin embargo no acudieron en ningún momento. Esto me obliga a pensar sobre qué pasa con los padres hombres adolescentes. Considero que en este nivel de población, la diferencia hombre mujer responde a esquemas anteriores más clásicos relacionados con una división de funciones en la organización de la vida en familia, de tal forma que cada cual tiene un cometido diferenciado y en ocasiones no compartible: ellas tienen hijos, los cuidan, llevan al cole, compran, cocinan, limpian o ayudan a realizar estas tareas a sus madres o suegras y se quedan en la casa al cuidado de la familia. Mientras tanto, ellos los hombres, salen fuera y trapichean buscando un medio de vida propio. Desde esa concepción de la vida familiar y los roles asociados a la misma, es previsible pensar que ellos no acudan a esta actividad en la medida que no está dentro de su cometido y no lo consideran como algo propio.

En cuanto al encuadre de trabajo, señalar la importancia y necesidad del mismo siempre, y en este caso concreto, aún a pesar de las dificultades o precisamente por ellas, con más razón para dedicarle una pequeña reflexión. Ha sido importante haber mantenido el lugar, los tiempos, los horarios, la regularidad de las sesiones, la forma de empezar, de terminar, los recordatorios, las repeticiones… que pienso han contribuido muy posiblemente a poner orden, sostén, claridad, asiento… dentro de un proceso complejo de transformación en sus vidas, mentes y cuerpos que a su vez dan vida a otra persona que tienen que ayudar a desarrollarse.

Con todos los inconvenientes y circunstancias mejorables en cuanto al trabajo realizado y la técnica, en general, considero que ha sido una experiencia positiva para todas ellas, sus hijos y cómo no, también para mí. Por mi parte, espero haber contribuido en pequeña escala, a conseguir que estas personas, mujeres y madres se fortalezcan como tales y que se haya abordado en una parte más o menos amplia, el cuidado sobre ellas y algo de la prevención sobre la relación con sus hijos. Freud habla de un mecanismo mental destinado a “convertir el pasivo en activo” y por ello con esta experiencia de trabajo, he pretendido favorecer algo de creación de ese activo que movilice el pasivo en un grupo pequeño que emerge de una población con escasos recursos personales y formativos, en beneficio de conseguir mejores atributos para el desempeño de su función como madres y que puedan apropiarse con mayor intensidad en su maternidad.

Pienso que la existencia de una red social de trabajo es esencial en la consecución de objetivos, en la recopilación y captación de personas para participar en estos grupos de trabajo que tanto sentido tienen. Considero que prestar atención a las características de los adolescentes madres y padres de sectores populares y a los condicionamientos de género para diseñar una estrategia de promoción de la salud emocional para ellos y sus hijos, debe dejar lugar a las singularidades de cada uno y a crear más espacios donde esas singularidades sean escuchadas. Quizá nosotros como profesionales, tendremos que tender a posicionamientos diferentes para atender demandas sociales que se encuentran en el contexto de trabajo más vulnerables, de difícil manejo y control con variables y factores intervinientes improvisados y que requieren de la adaptación a encuadres diversos y novedosos. Quizá esto permite llegar a poblaciones más necesitadas.

Teniendo en cuenta este panorama de población, tendrían cabida distintas intervenciones desde la prevención de embarazos “actuados”, hasta la atención en la decisión de aborto/maternidad, el acompañamiento durante el embarazo y posteriormente un seguimiento una vez nacido el hijo. El trabajo en grupo es una elección muy pertinente y favorable teniendo en cuenta lo ya comentado y desde luego también en el futuro, sería deseable ampliar la demanda a grupos de padres donde también acudieran los hombres para participar igualmente en la educación de sus hijos.

Por último, aunque los objetivos han sido necesariamente pensados en función de realidades muy precarias, he tratado de ayudar a estas mujeres jóvenes

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

madres a hacerse cargo de lo suyo con mayor consciencia si cabe y mayor responsabilidad. Esta experiencia nos indica que tenemos que hacernos presentes en contextos similares con apoyo institucional para favorecer cambios en esta etapa de crisis en una dirección de nuevas capacidades y oportunidades para una identidad más clarificadora y madura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Freud, S. (1966). *Esquemas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós

Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Paidós.

Pichon-Riviere, E. (1970). *El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ponce de León, E. (2013). Maternidad en la adolescencia: Perspectiva social y psicoanalítica. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 56(2), 67-76.

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

CONSIDERACIONES PSICOLEGALES SOBRE EL ABANDONO VOLUNTARIO DE MENORES DE CENTROS DE PROTECCIÓN EN LA MODIFICACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PSYCHOLEGAL CONSIDERATIONS ON MINORS' VOLUNTARY ABANDONMENT OF PROTECTION CENTERS IN THE MODIFICATION OF THE PROTECTION SYSTEM FOR CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Rafael Delgado Campos*

RESUMEN

La reciente entrada en vigor de las leyes modificadoras del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia supone una transformación sustancial de las instituciones y medidas del sistema de protección en España. En el marco tuitivo general que desarrolla la reforma tiene lugar una concreta especificación legal relativa al denominado "abandono voluntario" por parte de menores de los centros de protección que da lugar a reflexiones sobre su difícil encaje en el principio del Interés Superior del Menor recogido en la nueva normativa si se tienen en cuenta las organizaciones psíquicas y dinámicas de repetición subyacentes a dichas conductas.

Palabras clave: Abandono Voluntario, Angustia de Abandono, Interés del Menor.

ABSTRACT

The recent entry into force of the modifier laws of protection system for childhood and adolescence represents a substantial transformation of the Spanish institutions and measures of protection. In general protective framework that develops the reform takes place a concrete legal specification concerning the so-called "voluntary abandonment" by children's protection centers which gives rise to reflections on his difficult lace on the principle of the superior interest of the minor collected in the new regulations taking into account the psychic organizations and dynamics of repetition underlying to the above mentioned behaviors.

Key words: Voluntary Abandonment, Anguish of Abandonment, Interest of the Minor.

CONTEXTO ACTUAL TRAS LA MODIFICACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

Las leyes de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia: Ley Orgánica 8/2015 de 22 de julio y Ley 26/2015, de 28 de julio[1], pretenden

* Psicólogo. Práctica profesional en Servicios Sociales de Familia e Infancia. Abogado. Práctica privada.

[1] La entrada en vigor de las leyes referenciadas ha tenido lugar en fechas 12 de agosto de 2015 y 18 de agosto de 2015 respectivamente.

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

promover un cambio en el ámbito de protección del menor en el que tenga un protagonismo explícito el interés superior del menor. Dicho objetivo intenta llevarlo a cabo el legislador a través de la inclusión y desarrollo expreso del mencionado principio general en una normativa estatal por primera vez, ofreciendo criterios generales de interpretación del interés superior del menor a efectos de su aplicación en cada caso concreto. Entre dichos criterios se encuentran la protección del derecho a la vida; el desarrollo y necesidades del menor; la consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor; conveniencia de que su vida y desarrollo tengan lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia; preservación de su identidad, cultura, religión, orientación e identidad sexual e idioma. Añade, a su vez, elementos a tener en cuenta para la ponderación de dichos criterios como son la edad y madurez del menor; la garantía de su igualdad y no discriminación; el efecto del transcurso del tiempo en su desarrollo; la estabilidad de las soluciones que se adopten; y la preparación del tránsito a la edad adulta.

Entre los contenidos de la modificación llevada a cabo por dicha reforma legal son destacables la amplia revisión de las instituciones del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia regulando la definición de desamparo del artículo 172 del Código Civil con una relación de causas, recogidas por primera vez a nivel estatal[2] que trata de aportar criterios de unificación y clarificación para su declaración; la regulación más completa de las situaciones de riesgo estableciéndose la figura de la guarda provisional y regulando el riesgo prenatal con objeto de evitar una posterior declaración de situación de riesgo o desamparo del recién nacido; la simplificación de la constitución del acogimiento familiar regulando el estatuto del acogedor familiar entre cuyos derechos se refieren los de los menores acogidos; la prioridad del acogimiento familiar respecto al residencial y de forma preferente cuando son menores de seis años e imprescindible cuando son menores de tres años; la prioridad de las medidas de protección estables frente a las temporales, las familiares frente a las residenciales y las consensuadas frente a las impuestas; el acogimiento residencial en centros de protección específicos para menores con problemas de conducta; la obligación de las Entidades Públicas de revisar en plazos concretos las medidas de protección acordadas; la modificación de la adopción; la regulación de la atención sanitaria necesaria para el menor no consentida por progenitores o representantes legales; la presunción de minoría de edad cuando la mayoría de edad no se ha podido establecer con seguridad hasta su determinación final, la obligación de la Administración de preparar a los jóvenes ex tutelados para la vida independiente; etc.

En este nuevo marco legal se encuentra, en el articulado de la normativa, una especificación relativa al cese de la tutela sobre los menores por parte de la Entidad Pública que lleva a preguntarse por su coherencia con el espíritu tuitivo procurado por la modificación legal y por el difícil encaje en el interés superior del menor desarrollado en la reforma legal. El artículo segundo de la Ley 26/2015 lleva a cabo la modificación de algunos artículos del Código Civil. En el epígrafe trece se modifica el artículo 172 de dicho texto legal estableciéndose:

La Entidad Pública cesará en la tutela que ostente sobre los menores declarados en situación de desamparo cuando constate, mediante los correspondientes informes, la desaparición de las causas que motivaron su asunción, por alguno de los supuestos previstos en los artículos 276 y 277.1, y cuando compruebe fehacientemente alguna de las siguientes circunstancias:

a) Que el menor se ha trasladado voluntariamente a otro país.

b) Que el menor se encuentra en el territorio de otra comunidad autónoma cuya Entidad Pública hubiere dictado resolución sobre declaración de situación de desamparo y asumido su tutela o medida de protección correspondiente, o entendiere que ya no es necesario adoptar medidas de protección a tenor de la situación del menor.

c) Que hayan transcurrido seis meses desde que el menor abandonó voluntariamente el centro de protección, encontrándose en paradero desconocido.

La referencia del epígrafe c) al abandono voluntario por parte del menor del centro de protección como causa del cese en la tutela de un menor declarado en desamparo debe ponerse en conexión con la realidad concreta de los abandonos de menores con medida de protección de los centros en que se lleva a la práctica la guarda de los mismos. La experiencia señala que un porcentaje no

[2] La relación causal de supuestos constitutivos de desamparo había sido desarrollada con anterioridad a nivel autonómico por las diferentes normas dictadas por las Comunidades Autónomas en el marco de sus competencias sobre protección de menores.

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

pequeño de dichas ausencias voluntarias está determinado por circunstancias psicológicas, emocionales, relacionales y experienciales de los menores de las que se deduce la necesidad de no atribuir un carácter de certeza a la pretendida voluntariedad del acto que lleva al abandono del centro de protección. Dicha actuación puede estar sustentada por múltiples causas: fragilidades yoicas con dificultades en las funciones de adaptación, personalidades impulsivas con déficits de la función reflexiva, funcionamiento predominante del principio del placer y escaso protagonismo del principio de realidad, dinámicas de actuación en las que se reeditan ansiedades inconscientes relacionadas con experiencias de abandono o rupturas vinculares.

En el referido abandono voluntario del menor de un centro de protección, que se encuentra en paradero desconocido, y respecto del que no han desaparecido las circunstancias que dieron lugar a la asunción de la tutela, ya que en el precepto legal dicha causa de cese aparece recogida en el primer párrafo del artículo, resultan reconocibles algunas tendencias y organizaciones psíquicas que se observan en algunos menores en dichas situaciones.

Así, es difícil no ver en las conductas repetitivas de fugas de adolescentes con riesgo para su integridad física y psíquica la incidencia del mecanismo de <<compulsión a la repetición>> introducido por Freud (1920) en Más allá del principio del placer, en su acepción de aspecto compulsivo, sistemático y pulsional en el que tiene un protagonismo esencial el componente destructivo. Como apunta Gérard Bonnet (2002) lo que se repite es lo que se ha interiorizado en las relaciones más precoces del sujeto. Dicha repetición se caracterizaría por el automatismo, volviéndose destructiva cuando choca con un cierto número de obstáculos que se acumulan con el tiempo y las circunstancias de la existencia y sustrayéndose totalmente al control del sujeto.

Resultan, asimismo, de aplicabilidad a las dinámicas de actuación que subyacerían a tales abandonos voluntarios los fenómenos descritos por Winnicott (1956) relativos a experiencias tempranas de deprivación o pérdida precoz de estabilidad y seguridad no recuperadas que estarían en el origen de futuras conductas antisociales significativas de un acto de esperanza con el objetivo de convocar un medio que repare y restituya lo que fue quitado al menor.

De igual manera, las teorizaciones realizadas en relación a la figura del <<paso al acto>> como tributario de un modo preedípico del funcionamiento psíquico en el que rigen los procesos primarios, la incapacidad de tolerar la frustración, de reconocer la prueba de realidad y de frenar la tendencia a la impulsividad, como recuerda Sophie de Mijolla-Mellor (2002). En este contexto resulta útil poner en relación la significación otorgada al paso al acto por Jacques Lacan (1962-1963) como un "aspecto resolutorio de la angustia" con el favorecimiento de los pasos al acto en la adolescencia por la conocida emergencia pulsional desestabilizadora.

Otra organización psíquica que podría estar relacionada con tales actuaciones y dinámicas es la neurosis de abandono postulada por Germaine Guex (1950), patología preedípica en la que concurriría un alto protagonismo de la angustia de abandono y de la agresividad relacionadas con un estado psicológico inicial caracterizado por la ausencia de un adecuado sentimiento del yo y de su propio valor. La forma de manifestar su agresividad y saciar los rencores derivados de la misma consistiría en vengar el pasado haciendo soportar a los otros aquello por lo cual él mismo ha sufrido, amenazando, frustrando y abandonando a su vez. Propugna la autora que entraría en juego el mecanismo de <<poner a prueba para comprobar>> con objeto de cerciorarse del poder de adivinación del objeto y verificar, de esta manera, la seguridad de su interés y comprensión. Sería necesario tener en cuenta que una agresividad como la descrita, por intensa y tenaz que sea, no tiene su fin en sí misma y constituye el reverso de una necesidad de amor y seguridad extremadamente intensa. Entre las medidas de protección negativas contra la no valoración afectiva estarían las desvinculaciones prematuras como abandonar para no ser abandonado, las cuales nacerían del sentimiento de catástrofe inminente como dejar para no ser dejado y que serían inspiradas al sujeto abandónico por la angustia.

Más recientemente, Fígaro-García (2010) se ha referido a los supuestos de casos de desaparición de adolescentes, en un contexto más amplio que el de los abandonos de los centros de protección, considerándolos en los casos de numerosas repeticiones un síntoma; y en algunos casos, una manera del adolescente de posicionarse como sujeto, de hacer valer su deseo.

En dicha dinámica actuadora y de repetición es necesario considerar, además, la probable incidencia de experiencias precoces de insuficiente narcisización o intercambios nutricios deficitarios con el objeto, que constituirán importantes escollos en los procesos de simbolización, la capacidad de afrontamiento de la separación y el duelo, y el desarrollo de los movimientos

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

identificatorios. Ello supondrá el riesgo de evolución a un funcionamiento mental desbordado, un exceso de tensión y excitación que unas veces se vierte en el cuerpo a través de somatizaciones y otras se descarga a través del movimiento y la acción compulsiva. (Hernández, 2013)

VIÑETA CLÍNICA

Entre los supuestos que están siendo objeto de intervención en los Servicios Sociales especializados en familia e infancia se encuentran algunos casos en que, en el grupo familiar, uno o ambos progenitores decidieron llevar a cabo un proyecto migratorio dejando a uno o varios hijos en el país de origen al cuidado de familia extensa, abuelos, tíos, etc. Cuando al cabo de varios años tiene lugar la reunificación, en algunos casos, advienen dificultades en la integración familiar, relacional y social de los hijos llegando, en ocasiones, a alcanzarse situaciones de riesgo y desprotección en que se ven envueltos los menores. En las familias que acceden a dicho dispositivo han concurrido situaciones de maltrato físico y/o psicológico y/o negligencia, no pudiendo atribuirse al proyecto migratorio el carácter unívoco de indicador de riesgo causante de las situaciones de desprotección observadas. Es necesario señalar, a su vez, que las situaciones de riesgo relacionadas con algunos abandonos de menores de los centros de protección concurren, también, en grupos familiares que no participan de tales proyectos migratorios.

En un contexto como el descrito se inscribe el caso de una familia formada por la madre, su pareja y el hijo menor de la primera, un joven de dieciséis años. La madre realizó un proyecto migratorio a España cuando tenía cuatro años, quedando al cuidado del padre. Sin embargo el progenitor paterno tuvo que ingresar en centro penitenciario debiendo quedar el menor al cuidado de la abuela paterna, experimentando un ambiente desestructurado y con falta de normas de manera continuada y teniendo experiencias de calle a edad muy temprana.

La madre procedió a la reagrupación de su hijo en el año 2012, teniendo lugar al llegar a España manifestaciones conductuales de gravedad como insultos y amenazas a la madre y pareja, episodios de intolerancia a la frustración ante puesta de límites por la madre con rotura de objetos en el domicilio como televisión, absentismo escolar; inhibición en actividades propias de la edad y relaciones con grupos de riesgo y actividades que suponían una desprotección para el mismo.

Ante los indicadores de riesgo significativos se acordó en espacio interdisciplinar del menor y la familia la necesidad de derivar el caso al equipo especializado en familia e infancia con objeto de efectuar una valoración de la situación en la que se encontraba el menor.

Tras la asunción del caso por el recurso especializado en familia e infancia se planteó con la familia la necesidad de llevar a cabo la valoración de la situación existente respecto del menor, de las competencias parentales de los adultos y de las circunstancias de riesgo concurrentes. Tras las entrevistas pertinentes con los diferentes miembros del grupo familiar con el fin de procurar la modificación de los indicadores de desprotección, si ello era viable así como las coordinaciones oportunas con los diferentes recursos que tenían relación con el menor, se observaron las siguientes circunstancias:

Situación de desbordamiento de la madre en el ejercicio de las funciones parentales no pudiendo llevar a cabo los cometidos de supervisión, cuidado y protección inherentes a las mismas y existiendo una nula presencia del principio de autoridad adaptado a la edad del menor. Dicha realidad venía determinada, en gran medida, por la anomia vivenciada por el menor durante gran parte de su etapa infantil y de preadolescencia. La consecuencia era una situación de desestructuración personal en lo atinente a normas, rutinas y falta de funcionamiento de acuerdo a responsabilidades personales, familiares y escolares.

Falta de eficacia de la madre y del apoyo de su pareja en el ejercicio de la función normativa de manera proporcionada al momento evolutivo del menor y las circunstancias vitales experimentadas de rupturas con relaciones vinculares, arriba indicadas. Esta circunstancia venía condicionada en gran parte por la falta de una relación vincular continuada que sirviera de soporte y marco para la puesta en práctica de límites de forma eficiente. Las dificultades de los adultos a la hora de llevar a cabo esta función habían derivado en episodios de castigo físico por parte de los mismos al menor.

Por otro lado, concurría una dificultad severa para hacerse cargo de los estados emocionales, dificultades o preocupaciones del hijo como consecuencia de su trayectoria vital (Proyecto migratorio a España por necesidades de trabajo dejando al menor en su país de origen a corta edad, exposición a situaciones de desestructuración durante la infancia, importantes dificultades de adaptación en el proceso de reagrupación familiar en España).

Estaba teniendo lugar, a su vez, un elevado nivel de

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

riesgo al que se encontraba expuesto el menor que se concretaba en las siguientes conductas:

- Comportamientos de alto riesgo del menor para su integridad física y emocional y la de sus familiares, al ser frecuentes en el domicilio los episodios de insultos y amenazas por su parte, rotura de objetos y con alguna agresión física hacia la madre. En relación a la pareja de la madre habían tenido lugar amenazas de muerte ante el intento de poner orden en tales circunstancias. Por parte de la madre se había recurrido a llamar a la policía en varias ocasiones como única forma eficaz de poner un límite a estas conductas. En dos de estas ocasiones la policía se había incautado de sendos machetes, en poder del menor, una vez en el domicilio y otra en la calle así como de una bolsa conteniendo marihuana.

- Numerosas salidas del menor del domicilio familiar en horario nocturno y en franja horaria inadecuada para su edad (hasta altas horas de la madrugada) sin sujeción a los criterios de supervisión adulta que la madre intentaba poner en práctica. Contactos con grupos de iguales de riesgo del entorno de bandas latinas.
- Relación del menor con grupos de adultos en un contexto de estar un elevado número de horas en la calle, falta de dedicación a las actividades formativas o laborales, ausencia de estructuración en la jornada diaria, con consumo de sustancias tóxicas como hachís y alcohol. Nula conciencia de las circunstancias perjudiciales para la salud o de los riesgos adictivos de dicho consumo.
- Funcionamiento personal motivado por la recompensa inmediata y con dificultades en la tolerancia a la frustración. Sintomatología emocional compatible con estados depresivos manifestados a través de la agresividad y de actitudes de apatía e inhibición conductual en relación con actividades que supusieran una dilación de los logros y objetivos y un mantenimiento del esfuerzo

Alta probabilidad de incremento de los factores de riesgo y de su repercusión negativa en el menor a nivel emocional y conductual. La falta de protección y de referente de autoridad necesarios desde lo familiar, junto a las consolidadas experiencias de abandono en su biografía personal, suponían una ausencia de contención que estaba dando lugar a una dinámica inconsciente de comportamientos actuadores de alto riesgo con el objetivo de encontrar un límite eficaz que reparase las disfunciones de contención y estructura sufridas en su historia personal y actualizadas en el momento presente. Tuvo lugar un incremento significativo de los indicadores de desprotección que no dejó otra opción que la propuesta de una medida de protección ante la Entidad Pública con objeto de que dichas funciones pudieran ser realizadas por una instancia diferente a la familiar por medio de una medida de tutela y acogimiento residencial así como la necesidad de valoración y seguimiento del mismo en el dispositivo de salud mental infanto juvenil.

El menor accedió a un centro de protección adecuado a las características del mismo, continuándose con el seguimiento de su situación así como la de su familia con objeto de trabajar para la modificación de las circunstancias que dieron lugar a la desprotección y procurar la reversión de la medida de protección, si fuera lo más conveniente al interés del menor en función de la evolución.

REFLEXIONES Y PROPUESTAS

En casos como el descrito pueden tener lugar ausencias de los menores de duración indeterminada del centro de protección en que se encuentran guardados, con la pertinente denuncia a la autoridad policial. En la génesis de tales actuaciones pueden tener un protagonismo determinante factores como déficits en la narcisización, rupturas vinculares y experiencias abandónicas vividas a corta edad por el menor, cuyas marcas han permanecido sin elaborar, y que buscan reparación a través de la puesta a prueba del ambiente con las referidas conductas.

En algunos casos dichas fugas pueden durar varios días retornando de manera voluntaria al centro de protección o acompañados por la policía tras su localización. Para los supuestos en que la duración se prolonga de manera indefinida, es necesario considerar, en circunstancias como las descritas, los riesgos que pueden encontrar los menores que han actuado el abandono voluntario mencionado en la Ley en las circunstancias psicológicas referidas. Dichos riesgos, relacionados con indiscriminadas necesidades vinculares, avideces afectivas, anhelos de ser reconocidos y aceptados, pueden llevar a la integración en grupos marginales y delincuenciales y en su utilización en actividades que atenten contra su libertad, integridad física y psicológica e indemnidad sexual. Resultan pertinentes en relación con el tema que nos ocupa las declaraciones realizadas en prensa por la Fiscalía de Menores de Las Palmas relativas a la existencia de algunos casos de menores fugados

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

de centros de protección ejerciendo supuestamente la prostitución, con la consecuente denuncia. (www.laprovincia.es Diario de Las Palmas. 26.10.2014)

Resulta, por otro lado, difícil de comprender la previsión de cese de la tutela del menor por la Entidad Pública en el supuesto comentado cuando, en el caso de los progenitores que tienen atribuida la patria potestad, son predicables las características de irrenunciabilidad e indisponibilidad de la misma. Ello como consecuencia de la obligación de los padres de prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos fuera y dentro del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda, según se recoge en el artículo 39 de la Constitución Española (1978). Igualmente de resultas de la naturaleza de dicha institución la cual deberá ejercerse siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a sus derecho, su integridad física y mental, tal y como se establece en el artículo 154 del Código Civil (1889), modificado por la Ley 15/2015.

Por otro lado se daría la circunstancia, con el cese de la tutela por parte de la Entidad Pública en el supuesto objeto de análisis, de que la patria potestad del menor retornaría a los progenitores que fueron privados de la misma. Sin embargo, en dicho caso, junto al hecho de no haber tenido lugar una desaparición o modificación de las causas que dieron lugar a la asunción de la medida de protección, se les trasladaría, además, una realidad en la que el menor se encuentra en paradero desconocido.

El preámbulo de la Ley no hace alusión, por otro lado, a las motivaciones que fundamentan dicha previsión al hacer únicamente referencia a los supuestos de movilidad de los menores. Entre las causas manifiestas que pueden suponerse para legitimar la promoción del cese de tutela en dichas circunstancias podrían alegarse razones relacionadas con la seguridad jurídica, la operatividad práctica o encontrarse el asunto en otra sede competencial ya sea policial o judicial. No obstante puede advertirse, subyaciendo en dicha previsión, un matiz restrictivo que resulta difícil de encuadrar en el mencionado Interés Superior del Menor promulgado en la reforma legal. A propósito, dicho rasgo restrictivo se observa, igualmente, en la previsión contemplada en la Disposición Final Vigésima de la Ley 26/2015 de 28 de julio cuando se contempla que las medidas incluidas en dicha norma no podrán suponer incremento de gasto público, ni de dotaciones, ni de retribuciones, ni de otros gastos de personal, cuya oportunidad o procedencia no vienen tampoco justificadas en el preámbulo de la disposición legal.

El estado de cosas descrito lleva a pensar en los desarrollos llevados a cabo por Pierre Legendre (1996) desde la confluencia entre psicoanálisis y derecho y en su teorización de las relaciones entre la función paternal y la función de las instituciones (en las que se incluyen las referidas al sistema de protección de menores). Según el autor francés, la función paternal requeriría dos fases para operar. Una primera sería la familiar, efectuándose a través del padre funcionando como tercero al cual es remitido el deseo de la madre y cuya función más importante sería la separación de la madre y del hijo. La segunda etapa cristalizaría en las representaciones existentes en la sociedad, entre las que destacaría la remisión del individuo a la ley simbólica, gracias a la cual la función paternal llevaría a cabo sus efectos. La función paternal de los Estados a que se refiere Legendre aludiría, en consecuencia, a la necesidad de un garante simbólico institucional y colectivo para el escenario familiar por un lado, y para el inconsciente por otro, con las implicaciones que de ello resultan a nivel de la identidad y del deseo.

Desde una posición exenta de certezas, surge la reflexión sobre si la Función Paternal del Estado es llevada a cabo en el supuesto que nos ocupa con las garantías debidas al asunto objeto de protección, o si un posicionamiento más coherente con el ejercicio de dicha función y con el Interés Superior del Menor pasaría por una previsión legislativa que consagrara una postura institucional de permanencia y solidez ante las oscilaciones y derivas de ciertas trayectorias individuales de menores condicionadas por las experiencias de fragilidad e inconsistencia en lo vincular en las etapas más sensibles de su biografía, cuando no por el abandono más severo, y que determinan la inestabilidad y la inconstancia en sus funciones personales, relaciones, objetivos y comportamientos.

La continuidad y coherencia en la permanencia de la institución, ante la prueba de abandono actuada supondría un garante simbólico de presencia y fiabilidad que aportaría una función de contención, transmisión de afecto y solidez, y ello como un intento de ofrecer una experiencia diferente y reparatoria de las marcas psíquicas derivadas de las experiencias abandónicas inscritas en las etapas más sensibles de su desarrollo. La posición contraria de indisponibilidad y ausencia institucional que puede simbolizar en los casos mencionados la medida legal prevista puede conllevar el riesgo de confirmar

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

al menor en las fantasías y temores inconscientes relacionados con tales experiencias

El conocido aserto de Winnicott (1968) sobre el crecimiento como un acto agresivo en la fantasía inconsciente afirmando que "donde exista el desafío de un joven en crecimiento, que haya un adulto para encararlo", puede parafrasearse en los supuestos que nos ocupan como "donde exista el desafío abandónico de un joven, que haya una función paterna institucional que no legitime situaciones evocadoras de renuncia."

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

B.O.E. nº 175 de 23 de julio de 2015. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio de modificación del sistema *de protección a la infancia y a la adolescencia*.

B.O.E. nº180 de 29 de julio de 2015. Ley 26/2015, de 28 de julio, *de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.*

B.O.E. nº 311 de 29 de diciembre de 1978.*Constitución Española de 6 de diciembre de 1978.*

B.O.E. nº 206 de 25 de julio de 1889. R.D. 24 de julio *de 1889 por el que se publica el Código Civil.*

Bonnet, G. (2007) *Diccionario Internacional de Psicoanálisis* (II). Madrid: Ediciones Akal. (Orig. 2002).

Diario de Las Palmas. (2014) Recuperado de http://www.laprovincia.es/canarias/2014/10/26/.

Fígaro-García, C. (2010). *Una propuesta de práctica psicológica para casos de desaparición de niños y adolescentes*. Tesis de doctorado. Instituto de Psicología de Universidad de Sao Paulo.

Freud, S. (1997) *Más allá del principio del placer. Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva. (Orig. 1920).

Guex, G. (1974) *La neurosis de abandono*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires. (Orig. 1950).

Hernández, M. (2013) El cuerpo adolescente. En Monserrat, A. y Utrilla, M.(Comps.) *Clínica psicoanalítica en adolescentes. Sus vicisitudes* (pp. 15-36). Madrid: Biblioteca Nueva.

Lacan, J. (2006) El Seminario, libro 10: *La angustia.* Barcelona: Paidos Ibérica. (Orig. 1962-63).

Legendre, P. (1996). El inestimable objeto de la transmisión. *Estudio sobre el principio genealógico en Occidente*. México: Siglo XXI.

Mijolla-Mellor, S. (2007) *Diccionario Internacional de Psicoanálisis* (I). Madrid: Ediciones Akal. (Orig. 2002).

Winnicott, D. (2006) La tendencia antisocial. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: RBA. (Orig. 1956).

Winnicott, D. (2004) *Inmadurez adolescente.* El hogar, nuestro punto de partida: ensayos de un psicoanalista. Buenos Aires: Paidos. (Orig. 1968).

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

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista ***Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*** de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los originales se enviarán por correo electrónicoen tamaño DIN A-4 y deberán estar escritos con un inter lineado de 1,5; con letra Times New Roman, tamaño 12 y sin numerar. Su extensión máxima será de 25 folios incluyendo el texto, bibliografía, tablas, dibujos, figuras y gráficos.

2. La primera página constará de:

a) *Nombre principal de autor/es y dos apellidos* (aparecerán 3 en el título principal, pudiéndose añadir más a pie de página); profesión y entidad (centro de trabajo),dirección de correspondencia (postal y e-mail); número de teléfono o fax.

b) *Título y resumen* del artículo en castellano e inglés obligatorio, pudiéndose añadir otros idiomas. El resumen no podrá superar las 150 palabras. PALABRAS CLAVE: entre 3 y 5 palabras que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo en ambos idiomas.

3. *Notas a pie de página*: se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.

4. *Tablas, dibujos, figuras y gráficos*: Se presentarán también en formato Word a continuación del trabajo, numeradas en orden de aparición en el texto. Cada una de ellas debe tener un título o pie en castellano e inglés.

5. *Bibliografía*: Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association 6th edition) entre las que recordamos:

- Las referencias bibliográficas deberán ser ordenadas alfabéticamente en una lista. Cuando exista más de una referencia sobre el mismo autor, se deberán ordenar comenzando por la más antigua.

- Las referencias bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación. Ej. (Bion, 1962) y para referenciar trabajos de un mismo autor/es de la misma fecha se añadirán letras a, b, c, etc al año, que siempre será el mismo. Ej. (Freud, 1900a, 1900b).

- Referencias bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una "y"); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos, y editorial. Para señalar los libros traducidos se añade al final la referencia "Orig." Y el año entre paréntesis.Ejemplo:
  Lebovici, S. y Soulé, M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig.1970).

- Referencias bibliográficas de capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con "En" las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed.ocomp., añadiendo una "s" en caso de plural (eds.); el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial. Ejemplo:
  Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.), *Manual de psicología patológica* (pp. 43-81). Barcelo-

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

na: Toray-Masson (Org. 1975).

- Referencias bibliográficas para revistas: autor; año (entre paréntesis); título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n.º entre paréntesis sin estar separados del vol. cuando la paginación sea por número, y página inicial y final. Ejemplo:
  Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19/20, 5-24.

Para más información consultar el Manual de la APA anteriormente citado.
http://www.apa.org

INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los trabajos deberán ser enviados a publicaciones@sepypna.com enviándose de vuelta un e-mail de confirmación de la recepción. No podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales.

El Comité Editorial enviará los trabajos recibidos al Comité Asesor, quien realizará una "revisión por pares"

El Comité Editorial decidirá sobre la conveniencia de la publicación, reservándose el derecho de realizar modificaciones en el estilo de los textos y de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación. En casos puntuales el Comité Editorial podrá valorar la reedición de artículos de interés

La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerá exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.

Los autores cuyos artículos hayan sido aceptados para su publicación recibirán un ejemplar de la revista en el que han sido incluidos.

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

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

Secretaria
C/Paseo de la Castellana 144 4ª Pta 3
28046 Madrid
Telf. /Fax 91 319 24 61
www.sepypna.com
sepypna@sepypna.com

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA SOCIEDAD

D/Dña .....

licenciado en ..... especialidad en .....

con domicilio en calle/plaza ..... nº .....

ciudad ..... provincia ..... C.P. .....

Teléfono ..... / ..... E-mail .....

Adjunto curriculo vitae y documentos acreditativos para solicitar su ingreso en calidad de (*)..... en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, para lo cual es propuesto por los miembros

☐ ..... Firma

☐ ..... Firma

(*)

En ..... a ..... de ..... de 201 ..

Orden bancaria

Muy señores míos:
Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar de mi cuenta corriente /Libreta de aho-rros el importe de la suscripción anual a la **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.**

Entidad ..... Agencia nº ..... calle .....

Ciudad ..... C.P .....

TITULAR DE LA CUENTA
D/Dña .....

Firma

Según lo dispuesto en la Ley 15/1999, de Protección de datos, los datos solicitados formarán parte de un fichero de clientes debidamente inscritos en la Agencia de Protección de Datos y propiedad de la Empresa **SEPYPNA** con **CIF G-78528288** con domicilio en **C/Paseo de la Castellana 144 4ª Pta 3 28046 Madrid**. Recabar estos datos tiene por objeto **GESTIÓN DE SOCIOS** y no serán cedidos a terceros bajo ningún concepto sin su expresa autorización. Usted tiene derecho a recibir respuesta de cualquier pregunta, consulta o aclaración que le surja derivada de este cuestionario. Igualmente tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación, de sus datos mediante escritos a la dirección antes indicada o por correo electrónico a **sepypna@sepypna.com**

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

SUSCRIPCIÓN ANUAL (2 números al año)

IMPORTE
ESPAÑA ..... 60 €

EXTRANJERO ..... .130 $

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:
SELENE Editorial
C/ Jeréz, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: 91 6395965
email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO
Nombre y apellidos .....
Dirección ..... **Nº** ..... **Piso** .....
Cód. Postal ..... **Población** .....
Provincia ..... **Especialidad** .....
NIF .....

FORMA DE PAGO:

☐ **CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO**

☐ **DOMICILIACIÓN BANCARIA**

ORDEN DE PAGO, DOMICIALIACIÓN BANCARIA
Nombre del titular de la cuenta .....
Banco ..... **C/C Nº** .....
Caja de ahorros ..... **C/C Nº** .....
Sucursal ..... **Calle** ..... Nº .....
Cód. Postal ..... **Población** .....
Provincia ..... **Teléfono** .....
IBAN .....

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente)

..... **de** ..... **de** .....

FIRMA DEL TITULAR

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 62 - Diciembre 2016

El lugar actual de las familias en la asistencia clínica en salud mental de niños y adolescentes
Fernando González-Serrano, Manuel Hernanz Ruiz y Consuelo Panera Uribe 9

Análisis del rechazo infantil, más allá del maltrato emocional
Michel Socorró Carrié 17

La interconsulta hospitalaria en salud mental infanto-juvenil: un modelo internacional
Raquel Alonso Gómez, Bárbara Morer Bamba, Gema Castro García y Pablo Ortega López-Alvarado 27

El encuadre en contextos de intervención convivencial de protección de menores y justicia juvenil. intervención psicoterapéutica en instituciones
Ángel Estalayo Hernández, Olga Rodríguez Ochoa y Raúl Gutiérrez Sebastián 33

¿Qué hacer con Bartleby? Pensando emociones ante una gran inhibición
Agustín Béjar Trancón 43

Trabajo focalizado en las emociones con adolescentes
Jose María Calavia Balduz, Beatriz López-Palop de Piquer, Paula Laita de Roda, Eduardo Barriocanal Gil y Daniel Vivancos Gil 47

La coterapia: Una adaptación técnica en psicoterapias con familias de riesgo
Isabel Laudo 55

Grupo paralelo de padres y niños con síntomas de hiperactividad
Cristina Catalina Fernández, José Luis Quintana Velasco, Mónica Avellón Calvo y Ana Elúa Samaniego 59

Entre lo interno y lo externo: Una experiencia de juego grupal para la creatividad compartida
Odei Iriondo Villaverde, Carolina Pastor Jordà, Angélica Esteban Arroyo y Ángeles Castro Masó 67

Un obstáculo en la psicoterapia de la adopción
Joseph Knobel Freud 71

Intervención psicológica en una adolescente con dolor crónico
Esther Martín Ávila 75

Duelo, migración y adolescencia, a propósito de un caso
Marcela Mezzatesta Gava 79

Psicoterapia con adolescentes en conflicto. Cartografía y navegación
Ricardo Fandiño Pascual y Karina Bacelar Pereira 89

Variaciones del encuadre. Reflexiones en torno a Daniel, un niño con tea y su familia
Berta Requejo Báez 93

Intervencion en el contexto de adopcion: La funcion del equipo tecnico
Teresa Sandoval Intxaurrandieta 101

Sostener la cuchara. La alimentación en niños con soporte artificial, trabajo en grupo de padres
Beatriz Sanz Herrero, Francisca González González y Consuelo Pedrón Giner 105

El grupo multifamiliar en el hospital de día de niños
Teordoro Uría Rivera, Zulema Ahijado Guzmán, África Serrano Coello de Portugal, Jorge Mira Pérez y Amanda Rubio Plana 109

Taller madres adolescentes embarazadas
Marta Báez López 117

Psycholegal considerations on minors' voluntary abandonment of protection centers in the modification of the protection system for childhood and adolescence
Rafael Delgado Campos 131

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.)