L. Fernando Cabaleiro Fabeiro
Alberto Lasa Zulueta
Encarnación Mollejo Aparicio
Natalia Valverde Mendizabal
María Teresa Piñeiro Jericó
Natalia Valverde Mendizábal
Encarna Mollejo Aparicio.
Michel Socoró Carrié
Daniel Cruz-Martínez
Gloria Trafach-Ricart
Jaume Claret-Rovira
Ludovico Perulli
Jaione Onaindia Rodríguez
Ana Estévez Gutiérrez
Patricia Penas Morán
Alejandra Sainz de la Rica
Maitane Uriarte Atxikallende
Silvia Acosta García
Olga Ibáñez Salvador
Teresa Ferret Piñol
Catalina Martín Gómez
Luis Miguel Martínez González
Cristina Catalina Fernández
Isabel Reyes de Uribe-Zorita
Ana Elúa Samaniego
Nivia-Pilar Nosadini
Matteo Paduanello
Rafael Delgado Campos

Nº 66
1º semestre

2019

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente

ISSN: 1575-5967

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

Cuadernos de Psiquiatría y
Psicoterapia del niño y del adolescente

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

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

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

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

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

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

COMITÉ EDITORIAL

Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Paula Laita de Roda (Madrid)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Roque Prego Dorca (Santander)
Gisela Zapata Casanave (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Aurelio J. Álvarez Fernández (Asturias)
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 Estévez 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)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
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)
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)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del Pais Vasco (Bilbao)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)
Juan Manzano Garrido (Ginebra) †

ÍNDICE /INDEX

UNA EXPERIENCIA PREVENTIVA MATERNO-INFANTIL
A PREVENTIVE MATERNAL-CHILD EXPERIENCE
L. Fernando Cabaleiro Fabeiro.....5

PALABRA DE PSICÓTICO
WORD OF PSYCHOTIC
Alberto Lasa Zulueta.....23

PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA PERINATAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE
PERINATAL PSYCHIATRY PROGRAM AT THE SOUTHEAST UNIVERSITY HOSPITAL
Encarnación Mollejo Aparicio y Natalia Valverde Mendizabal.....37

LA PSICOPATOLOGIA PERINATAL: UNA CUESTION DE SALUD PÚBLICA.
HISTORIA DE DOS ANGELITOS BLANCOS
PERINATAL PSYCHOPATHOLOGY: A PUBLIC HEALTH CONCERN.
THE STORY OF TWO WHITE ANGELS
María Teresa Piñeiro Jericó.....47

SI NO LO VEO NO LO CREO, LA NEGACIÓN DEL DUELO PERINATAL:
REFLEXIONES A PARTIR DE LA PÉRDIDA DE UNA HIJA POR MUERTE SÚBITA
I WON´T BELIEVE IT UNTIL I SEE IT, PERINATAL GRIEF DENIAL:
SOME THOUGHTS AROUND A CLINICAL CASE OF SUDDEN INFANT DEATH
Natalia Valverde Mendizábal y Encarna Mollejo Aparicio.....51

LA INTERVENCION EN PROTECCIÓN INFANTIL
THE INTERVENTION IN CHILD PROTECTION
Michel Socoró Carrié.....61

INCIDENCIA DE LOS FACTORES SOCIO-FAMILIARES EN LA PSICOPATOLOGÍA DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL DE DÍA
INCIDENCE OF SOCIO-FAMILY FACTORS IN THE PSYCHOPATHOLOGY OF ADOLESCENTS ATTENDED AT THE DAY CARE HOSPITAL
Daniel Cruz-Martínez, Gloria Trafach-Ricart y Jaume Claret-Rovira.....73

EL ENCUENTRO CLÍNICO CON EL ADOLESCENTE EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA
THE CLINICAL MEETING WITH THE ADOLESCENT IN THE THERAPEUTIC COMMUNITY
Ludovico Perulli.....87

CONDUCTA DISRUPTIVA EN LA INFANCIA Y SU RELACIÓN CON EL APEGO Y LA ALEXITIMIA. RESULTADOS PRELIMINARES
DISRUPTIVE BEHAVIOR IN CHILDHOOD AND ITS RELATIONSHIP WITH ATTACHMENT AND ALEXITIMIA. PRELIMINARY RESULTS
Jaione Onaindia Rodríguez, Ana Estévez Gutiérrez, Patricia Penas Morán, Alejandra Sainz de la Rica y Maitane Uriarte Atxikallende.....93

“CONSTRUYENDO MENTES”: UNA EXPERIENCIA GRUPAL CON NIÑOS TEA

“BUILDING MINDS”: A GROUP EXPERIENCE WITH ASD CHILDREN
Silvia Acosta García, Olga Ibáñez Salvador y Teresa Ferret Piñol.....101

IN-CORPORANDO EXPERIENCIAS EN GRUPO

THE INCORPORATION OF GROUP EXPERIENCES
Catalina Martín Gómez y Luis Miguel Martínez González.....113

REFLEXIONES SOBRE LA SUJECIÓN MECÁNICA EN LA INFANCIA

REFLECTIONS ON MECHANICAL HOLDING IN CHILDREN
Cristina Catalina Fernández, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Ana Elúa Samaniego.....119

LA CRISIS Y LA SALIDA PSICÓTICA EN LA ADOLESCENCIA: EL CONTROL DE CONTACTO CON GIOVANI

CRISIS AND PSYCHOTIC BREAKDOWN IN ADOLESCENCE: INSIGHT FROM CONTATTO GIOVANI
Nivia-Pilar Nosadini y Matteo Paduanello.....127

LA SANCIÓN DE EXPULSIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS EN EL MARCO REGULADOR DE LA CONVIVENCIA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS. ANÁLISIS Y CUESTIONAMIENTO

THE SANCTION OF EXPULSION OF GIRLS AND BOYS WITHIN THE REGULATORY FRAMEWORK OF COEXISTENCE IN THE EDUCATIONAL CENTERS. ANALYSIS AND QUESTIONING
Rafael Delgado Campos.....141

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepypna.com
Página Web: http://www.sepypna.com/revista-sepypna/

Depósito Legal: BI-1214-19 / 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 áreasde las ciencias y humanidades. http://www.ebsco.com/

UNA EXPERIENCIA PREVENTIVA MATERNO-INFANTIL

A PREVENTIVE MATERNAL-CHILD EXPERIENCE

*L. Fernando Cabaleiro Fabeiro**

RESUMEN

En el presente trabajo se describe la evolución de la experiencia con el Programa Materno-Infantil (PMI) del Centro Municipal de Salud de Retiro (Madrid). Recoge más de dos décadas de trabajo y expresa de manera resumida lo esencial de la tarea preventiva que puede desarrollarse servicio de estas características. Se subraya la importancia de la estabilidad de las funciones de acompañamiento y contención profesional a las familias a través del tiempo, en el espacio y con un equipo profesional cohesionado y estable.

Palabras clave: prevención, acompañamiento, diálogo, dimensión psíquica.

ABSTRACT

In the present work, the evolution of experience with the Maternal and Child Program (PMI) of the Retiro Municipal Health Center (Madrid) is described. It gathers more than two decades of work and expresses in a summarized way the essential of the preventive task that can be developed in that kind of service. The importance of the stability of the accompaniment and professional restraint functions to the families over time, in space and with a cohesive and stable professional team is underlined.

Key words: prevention, accompaniment, dialogue, psychic dimension.

Me he decidido a publicar este artículo en nuestra Revista para dar cuenta de la evolución de mi experiencia con el Programa Materno-Infantil (PMI) desde la presentación que hice, en 1988, en el Congreso de SEPYPNA en Palma de Mallorca. Eran

* Psiquiatra. Psicoanalista. ExPresidente y Miembro de Honor de SEPYPNA. *fercafa@gmail.com*

N. E. L. Fernando Canbaliero Fabeiro, trabajó desde su inicio en el Progama Materno-Infantil del entonces CPS (luego CMS) de Retiro del Ayuntamiento de Madrid y posteriormente lo coordinó, realizando grupos Balint con profesionales de los otros CPS del Ayuntamiento (que pusieron en marcha estos Programas, incluyendo la preparación al parto, bastantes años antes de que se generalizase la preparación al parto en la Seguridad Social) Trabajó desde 1981 hasta que se jubiló en el 2009 (incluso, siguió dos años más sólo para apoyar este Programa, como actividad de voluntariado).

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

entonces mis reflexiones iniciales, que se publicaron en el nº 6 de nuestros Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil. Después, entreverada por la clínica psicoanalítica y el trabajo público de asistencia psiquiátrica de niños y adolescentes, continué de forma permanente esa apasionante tarea del PMI. Cursos, seminarios, exposiciones, publicaciones, alguna investigación y desarrollo de temas en los aledaños del Programa, supusieron para mí un incentivo para la reflexión sobre los diferentes aspectos del trabajo preventivo en torno al embarazo, primeros años de crianza y los numerosos personajes que circundan estas situaciones.

Hoy, ya jubilado hace bastantes años, sigo en una actividad de voluntariado municipal en una pequeña villa gallega, realizando una modestísima labor preventiva con quienes van a ser madres o padres, o acaban de serlo.

Bueno, pues reparé que en la Revista de SEPYPNA, desde aquel Congreso de Mallorca (con anfitriones de lujo, como Carmen Martín o Cristóbal Serra, y con ponentes de excepción, como Hanna Segal), no había quedado rastro del PMI. Así que me dispuse a dejar alguna huella evolutiva.

El artículo que sigue a continuación, habla de unos 22 años de trabajo -aunque luego fueron bastantes más- y expresa de manera resumida lo esencial de la tarea preventiva que se desarrolla, o puede desarrollarse, en un PMI. Tuve que contener mis tentaciones de ampliar, matizar, actualizar el artículo o hacer uno nuevo. Pero, si se me permite la licencia, no está ya el horno para bollos.

El artículo corresponde a una exposición que realicé en el Colegio de Médicos de Madrid, en abril de 2003, dentro de las actividades del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica (IEPPM) y está publicado en su Revista de Psicoterapia y Psicosomática (año 23, nº 53). Aquí, simplemente, he eliminado algunas erratas y he incluido un esquema ilustrativo, que, por error, habían omitido.

Es obvio decir que considero este tipo de trabajo preventivo de enorme interés, y máxime hoy, con los diferentes modelos de familia y de crianza. Pero no olvidemos que lo importante es la función preventiva que se aporta y que aquí se describe; los dispositivos asistenciales pueden ser diferentes y conviene pensar que a menudo es necesario aprender a coordinarse y a trabajar interinstitucionalmente. Me alegra ver que en estos últimos años en SEPYPNA puje con fuerza el Grupo de Perinatalidad. Mis mejores deseos al Grupo , y que para la Sociedad, que siempre ha abordado estas cuestiones como prioritarias, le suponga todavía un mayor estímulo.

INTRODUCCIÓN

Voy a exponer aquí, de forma resumida, una experiencia que dura desde hace más de 21 años (1981). Se trata del Programa Materno-infantil del Centro Municipal de Salud (C.M.S.) de Retiro, donde trabajo desde entonces hasta hoy ininterrumpidamente. Dedico a este programa, y a algún otro también de tipo preventivo, aproximadamente el 30 % de mi tiempo y el resto a la asistencia de niños y adolescentes, al estar integrado funcionalmente en la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Quiero hablar de mi experiencia como psiquiatra de niños y adolescentes en este Programa en el que también realizo funciones de coordinación y contribuyo a algunas tareas que conciernen a este programa en el resto de los C.M.S. de Madrid. Quiero hablar también del sentido y el interés de los programas materno-infantiles.

Empezaré por contextualizar estos programas para que puedan ser suficientemente comprendidos. Los llamados Centros de Promoción de la Salud, que hoy se llaman C.M.S., han sido creados de forma progresiva por el Ayuntamiento de Madrid a

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

comienzos de los años 80. Su objetivo era llevar a cabo funciones sanitarias de carácter integral y preventivo, lo que muy pronto se hubo de compaginar con la atención a la población entonces llamada de "la Beneficencia". Este proyecto quería dotar a cada uno de los Distritos Municipales de un Centro, que realizase varios programas, teniendo en cuenta las diferentes edades y problemáticas de la población. Una historia por tanto larga que ha tenido altibajos, modificaciones metodológicas, cambios de turnos horarios, cuestionamiento de la continuidad del Programa, reducciones o ampliaciones de plantilla, aparición de nuevos programas y desaparición de otros y, en general, un clima poco estable en el que no ha sido fácil mantener a flote constantemente nuestro Programa de Retiro, lo que ha sido excepcional junto con algún otro Centro. Sin duda es lógico presuponer en muchos de nosotros una firme convicción del interés de esta labor preventiva.

Un C.M.S. como el de Retiro tiene aproximadamente unos 20 profesionales: ginecólogos, pediatra, médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, matrona, trabajadora social, auxiliares sanitarios y personal administrativo. En nuestro Programa Materno-Infantil (P.M.I.) participamos actualmente: una ginecóloga, una matrona, una pediatra, un psiquiatra infantil, una enfermera puericultora, una trabajadora social, una auxiliar sanitaria y una auxiliar administrativa. Hemos visto en nuestro centro más de 2000 mujeres y atendido a más de 6000 personas.

Partimos hace casi 22 años, con la misión de hacer preparación al parto y dar atención al bebé recién nacido desde una concepción preventiva, interdisciplinaria, biopsicosocial y ya con la denominación de Programa Materno-Infantil. Quizás oriente recordar que el INSALUD empezó, bastantes años después, a organizar algunos cursos sencillos de preparación al parto, que se han ido afortunadamente generalizando y han ido ampliando algo más sus contenidos iniciales.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL DE RETIRO.

No describiré ninguno de los modelos de Programa, más amplios o recortados o distintos, que, según las épocas, hemos realizado. Describiré un programa, que, a quienes no conozcan este tipo de trabajo, les permita hacerse una idea esencial y suficientemente completa de cómo hemos ido trabajando, lo que prácticamente coincide con el Programa que hoy realizamos (ver Figura 1).

El Programa M-I está dirigido hacia un período que va desde el comienzo del embarazo hasta que el niño tiene unos tres años, es decir hasta que ha adquirido ya un importante grado de autonomía, lo que hoy coincide con la edad de escolarización. Dirigido, por tanto, a la mujer embarazada, su pareja, el o los hijos que esperan un hermanito y, por supuesto, al bebé que va a nacer y, en general, al entorno de la embarazada y del bebé o del niño pequeño.

La difusión del programa es necesaria para que aflore o se canalice la demanda y se suele dirigir hacia todos aquellos medios o profesionales que están en contacto con la mujer en edad fértil o recientemente embarazada (ginecólogos, matronas, farmacias, asociaciones de padres de alumnos, escuelas infantiles, Instituto de la Mujer, etc.). A lo largo de los años son, sobre todo las personas que han participado en el programa los agentes difusores más importantes.

Con una llamada telefónica, habitualmente de la futura madre, se produce el primer contacto con el Centro, en el que ya se proporciona una sucinta información y se recogen algunos datos protocolizados, en base a los cuáles es posible dar prioridad a ciertas situaciones de riesgo.

Con cada pareja, ya aceptada para participar en el programa, tienen lugar las tres primeras entrevistas (siempre en una única cita): una entrevista que inicialmente corresponde a la Trabajadora Social y en la que se les acoge y se les explica el Programa, además de tomar algunas datos de filiación y estadísticos; otra entrevista de Salud Mental de la que hablaremos luego; y otra

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

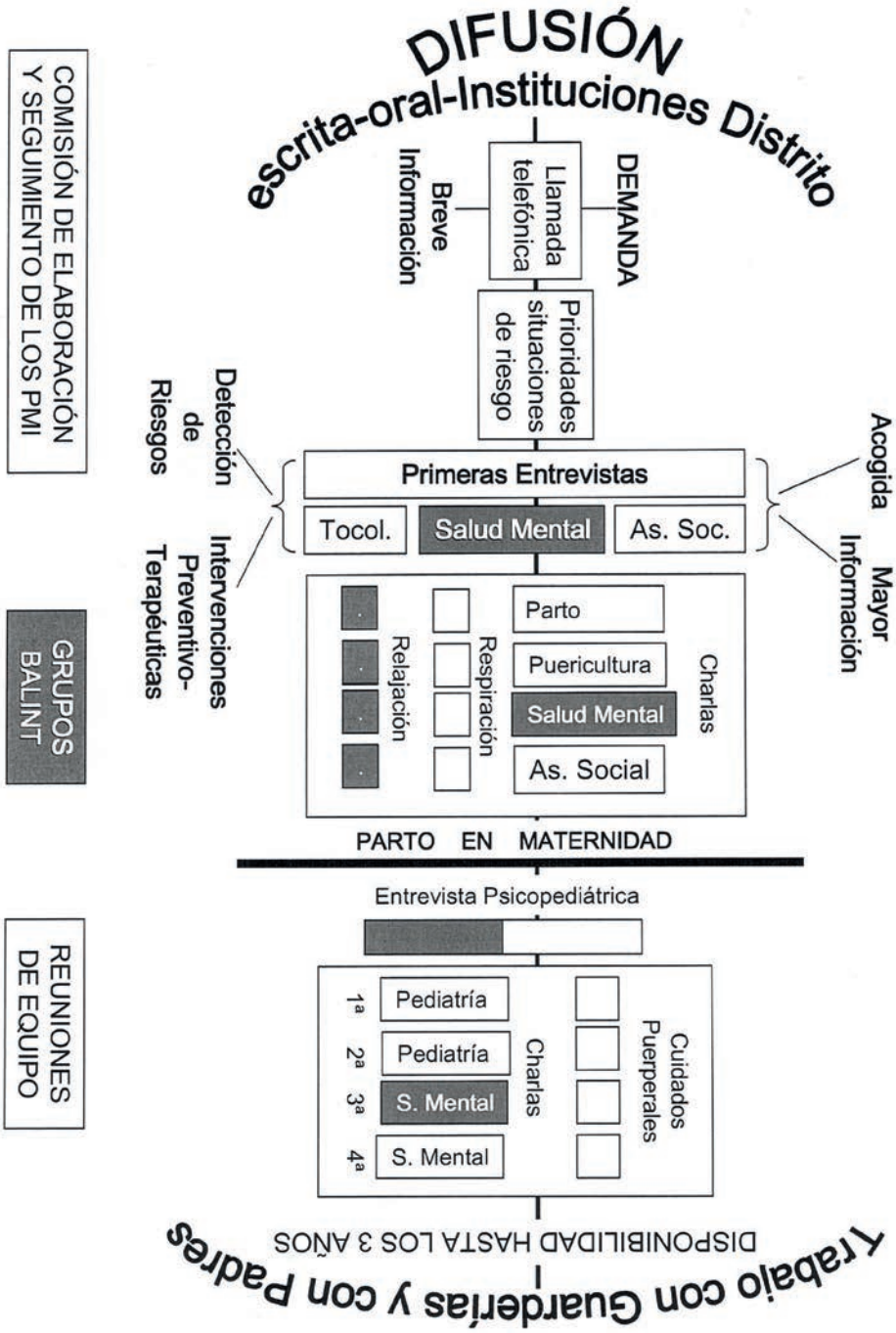


Figura 1: Esquema del Programa Materno-Infantil

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

de Tocología para asegurarse de la buena evolución del embarazo o de los eventuales problemas o riesgos, y para dar, si no la tiene, una adecuada cobertura.

Luego pasan a formar parte de un grupo de ocho a doce parejas constituido en función de las probables fechas de parto, que no se distancian entre sí más de cinco semanas. Vienen varias horas, un día por semana, durante cuatro semanas. Cada día tienen una charla-coloquio: una sobre el parto a cargo de la ginecóloga, otra sobre los primeros cuidados físicos del bebé a cargo de la Pediatra, otra sobre aspectos psíquicos de la que hablaré más adelante y otra sobre aspectos sociolaborales a cargo de la Trabajadora Social. Además, cada día tienen lugar los ejercicios de respiración con orientaciones de la matrona y la relajación de la que me ocuparé más tarde.

Las mujeres van a dar a luz a sus respectivos Centros sanitarios. Hemos hecho la experiencia de enviar información y solicitarla de las Maternidades, pero no ha sido muy satisfactoria. La segunda parte del Programa M-I comienza cuando la pareja llama al Centro después del parto y entonces se recoge ya una breve información y se les da una cita en las semanas siguientes. Las visitas a domicilio o a la Maternidad han sido en general excepcionales, aunque siempre se pensó en la posibilidad de que pudiesen ser más frecuentes e incluso regulares. La cita post-parto en el Centro tiene un valor habitualmente psico-pediátrico y en algunas ocasiones social. Es el momento de la detección de nuevos o antiguos riesgos o problemas, tanto por parte del pediatra, como del profesional de Salud Mental. Pequeñas indicaciones o intervenciones tienen, en estos momentos, un enorme valor preventivo y terapéutico.

Tras haber dado a luz la última mujer del grupo, tiene lugar un nuevo ciclo de cuatro charlas-coloquio (1/semana) que van precedidas de sesiones de media hora con la matrona, dedicadas a la gimnasia de recuperación de vientre, a los cuidados del cuerpo de la mujer después del parto y a presentarles el Programa de Planificación Familiar. Dos de las cuatro charlas las da la pediatra para abordar diferentes cuestiones de salud y enfermedad en la infancia, y otras dos corresponden al desarrollo psíquico del niño y a los problemas que este desarrollo va planteando a los padres (hablaremos de ello).

A partir de aquí, y sin un límite muy preciso en el tiempo, siempre hemos mantenido una disponibilidad los diferentes profesionales, al menos hasta los tres años, y realizamos algunos seguimientos:

- pediátricos de niños de riesgo o con problemas de salud.
- de salud mental, de padres, de bebés o niños pequeños y de hermanitos de bebés que lo necesitan.
- sociales, de situaciones problemáticas o de riesgo.

Finalmente, una tercera parte del Programa M-I estuvo dirigida en años pasados sobre todo al trabajo con educadores de guarderías o escuelas infantiles:

- El pediatra dando alguna charla de nutrición y respondiendo ante situaciones de alarma o urgencia epidemiológica.
- El profesional de Salud Mental Infantil realizando grupos con las educadoras, de reflexión, de elaboración de actitudes más adecuadas con los niños, de detección de riesgos y origen de eventuales derivaciones a salud mental infantil.

Actualmente vamos a iniciar un programa dirigido a padres que complementa esta 3ª parte del Programa y menciono, finalmente, las reuniones de equipo y los grupos con profesionales de estos programas.

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

TIEMPOS ESPECÍFICOS PARA LA DIMENSIÓN PSÍQUICA:

Me voy a referir ahora a los diferentes momentos o espacios que están previstos en el Programa para el trabajo psíquico.

1. La primera entrevista de Salud Mental.

Tiene lugar en mi despacho. Mis interlocutores, una pareja que espera un hijo dentro de unos meses, a veces una mujer soltera, o una adolescente embarazada, o una mujer cuyo marido no puede o que se resiste a venir o, en fin, una pareja que no se considera pareja ni sabe si va a querer serlo. Lo más frecuente es, sin embargo, que se trate de una pareja estable que va a tener su primer hijo. Yo me presento como psiquiatra que trabajo fundamentalmente con niños y adolescentes, y les digo que mi pretensión es conocerles algo, puesto que voy a estar disponible para ellos durante unos años, trabajando con ellos en grupo o individualmente si en algún momento quisieran consultarme. Se establece así un diálogo que siempre ha sido bien aceptado y en el que yo adopto un claro papel inicial de entrevistador. Todo transcurre a modo de conversación con unas preguntas más abiertas y otras más precisas. Las circunstancias de la pareja, del embarazo, las características de las familias de origen, las relaciones con sus propios padres, las inquietudes de previsiones en torno al parto y al cuidado del bebé, son objeto de esta entrevista.

Su peculiaridad reside en que no existe una demanda inicial. Es un trabajo sin demanda. Se trata de un diálogo singular que constituye una experiencia inhabitual en la psiquiatría cotidiana. Cada uno de los miembros de la pareja, en este contexto, no se siente considerado, a priori, como alguien con problemas psíquicos importantes. Sin duda quien sabe que los tiene, puede tratar de ocultarlos en mayor o menor medida, si lo desea, y sin que ello le haga sentirse tan en contradicción como si se tratase de una entrevista habitual con demanda. Es curioso observar con frecuencia el interés o la sorpresa de uno de los miembros de la pareja al oír hablar al otro por primera vez de algunas cuestiones o de determinados afectos.

Las características de este holgado espacio crean un clima relacional muy favorable para el ”insigth” y es propicio para rentabilizar discretas intervenciones de pretensiones sin duda modestas. En este sentido iría, por ejemplo, una intervención encaminada a que unos padres pudieran reconocer, y no negar, las naturales inquietudes precoces de un hijo ante la próxima llegada de un hermanito, presente ya en el vientre de su madre y, sobre todo, en sus propias fantasías ambivalentes.

La futura madre y sus vivencias del embarazo son sin duda el núcleo central de la entrevista. Procuro, sin embargo, desde el primer momento, situar a los padres en el importante lugar que les corresponde. Muchos lo asumen con gran naturalidad, mientras otros lo ocupan con evidente reticencia. En cualquier caso, es muy importante que unos y otros se sientan cómodos. No es infrecuente el comentario de algunos padres (varones) aludiendo a las inquietudes de la madre por el futuro bebé: “Yo... hasta que no esté ahí...”.

Pero son muchas y diversas las situaciones que desembarcan en esta entrevista. Mencionaré algunas de modo ilustrativo y evocador de las ansiedades y problemáticas que pueden plantearse en ella y, de un modo general, en el Programa:

A. es una mujer de 30 años, soltera, que se ha quedado embarazada –dice que sin pretenderlo- de un hombre casado y padre de familia de quien era su amante. Ella quiso guardar su bebé, pese a que el padre biológico se desentiende de “algo que le complica la vida”. Distanciada de este hombre, y ya en su sexto mes de embarazo, no se ha atrevido aún a contactar a sus padres que viven fuera de Madrid. Le preocupa qué podrá responder a su hijo, cuando empiece a preguntar por su padre.

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

B. es una mujer de 28 años, psicótica con antecedentes de varias hospitalizaciones psiquiátricas y de droga. Está embarazada de seis meses y no está segura de quién puede ser el padre de su futuro bebé. No sabe si darlo en adopción a una hermana casada, u ocuparse ella misma.

C. es una mujer de 32 años, casada, está en su séptimo mes de embarazo y hace dos meses que su padre ha muerto. Me dice que sus lágrimas ahogan la ilusión de tener un hijo.

D. Tiene 29 años, está casada y trabaja desde hace nueve años. Dice que está hecha un lío porque no sabe si dejar su trabajo para ocuparse de su bebé. Sufriría mucho, si no se ocupase ella misma.

E. tiene 33 años, está casada y, además de tener antecedentes psicosomáticos familiares, tuvo varios abortos espontáneos y una amenaza de aborto en el embarazo actual.

F. es una chica sudamericana de 14 años que mientras que su madre, separada, se vino a trabajar a España, ella se quedó embarazada y, no aceptando propuestas de aborto, pidió amparo a su madre.

G. es una madre de 30 años que, tras haber dejado dos hijos pequeñitos en Ecuador y trabajar en asistencia domiciliaria en España, se queda embarazada. Inicialmente piensa en enviar al bebé con unos meses junto a sus hermanastros (Cree que es la mejor solución).

Son situaciones como éstas, de mayor o menor riesgo, y afortunadamente muchas otras sin riesgo alguno, las que se van abriendo como unos naipes en esta primera entrevista. A lo largo de ella voy haciendo una valoración de elementos históricos, situacionales de reciente actualidad, así como de los funcionamientos y estructuras psíquicas. y de las actitudes significativas de la relación de pareja durante la entrevista.

Todo ello me lleva a una estimación global de la existencia, o no, de riesgo psíquico y a una valoración de la conveniencia o inconveniencia de una intervención. Mis criterios de intervención se ciñen en general a las situaciones de descompensación o de riesgo importante de descompensación. Veo a lo mejor pasar por esta entrevista a unos padres gravemente obsesivos, pero no descompensados, y aparto de mí la tentación de propuestas que puedan poner en cuestión su precario equilibrio. Eso sí, me mantengo a disposición con objeto de que puedan deshacer nudos en la historia que está en marcha.

Podría entonces resumir así las pretensiones de esta entrevista: establecimiento de unos primeros vínculos en un tipo de relación abierta, detección de riesgos psíquicos, contención y reajuste de ansiedades, descubrimiento de las fantasías que propician buenos investimientos del futuro bebé y oferta inespecífica de consulta y, en su caso, intervención psicoterapéutica. Mi demanda de colaboración a la trabajadora social es también, sin duda, frecuente.

2. La relajación en grupo.

Pasamos ahora al espacio destinado a la relajación. Ha sido una cuestión coyuntural de nuestro Centro el que los profesionales de Salud Mental nos hayamos ocupado de la relajación. Podría ser cualquier otro profesional del Programa, preparado en estas lides, quien asumiera estas funciones. Sin embargo, si he continuado ocupándome de la relajación, es porque la considero un privilegiado espacio para lo psíquico.

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

Con ella no se trata solamente de facilitar el proceso del parto y que éste resulte lo más sencillo posible –tarea sin duda de gran valor- sino de algo más. El tipo de relajación que propongo a las mujeres embarazadas, está inspirado en las concepciones de Ajuriaguerra, quien, como bien sabemos, abrió una nueva dimensión relacional en este campo, que permitió interesantes experiencias desde una perspectiva de orientación psicoanalítica.

La relajación se limita a cuatro sesiones que se extienden a lo largo de cuatro semanas. Aunque las embarazadas suelen dedicar un rato diario a relajarse en sus casas hasta el momento del parto, se comprende que de algo tan breve y realizado en grupo, no puedan esperarse altos vuelos que promuevan procesos elaborativos internos considerables. Sin embargo, dirigirse, tomar muy en consideración el cuerpo de la mujer embarazada es fundamental en un programa preventivo. Me refiero a ese cuerpo real y fantasmático en el que se gesta la realización de un antiguo y controvertido deseo femenino, un cuerpo habitado de significaciones paternas, un cuerpo siempre sorprendido por algo que no puede dejar de ser insólito para quien fue niña y quiso ser madre. Deseos culpabilizados, negados, temidos, ahogados o pervertidos y no siempre asumidos, encuentran el testimonio de su realización en el cuerpo real y cambiante de la embarazada. Se trata, sin duda, de vivencias muy profundas que se agolpan y despiertan en la mujer las primitivas representaciones de un cuerpo de propiedad compartida, más o menos litigiosa o amorosamente con la propia madre. Madre vivida a menudo como frustrante y posteriormente como rival, que se opone a un cuerpo de placer evocador del padre.

El futuro bebé es parte de ese cuerpo y, por tanto, es difícil que, tras el parto, la madre pueda acogerlo con la ternura y el cariño corporal que necesita, si ella misma no puede querer y estar en paz con su propio cuerpo embarazado.

Las experiencias de relajación pretenden potenciar los investimientos de carácter narcisista de la embarazada sobre su propio cuerpo. Estos investimientos de carácter narcisista y libidinal, surgen solamente si existe en la embarazada una aceptación y un reconocimiento internos de los buenos cuidados corporales que le prodigó su madre. No es posible un adecuado investimiento del bebé sin una cierta reconciliación interna con la propia madre y sus cuidados corporales.

La relajación tal y como la concibo en estos grupos, es sobre todo una experiencia de "holding" y, por tanto, evocadora de cuidados maternos para la mujer embarazada. Las resistencias a vivir esta experiencia afloran con frecuencia, pero la presencia permisiva del relajador, el acompañamiento o la complicidad del grupo-tribu de hermanas y la peculiar situación de la mujer embarazada, que busca regresivamente a su madre, acaban inclinando, aunque sólo sea puntualmente, el fiel de la balanza hacia el lugar de un cuerpo de bienestar y reconciliación que incluye al futuro bebé.

3. La charla-coloquio de Salud Mental del preparto.

Esta charla está dedicada a los aspectos psíquicos del embarazo, parto, maternidad y paternidad. Dura poco más de hora y media, y se realiza con el grupo de ocho a doce parejas a quienes hemos conocido individualmente y que tienen ya, en ese momento, una pequeña historia como grupo. Las pretensiones, por tanto, han de ajustarse a este encuadre y conseguir un rato de charla que pueda tener un interés preventivo.

Procuro ponerles pronto en situación de evocar sentimientos, fantasías, miedos, que han ido surgiendo en ellos a partir de que se hicieron cargo del embarazo. Así, es como ellos y ellas van hablan- do del miedo a las malformaciones o taras congénitas del bebé, a una mala evolución del parto, a perder la libertad de la que hasta ahora disfrutaban, y van expresando los

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

sentimientos de inseguridad, de incapacidad de desarrollar su función materna o paterna, el temor a que se debilite la unión en la pareja, la vivencia de que está sucediendo algo que califican de increíble, la ilusión, la alegría, la impaciencia por tener en brazos a su bebé, por ser padres. En fin, estas y otras vivencias son puestas en común y cotejadas por unos y otros. Es curioso como, en su dinámica, algunos grupos se van más hacia el polo resistencial o de crudo realismo, mientras que algunos otros, al contrario, lo hacen hacia el polo de los sentimientos idealizados negadores de afectos agresivos y de percepciones adecuadas de la realidad a veces frustrante. Puedo escuchar frases como: "En realidad dar de mamar es algo sucio, es como si fuéramos vacas y lo demás son pamplinas; somos como animales" o, al contrario, "no hay nada más maravilloso que ser madre y todos los dolores, preocupaciones y sacrificios, bienvenidos sean". Mi función básicamente evocadora procuro aquí que sea también facilitadora de la expresión de fantasías que un determinado grupo puede estar eludiendo.

Una vez que se ha configurado una cierta conciencia grupal de la fuerte vehemencia de algunos sentimientos, y sobre todo de la desproporción de los miedos que el embarazo ha suscitado, y una vez que han encontrado algunas explicaciones, suelo entonces, con tiento, evocarles al niño o niña que han sido, que todavía existe en ellos, y que el embarazo ha despertado con algún sobresalto, al ver que antiguos deseos se están haciendo realidad en un contexto, por supuesto, muy diferente. Pretendo poner en un lugar accesible para ellos una comprensión que les resulte orientadora y no inquietante o desveladora de ciertos conflictos; algo que tiene un valor asociativo e integrador y no analítico ni interpretativo. Referirme al niño que han sido, no es exactamente lo mismo que referirme a ellos de forma individual y concreta. Decir, por ejemplo: "creo que siempre existe un componente de rivalidad" no equivale a "creo que Vd. está rivalizando". Decir algo en tono y contexto en los que alguien, si quiere, puede pararse a pensar, no es lo mismo que la actividad interpretativa que alude directamente al reconocimiento de sus contenidos en uno mismo. Estas son las ventajas del trabajo en este tipo de grupos.

Digo esto, porque el trabajo preventivo en grupos o ante determinados auditorios, es un terreno resbaladizo y donde realmente se resbala. Unas veces, hacia concepciones informativas lineales y con formato científico, y otras, hacia procederes psicoterapéuticos completamente inadecuados a la situación. Ambas situaciones distan de ser inocuas. R. Diatkine decía -y no está mal recordarlo- que el trabajo preventivo ha de ser reservado a profesionales experimentados.

Se aborda también en esta charla la pregunta de quién es el bebé que nace, y los sentimientos y actitudes que despierta en cada uno de los futuros padres. Es curioso observar que el grupo no se atreve a pronunciarse sobre si en los primeros días de vida, el bebé ve o no ve, oye o no oye. En fin, lo que busco es que se desplieguen fantasías de relación con el hijo y posibilidades identificatorias con él, así como que cada uno de los padres empiece a entrever la peculiar situación triangular en la que se va a encontrar. La función materna y paterna, los frecuentes sentimientos de exclusión del padre, el llanto del bebé con los cólicos del primer trimestre y la depresión post-parto son evocaciones anticipatorias de incuestionable valor preventivo.

4.- La entrevista de Salud Mental Postparto.

Tras haber dado a luz, tiene lugar la entrevista con cada pareja, que se suele situar entre las dos y las cinco semanas después del parto. A ella asiste también el bebé.

En general -aunque no siempre es así-, los padres llegan con cara de alivio y satisfacción, orgullosos de su retoño. Tras saludarles, es absolutamente imprescindible pararse a observar con verdadero interés su bebé, lo que resulta realmente sencillo.

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

Luego se trata de ir rehaciendo con ellos, sobre todo con la madre, su historia vivencial en torno al parto y al establecimiento de esas primeras relaciones con el niño.

Son muchos los sentimientos, vivencias e inquietudes que van surgiendo en el desarrollo de esta entrevista, en la que la "preocupación maternal primaria", descrita por Winnicott, late con fuerza. Me limitaré a mencionar algunas de las situaciones más frecuentes y comentarlas al paso muy brevemente:

- El parto provocado o inducido, como experiencia a veces acompañada de sentimientos de descontrol, de inseguridad y de ser desposeída la mujer bruscamente de su bebé. Una madre asociaba en esta entrevista la estimulación anal que hacía a su hija, considerada estreñida por ella de forma injustificada, con sus vivencias traumáticas de un parto provocado. Sin embargo, en otros muchos casos, la aceleración, ya en los últimos momentos de la dilatación, parece no ser mal vivida, e incluso a veces valorada como positiva.

- La cesárea y los partos instrumentales son también evocados en la entrevista como movilizadores de sentimientos de incapacidad o de culpa, o a veces conllevan vivencias de intensas manipulaciones de las capacidades de ser madre. Todo ello se refleja en los sentimientos agresivos hacia el tocólogo o hacia el resto del personal sanitario (operación innecesaria, deseos de lucro, ganas de acabar pronto, comodidad, etc.) Sentimientos que no siempre son proyectivos, pero que en cualquier caso pueden dejar grabada su impronta en los investimientos maternos sobre el bebé. En relación a las cesáreas, son también evocados los sentimientos de impotencia para ocuparse del bebé, debido a la postración física postoperatoria de muchas madres. El que alguien –el padre, la abuela, el personal sanitario- se ocupen entonces más del bebé, supone un alivio para la madre, aunque, a veces, no suficiente.

- La presencia o no del padre en el parto es otra cuestión que surge en la entrevista. Su asistencia es vivida como una experiencia reconfortante para la pareja y fundadora y reaseguradora de identidades y funciones parentales. Impedir, sin una razón clara, que el padre asista al parto, si lo desea, puede remover en él profundas tendencias reivindicativas, y generar actitudes posesivas en los investimientos del hijo.

- Otra cuestión importante es la de las actitudes y comentarios del personal médico-sanitario de las Maternidades, que a veces me refieren algunas madres, entre lágrimas, en la entrevista. Como psiquiatra que atiendo situaciones de niños ya mayores, no es infrecuente encontrarme a padres que, nada más empezar a hablarme de su hijo, me refieren un comentario desafortunado o una vivencia problemática, generada por el entorno, de los primeros momentos de la maternidad. Y a lo mejor, el motivo de consulta son problemas escolares o cualquier otra cuestión aparentemente alejada. Comentarios como: "No insista, señora, su leche no vale para nada", o "no, este niño nunca le comerá bien; tendrá siempre usted que ayudarle" son comentarios que se prestan para que determinados funcionamientos psíquicos organicen a partir de ellos, investimientos problemáticos. Sin pretender en modo alguno resucitar la teoría del trauma, pienso que el grado de sensibilidad y vulnerabilidad maternas en torno al parto es extraordinario y que determinadas vivencias pueden tener un valor organizador o desorganizador muy importante para la vida psíquica de la madre y de sus investimientos sobre el hijo.

- Otro elemento traído a colación es la subida de la leche y las primeras vicisitudes de la alimentación materna, que no son siempre ocasión para reaseguramientos en la función de madre, al poner a prueba no sólo las identificaciones secundarias, sino también las primarias. Incorporar, succionar vaciando y debilitando, morder, rechazar, destruir... son fantasías

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

que se reavivan y que organizan el interjuego de las proyecciones e introyecciones de la madre con su bebé, lo que está estrechamente vinculado a su imago materna. Los investimientos maternos sobre el bebé se organizan a partir de todo ello, pero también a partir de lo que el propio bebé es capaz de movilizar con su comportamiento en la madre. De la forma en que se organice esta dinámica en la díada madre-bebé –y bien entendido que me refiero a una díada abierta a las importantes influencias del entorno familiar y social donde el padre suele ocupar un papel primordial-. dependen las diferentes situaciones conflictivas y trastornos funcionales de la alimentación materna del bebé que llegan a esta entrevista. De todos ellos quizás el más frecuente es el paso precoz al biberón vivido como problemático, algunas veces por el bebé y otras por la madre.

- Otra cuestión cada vez menos presente en la entrevista, pero no totalmente ausente, es el llanto. Cuando éste es persistente, pone rápidamente en cuestión el buen hacer, los buenos cuidados, la capacidad de calmar de los padres, que son confrontados, sobre todo si se trata del primer hijo, con sentimientos de incapacidad, de impotencia y subsiguientemente de agresividad y de culpa. Es evidente que los bebés son diferentes y en este sentido el azar y la suerte juegan sus dados para los padres y, por supuesto, también para el niño. El grado de "irritabilidad" y de "consolabilidad" –términos anglosajones recogidos por S. Lebovici- es indiscutiblemente diferente según el bebé. A veces no puedo dejar de admirar el buen funcionamiento de algunos padres con bebés que empiezan siendo francamente difíciles y llorones, y que lo pasan mal un tiempo, pero sorprendentemente no se desorganizan, acaban aceptando su impotencia, no se asustan en exceso y toleran que su hijo pueda tener ciertas naturales experiencias de dolor confiando en los buenos consejos del pediatra y en la propia naturaleza y evolución del bebé. Estos padres suelen no tardar demasiado en ver el fruto de su buen funcionamiento. Pero aquí quiero señalar que los casos problemáticos de los cólicos del lactante, que desde hace años tomo más en consideración en la charla preparto, prácticamente han desaparecido. Las madres de los niños que los sufren, suelen comentar sin mayores inquietudes: "El pobrecillo está aún con esos cólicos; a ver si le pasan pronto".

- Finalmente, otro material traído a esta entrevista es el que tiene que ver con las depresiones postparto, que no corresponden, hasta ahora en ningún caso, con los cuadros depresivos puerperales, ni con las psicosis puerperales que hace años en algunas ocasiones he tratado en hospitales psiquiátricos. En cambio, con mucha frecuencia las madres refieren un estado peculiar de ánimo como una especie de tonalidad agridulce con trasfondo de pérdida, de sufrimiento y tristeza, entremezclados con otros de júbilo, descubrimiento o reencuentro. En general esta emotividad la sitúan a veces en los días que pasan en la clínica maternal o, con mayor frecuencia, en relación con el retorno a casa. El momento más difícil suele tener lugar al día siguiente de estar en casa, coincidiendo con importantes cambios hormonales, cuando se quedan ya a solas con el bebé, y que el marido se ha ido al trabajo. A veces, no coincide con el retorno de la madre, sino con la marcha de la abuela que, tras unos días de acompañar a la hija, vuelve a su domicilio. En cualquier caso, la presencia de la pareja, si es insuficiente, potencia los sentimientos de tristeza en la mujer. Este tipo de cuadros coincide más o menos con las "Maternity blues" de los autores anglosajones sólo cuando las madres me lo cuentan como una historia recientemente pasada, ya desaparecida. Hablan entonces de una hora, o uno, dos, o tres días de mayor sensibilidad. Utilizan expresiones como "estaba con la lágrima fácil". Recuerdo a una madre que me contaba que se había puesto a llorar "como una tonta", mirando a su hija y sólo pensando en "cuánto la había querido su madre". Otra mujer me decía que le había

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

sorprendido una llantina incontenible al ir a guardar la ropa de embarazada. Sin embargo, aunque con escasa frecuencia, estos estados emocionales se prolongan uno o dos meses más, constituyendo ya verdaderos estados depresivos, que coinciden a menudo con trastornos funcionales del bebé y aquí es importante la intervención terapéutica. Son múltiples los elementos que configuran estos diferentes estados de carácter depresivo: además de los factores hormonales, los sentimientos de pérdida ligados al parto, los sentimientos de culpa de haber hecho realidad algo prohibido, el estado físico de cansancio generado tanto por el parto como por la lactancia materna o por el sueño a intervalos, o el sentirse atada por los cambios de vida impuestos por los cuidados del bebé, y, por supuesto, los antecedentes psíquicos de cada madre y sus circunstancias sociofamiliares actuales.

Si esta entrevista la comparamos con la de antes del parto, la gran diferencia es que la madre puede ahora contemplar al bebé en sus brazos, o en el capacho, y el bebé a su madre. Entre los dos hay un espacio de separación visible para el observador. Este espacio, lleno de evocaciones lejanas para la madre, tiene un lugar de representación en el mundo psíquico de ella, en el que existe una vida fantasmática, una organización simbólica y un lenguaje. En cambio, en el mundo del bebé este espacio es, si acaso, un espacio potencial donde, eso sí –si todo va bien-, se desarrollará posteriormente el juego con los objetos transicionales. El bebé del mundo psíquico de la madre está situado en el lugar de los objetos y es siempre, en cierto grado, un bebé con connotaciones simbióticas muy cargado de identificaciones proyectivas que son en buena parte necesarias. Este bebé fantasmático e imaginario va a ser fuertemente contrastado por la madre, en las primeras semanas después del parto, con el bebé real. El espacio físico que la madre ve entre ella y su bebé, la remite al espacio interno situado entre el Yo y los objetos, espacio que mira con ambivalencia. Por un lado, es un espacio de separación, de duelo y de sufrimiento, que a ella le costó cruzar para tener acceso a la palabra, para poder ver a su madre en frente y verse a sí misma. Por otro lado, el bebé cobra para ella el papel de un señuelo seductor que la incita a revivir la experiencia simbiótica, si acaso quedaron pequeñas o mayores insatisfacciones. La madre ha de decidirse con un "Alea iacta est" a cruzar el Rubicón. Pero el bebé real y externo, separado físicamente de ella, y con vida propia, advierte que en el fondo el Rubicón no se cruza nunca, más que en la barca de la ilusión y la fantasía. El trasiego de las idas y venidas en esta barca, con el bebé de carne, hueso y llanto como faro, es el que produce quizás el cansancio de las madres, acaso más aún que la fatiga física del parto. Ilusión simbiótica, miedo a las angustias de separación, placer de un triunfo edipiano incestuoso y culpa, son todos ellos los ingredientes de la depresión postparto.

Pero no son solamente los materiales que a esta entrevista traen, en forma de relato, los que me orientan acerca de lo que está sucediendo, sino toda la comunicación verbal y no verbal que presencio y en la que, de algún modo, participo.

Es ahí cuando oigo, por ejemplo, a algún padre decir: "Pero mujer ¿cómo lo coges así? Así no. No ves que así está molesto... Claro, así te llora..., trae acá, anda. Desde luego... pobre niño. Menos mal que está aquí tu padre". Esta es la escena del padre subrepticiamente celoso del hijo, o la escena del padre rabiosamente identificado con su bebé, que ahora, ya adulto, puede quejarse verbalmente a su mujer-madre de antiguas insatisfacciones, o todavía puede ser, la escena del padre que rivaliza con su mujer reivindicando para él el papel de madre.

El bebé, al igual que el padre, también participa en la entrevista como sujeto activo confirmando hipótesis o rebatiéndolas con su llanto o su sosiego. Las transacciones observadas entre madre, padre y bebé son sin duda de un valor clínico inestimable. Aún en los casos en que los tres personajes hacen gala de un buen funcionamiento, cuando termino la sesión, tengo la impresión

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

de haber intervenido preventiva o terapéuticamente en un par de ocasiones. Pero evidentemente cuando los problemas son relevantes y existe o se configura una demanda, propongo entrevistas con una clara definición terapéutica. Las intervenciones en el curso de la entrevista habitual o en las consultas terapéuticas que se deriven, las establezco, en este período, teniendo en cuenta algunos criterios o consideraciones de base:

- El contraste entre bebé fantasmático y bebé real conlleva situaciones más o menos importantes de duelo o de negación de duelo.
- Es frecuente la reactivación de la neurosis infantil en la madre –B. Cremer cita a L.Kreisler en este punto- y, por supuesto, también en el padre.
- Este período de la vida de la madre, que se inicia ya antes del parto, es como un "período sensible" del desarrollo de los que habla Bowlby y, por tanto, un momento plástico e influenciable por el entorno y en concreto por las intervenciones terapéuticas.
- No me parece indicada la pretensión de transformaciones profundas en los padres –al menos en lo inmediato- y, en cambio, es de gran valor la comprensión y el rescate, cuando es posible, de algún elemento preconsciente muy accesible que fortalezca al yo de los padres y les permita asumir sus funciones.
- Tengo también en cuenta que la diada madre-bebé está incluida en un sistema familiar abierto más amplio, en el que el padre ocupa un importante papel y con frecuencia también las familias de origen, a través de leyes y mensajes transgeneracionales.
- Finalmente suscribo de lleno la opinión de S. Lebovici cuando en el coloquio de Mónaco decía: "El terapeuta intervendrá poco a este nivel; se contentará con resaltar las capacidades del niño, y las de la madre para comprenderlo y calmarlo. No se erigirá en educador, señalando lo que hay que hacer o no hacer, lo que conduciría a dañar la capacidad de "maternalidad" de la madre y las posibilidades del niño de "parentalizarla".

5. Las dos charlas de Salud Mental postparto.

Pues bien, días o semanas después de esta entrevista posparto, tienen lugar las dos charlas de Salud Mental en las que apenas me detendré. En la primera, trato de presentarles el desarrollo evolutivo del bebé y del niño, centrándome sobre todo en los primeros años, Cómo el niño va entendiendo el mundo, relacionándose con su entorno, planteándose diferentes problemas, o disfrutando de sus adquisiciones.

Trato, sin duda, de estimular la comprensión de los padres, sus capacidades de identificación con nuevas situaciones de su hijo, a través sobre todo de escenas evocadoras, que van constituyendo una historia novelada.

Evito caer en tecnicismos o alcanzar altas cotas informativas. Considero, en cambio, de gran valor que los padres vean a su hijo como un ser en evolución, que las características evolutivas no sean consideradas como formas de ser. Lo que más nos inquieta de las anamnesis son esas historias planas, sin tiempo, en las que el niño siempre ha sido así.

Más coloquial es la segunda charla en la que los padres son los protagonistas. Se trata de hablar de la historia futura de los investimientos parentales y sus vicisitudes al son que va marcando la evolución del niño.

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

Se retoman algunos de los puntos aludidos en la entrevista postparto, las vivencias de la madre que vuelve a su trabajo tras el permiso de maternidad, los sistemas de guarda del niño, las ausencias de los padres en diferentes edades, sus vivencias en torno a los primeros pasos del niño, a la alimentación infantil, al control de esfínteres, a las actitudes oposicionales, a la sexualidad, a la escuela, etc. Es indudable que por muy coloquial que sea la charla, tiene un componente importante de elementos informativos, pero procuro utilizar un lenguaje circular, dialéctico, evitando lo lineal y simple que tiende a constreñir las posibidades de espontaneidad parental. Algunos elementos informativos de los que acabo de mencionar tienen un valor preventivo incuestionable en muchos casos y es una vergüenza que no figuren datos informativos de gran interés preventivo en guías oficiales de crianza. Luego nos vemos confrontados con historias que no tienen remedio.

6. Otros espacios para lo psíquico

No quiero dejar de mencionar, al menos:

- Las reuniones o los encuentros con unos u otros miembros del equipo del programa para transmitir informaciones de interés, para reflexionar sobre diferentes situaciones psíquicas de una madre o de un padre o de un grupo en particular.
- También el trabajo que durante años he realizado -dentro de este Programa- con educadoras de las guarderías del Distrito, "in situ" o en grupos Balint que realizaba con ellas, o en ocasiones organizando grupos de padres. Hay mucho que hacer con las guarderías o escuelas infantiles, donde se realizan tareas trascendentales para el porvenir psicológico de una gran parte de la población. Recuerdo una intervención institucional en una guardería de empresa para que la admisión de los bebés de las madres empleadas, no se hicieran de forma sistemática "exactamente en el octavo mes", en el acmé de las vivencias de extrañamiento.
- Y, finalmente, hace más de 6 años que trabajo regularmente en grupos Balint, con matronas, enfermeras, trabajadoras sociales, pediatras de los otros Centros Municipales de Salud, que realizan el Programa Materno-Infantil o uno más reciente llamado "Ayudando a crecer" que, en cierto modo, lo complementa.

EL SENTIDO DE UN PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

Considero que el sentido, la pretensión, de un programa M-I es la de proporcionar un "holding" sanitario adecuado a la familia que se prepara para la crianza o que ya está en ello. Esa crisis evolutiva e integral de la familia y de sus componentes es la que ha de ser sostenida o apoyada por las instituciones sanitarias, debido a su gran plasticidad y a su transcendencia en cuanto a generar, en un sentido muy amplio, salud o enfermedad. Dicho "holding" se puede ejercer de manera muy competente a través de un programa M-I:

1º Favoreciendo la confianza en sí mismos de los futuros padres. Cuestión fundamental, puesto que sus capacidades son muy grandes y, si no lo fuesen tanto, es importante descubrir, resaltar, valorar las que tienen. La información no ha de ser transmitida como una prueba de sus carencias confrontándoles con un omnipotente saber profesional. De convertirse en algo así, quizás más valdría que no se hiciese el Programa, al menos en lo que a Salud Mental se refiere. La información siempre ha de ser mesurada y entendida como "un buen complemento" a las valiosas competencias

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

parentales. Y, en este mismo sentido, es importante estar atentos a las actitudes de los diferentes profesionales hacia los futuros padres. Cuidar evidentemente no es igual a infantilizar. Para muchos futuros padres el ser padre es la confirmación de haber alcanzado las responsabilidades y la condición de adulto y en torno al embarazo -la mujer más aún que el hombre- tienen vivencias regresivas necesarias, pero que les inseguizan. Por tanto, no es el momento de que un profesional del programa M-I establezca actitudes paternalistas sutilmente descalificadoras de su condición de adulto o de sus competencias de madre o padre.

2º Acompañando a los futuros padres o a los ya padres con nuestra "presencia adecuadamente interesada" en su buena evolución, con una "información anticipada" y una "elaboración reflexiva" en los grupos o individualmente. Que una mujer tenga una correcta información sobre las contracciones del parto y la conducta a seguir, que sepa qué es un "fórceps" por si tienen que hacérselo, que conozca durante la lactancia los mejores cuidados de sus pezones, en qué momento debe tener la subida de leche, cómo cuidar el cordón umbilical de su bebé, que un padre haya hablado en el grupo de cómo puede en el potparto colaborar y cuidar mejor a su pareja y al bebé, que ambos padres hayan también imaginado y reflexionado en grupo sobre la utilidad del chupete o sobre el llanto y los cólicos del primer trimestre, todo esto, y muchas más cuestiones similares, constituye a través del diálogo con los profesionales una presencia informativa y elaborativa de un incalculable valor preventivo biopsicosocial.

3º Aportando a través de un equipo interdisciplinario coordinado, conjuntado y con concepciones integrales de la salud, una atención coherente y segurizante. Que las contradicciones no sean ni demasiado importantes ni frecuentes, ni las consideraciones de los diferentes profesionales sean mutuamente descalificadoras. Para ello es esencial que haya intercambios regulares entre profesionales, un trabajo periódico de reflexión en equipo. No se trata, por supuesto, de la búsqueda de la perfecta univocidad o de la coherencia a ultranza.

4º Detectando factores de riesgo y aportando a su debido tiempo elementos preventivos primarios. Por ejemplo, detectando en una embarazada soltera su falta de recursos económicos y su desarraigo social en la gran ciudad y derivándola para que se le proporcione una cobertura de asistencia social; o detectando unos proyectos de guarda del bebé, cuando la madre vuelva al trabajo, ingenuamente descabellados para el desarrollo psíquico de su hijo y elaborando entonces con los futuros padres unos nuevos proyectos no lesivos para el niño; o detectando riesgos de muerte súbita y tomando las debidas precauciones; etc, etc.

5º Interviniendo precozmente cuando los problemas surgen. Es decir, haciendo prevención secundaria. En primer lugar, es fundamental que desde el comienzo del programa M-I, desde la primera o primeras entrevistas se oferte la disponibilidad del equipo para la consulta, social, psíquica o física, independientemente de que el equipo pueda o no aportar un tratamiento o haya de hacer una derivación. La detección precoz de trastornos del sueño o de hábitos anoréxicos en el bebé, o una depresión puerperal de la madre y el tratamiento psicoterapéutico inmediato de estos problemas de crianza, son los factores que permiten relanzar la dinámica natural de un desarrollo psíquico bloqueado o la desconflictualización de una relación madre-bebé que podrían tener, de otro modo, consecuencias evolutivas graves.

Pues bien, es la estabilidad de todas estas funciones en el tiempo, en el espacio y en las relaciones humanas con los profesionales lo que constituye el "holding" del crítico período evolutivo y madurativo al que se dirigen estos programas. En los programas Materno-Infantiles de los CMS desgraciadamente se nos escapa el momento del parto, pero, salvo esto, constatamos

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

cómo los futuros padres aprecian enormemente que se les reciba diciendo que vamos a trabajar con ellos varios años (noción de tiempo) en este centro (noción de espacio) este equipo del que les damos los nombres y funciones de sus componentes (elemento humano). Es muy difícil conseguir condiciones espacio-temporales y humanas de gran cohesión y estabilidad en las estructuras sanitarias que, más allá de los CMS, sustenten programas Materno-Infantiles. Sin embargo, y esto es lo que quiero señalar, es importante tender a ello, de la misma forma que los Servicios de Obstetricia y Pediatría se integran en la moderna arquitectura hospitalaria como pabellones Materno-Infantiles.

EL PORVENIR DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

Considero que el programa M-I tiene un gran porvenir sanitario. Las raíces de la salud están en ese período de embarazo, parto y crianza. Lo más genuino de la prevención primaria se sitúa en esta época. Julián de Ajuriaguerra, decía con cierta sorna, para poner de relieve la importancia de los primeros tiempos de la existencia humana, que más allá del primer año de vida empezaba la psicogeriatría. Los tratados de pediatría, de psiquiatría infantil o de sociología señalan el período de embarazo parto y crianza como un período privilegiado para la prevención.

Por no poner más que un ejemplo entre tantos y tantos que ponen esto de relieve, ahí está el de los niños maltratados, a los que pediatras, trabajadores sociales y profesionales de la Salud Mental estamos cada vez más atentos. Los trabajos de investigación sobre la materia, todos ellos insisten en la importancia de la detección de situaciones de riesgo durante el embarazo, parto y primeros tiempos de vida para prevenir los malos tratos infantiles. Sólo un trabajo en equipo y una concepción unitaria e integral de este período establecerían las condiciones idóneas para hacer prevención de estas y otras graves situaciones.

El programa Materno-Infantil podría y debería llegar a ser el pórtico de la Sanidad, la entrada, el lugar de los primeros contactos de una mujer embarazada y su pareja en las vísperas de la constitución de una familia. Cuando nada hace presagiar la enfermedad es cuando debieran tener lugar esos primeros contactos con los profesionales de la salud (de la salud mental, de la física y de la social).

Me parece de interés resumir y concluir diciendo que para denominar a un programa Materno-Infantil han de darse al menos las siguientes condiciones:

1ª La concepción unitaria del programa, es decir, de atender a un período evolutivo que engloba, como un proceso conjunto, embarazo, parto y crianza.

2ª Que el programa esté dirigido desde el primer momento a la mujer embarazada, a su pareja (salvo que no exista), a los hijos que ya tienen, al futuro bebé, y, en general, al entorno sociofamiliar del niño pequeño.

3ª Que, respondiendo a una concepción integral del programa, participen en él responsables específicos de las tres dimensiones de la salud: (la biológica, la psíquica y la social).

4ª Que se produzca ese efecto de "holding", que tiene que ver con la coherencia y la continuidad de los cuidados y con la noción de equipo interdisciplinario cuidador (a las personas que llegan, se les recibe, se les explica el proyecto de trabajo con ellos, su duración, y se les indica los profesionales que les van a atender).

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

Hoy todavía es imposible generalizar los Programas Materno-Infantiles, aunque sólo sea por la escasez de profesionales de Salud Mental Infantil. No olvidemos que España es el único país de la Unión Europea y de los países de la EFTA que no forma especialistas en Psiquiatría de Niños y Adolescentes, ni tampoco en Psicología Clínica Infantil. Por tanto, escasea uno de los tres pivotes necesarios para un programa Materno-Infantil, pero lo importante es seguir avanzando y tener claro hacia dónde. Tener clara la importancia y la trascendencia de este tipo de programas y aunar esfuerzos y colaboraciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Botella Cañamares, N. y Cabaleiro Fabeiro, L. F. (1998). *Programa de Promoción de la Salud Materno-Infantil*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Bowlby, J. (1976). *La Separación afectiva*. Buenos Aires: Paidos.

Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidos.

Brazelton, T. B. (1989). *El saber del Bebé.* Buenos Aires: Paidos.

Cabaleiro Fabeiro, L. F. (2002). Reflexiones de interés preventivo sobre algunas cuestiones del desarrollo infantil. *Revista de L´ Associació catalana d' atenció precoç 19-20*.

Cabaleiro Fabeiro, L. F. (1988). Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil. *Cuadernos de Psiquiataría y Psicoterapia Infantil 6.*

Cabaleiro Fabeiro, L.F. Y Escriva Catalá, A. Salud Mental y Grupos de prevención primaria en un programa materno infantil. *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia infantil.*

Caplan, G. (1980). Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos Aires: Paidos.

Kempe R. S. y Kempe C. H. (1985). *Niños Maltratados*. Madrid: Ediciones Morata.

Langer, M. (1980). *Maternidad y Sexo*. Buenos Aires: Paidos.

Lasa Zulueta, A. (1987). *Manifestaciones corporales y psíquicas de la psicosis infantil en los dos primeros años de vida. Su detección precoz en pediatría y psiquiatría*. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco.

Lebovici, S. (1987*). Le nourrisson, la mére et le psychanalyste*. París: Ed. du Centurion.

Mahler, M y otros (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Margmar Ediciones.

Manzano, J. y otros (2001). Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid: Necodisne

Santos Castroviejo, C. (1993). Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil, 15-16.*

Soulé, M. y Noel J. La higiene Mental Infantil y los modos de cuidados en los niños pequeños. En Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de S. Lebovici y otros. Vol. VI.

Spitz, R. (1998). *El primer año de vida del niño.* Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.

Stern, D. (1983). La primera relación: madre – hijo. Madrid: Ediciones Morata S.A.

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

PALABRA DE PSICÓTICO*

WORD OF PSYCHOTIC

Alberto Lasa Zulueta**

Winnicott D.W. (1981). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia

- *"…quien no desea ser olvidado debe dejarse ver, dejarse oír"*
- *"…una respetable tarea, la dignidad de aprender del ser humano"*
- *"…la primera prueba de respeto hacia los seres humanos consiste en no pasar por alto sus palabras"*

ELIAS CANETTI (1905-1994)
La antorcha al oído, 1980

RESUMEN

En este trabajo se describe un prolongado trabajo de acompañamiento terapéutico. Se trata de un testimonio de un estilo de trabajo particular. Sobre todo, se subraya la necesidad de escuchar, acompañar y tratar de comprender el sufrimiento psíquico intenso del paciente psicótico, y defiende el trabajo prolongado con estas personas.

Palabras clave: sufrimiento psíquico, escucha, acompañamiento, relación.

ABSTRACT

In this work, a long work of therapeutic accompaniment is described. It is a testimony of a particular style of working. Above all, it emphasizes the need to listen, accompany and try to understand the intense psychic suffering of the psychotic patient, and defends the prolonged work with these people.

Key words: psychic suffering, listening, accompaniment, relationship.

---

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psiquiatra-Psicoanalista. Profesor Titular Universitario de Psiquiatría. E-mail: *alberto.lasazulueta@gmail.com*

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

Estas citas de Elias Canetti ya las había mencionado en otras presentaciones anteriores compartidas en SEPYPNA. Si las recuerdo de nuevo es porque me ayudan a subrayar la importancia que para mí tiene la autenticidad, totalmente inevitable para ellos, con la que nos hablan los psicóticos. Sinceridad que merece por nuestra parte un respeto y una esmerada y difícil atención que con frecuencia no les dedicamos. De ahí el titulo de este texto y también su contenido que trata de transmitir la palabra de un niño autista y su emergencia e inserción en una larga relación.

Voy a describir un prolongado trabajo de acompañamiento terapéutico. Supongo que desde la perspectiva de una evaluación científica basada en pruebas, ahora tan idolatrada, se podrá cuestionar el calificativo de "terapéutico". También podría llamarlo de "acompañamiento vital", lo que me remite a "testamento vital" o -menos solemne- se trata para mí de ofrecer un testimonio de lo que ha sido un estilo de trabajo y de quehacer profesional. En cualquier caso, no ocultaré que trato de aprovechar la tribuna que nos ofrece este congreso para transmitir, especialmente a los más jóvenes, la necesidad de escuchar, acompañar y tratar de comprender el sufrimiento psíquico intenso (que constituye la esencia de la psicopatología del psicótico) y de hacerlo tan largo tiempo como sea posible y beneficioso para quien lo padece.

Conocí a K. cuando tenía 10 años. Me despedí de él pocos días antes de jubilarme, cuando dejé el centro de salud mental donde, desde su fundación treinta años antes, nos hemos visto regularmente. Así que él ya ha superado los cuarenta años.

Durante 12 años nos vimos una vez por semana (excepcionalmente dos) con la única interrupción de las vacaciones de verano. Como vamos a ver, se trataba de un niño gravemente afectado para el que sin duda un tratamiento en un marco de hospital de día era el deseable, o eso nos parecía, pero no disponíamos entonces más que de medios ambulatorios. Además, necesitaba un trayecto de desplazamiento tanto a nuestro centro como a sus sucesivos centros escolares. En resumen, solamente pudimos elegir lo que era posible. A partir de sus 23 años nos seguimos viendo una vez por mes.

Llegó por consejo del Profesor Ajuriaguerra, quien después de una vida profesional brillante, acababa de dejar el Collège de France para instalarse en nuestra región. A pesar de su edad y de su jubilación aún recibía, de cuando en cuando, en su casa -distante algo más de una centena de kilómetros- a quien quisiera consultarle… y conociera las vías para llegar a él. Allí acudió K. con sus padres que me trasmitieron el oráculo del maestro, a quien K. fue presentado como un autista. Su diagnóstico, según relato de los padres de K. fue: "*Lo que ha sido no lo sé, pero ahora que he hablado con él les digo que autista no es. Tiene demasiadas ganas de hablar para serlo*". Su indicación terapéutica: "*Llévenle donde alguien que tenga tiempo y paciencia…y que le guste trabajar con este tipo de niños…ustedes también tienen que tomárselo con paciencia*". Un año después, sus padres decidieron, por intermedio de un familiar relacionado con la psiquiatría, que yo podía reunir esas condiciones.

Así que empezamos a vernos en nuestro nuevo centro, recién inaugurado pero aún en obras, por lo que las primeras consultas las hicimos en los locales prestados de una escuela cercana.

Relató su madre que K. siempre había sido un niño muy especial, sensible y huidizo. De bebé "*fue el más tranquilo de mis hijos*" (ocupa un lugar intermedio de una numerosa fratria). Tras dudarlo mucho decidieron consultar, "con mucho miedo", un psiquiatra de niños, cuando tenía 4 años. Fue diagnosticado de autismo y tratado durante un tiempo con neurolépticos. Un año más tarde su pediatra sugirió una segunda opinión que confirmó el diagnóstico anterior: "autismo precoz". Se le aconsejó una integración en un centro de día para niños autistas recién creado por una asociación de familiares que disponía, en sus comienzos, de medios muy precarios.

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

Los padres decidieron rápidamente retirarlo de ese centro, juzgando insoportable la presencia de otros niños "mucho más deficientes" que el suyo y fue trasladado a una clase especial en la única escuela pública, entonces pionera (y cercana a su domicilio), que proponía una política de integración escolar. Luego las cosas se generalizaron "siguiendo el modelo italiano" (lo que acarreó por parte de quienes lo aplicaron la convicción de que la psiquiatría era por definición "reaccionaria y estigmatizadora" idea que yo entonces compartía… y que tuvimos que ir matizando cuando empezamos a sufrir las consecuencias de tan tajante juicio). Los padres inscribieron junto con K. a su hermano menor, "para que le acompañara", manteniendo al resto de la fratria en otro colegio.

Cuando comencé a trabajar con él, estaba en su cuarto año de integración escolar, con compañeros "normales" de su edad. Hacía, bajo una fuerte presión de sus padres, enormes esfuerzos para mantener sus resultados escolares. No disponía, o no le permitían disponer, de tiempo libre para dedicarlo a sus peculiares intereses y temas. Con ayuda de algunas profesoras, tratamos de flexibilizar las cosas y poco a poco se fueron perfilando las aficiones "extraescolares" que para él y para mí siempre tuvieron un cierto carácter de semiclandestinidad compartida. Yo era el encargado de explicar a sus padres porqué debían permitirle ciertas lecturas, pero cuidándome de no dar muchos detalles sobre las fantasías subyacentes a su interés, unas veces placentero y otras turbador. Los padres aceptaron este juego de "no saber" que él perdía el tiempo en lecturas "peculiares" y supieron entender la importancia de que respetáramos sus lecturas "secretas". A pesar de ello, los padres prefirieron que yo no contactara mucho con el centro escolar porque sus notas eran bastante buenas y también porque les molestaba que juzgaran a su hijo como "raro" o "especial". Creo que durante bastante tiempo trataron de ocultar al personal del centro escolar la frecuencia y naturaleza de nuestras consultas.

Bastante pronto pude constatar que su integración no era como me la presentaban y que K. no tenía (por aquel entonces) verdaderas relaciones con nadie. Él mismo me relató, y tardó años en poder hacerlo, su sufrimiento por la bromas crueles y cruentas de las que era continuamente víctima por parte de sus compañeros, quienes le encontraban bizarro y pintoresco y que le apodaban, entre otras cosas, como "el marciano" (que precedió al que posteriormente le dedicarían: "el friki"). Evidentemente sus padres y sobre todo su madre también sufrían cotidianamente de esta situación.

Durante nuestros muchos años de convivencia con estos padres pude experimentar algo que se ha repetido muchas veces con otros cuando una larga relación de confianza se establece. Alternativamente padres y terapeutas, según el desánimo de cada cual, desarrollan una capacidad de rescatar al otro. Si unos ven la parte vacía de la botella los otros tratan de resaltar que perciben la parte llena.

Cuando los resultados no se producen o aparecen muy lentamente, aparecen en unos y en otros la necesidad de aportar una visión "consoladora". En este caso, cuando mostrábamos ciertas dudas en cuanto a nuestra eficacia, los padres nos animaban con un "él quiere venir siempre"… "nosotros nos quedamos más tranquilos si tiene con quien hablar"... "está mejorando en algunas cosas". Cuando eran ellos los desanimados nosotros jugábamos el mismo papel, recordándoles algunos problemas anteriores resueltos o la aparición de nuevos comportamientos de cuyo valor intentábamos convencerles. En cualquier caso, uno de los ejes fundamentales del tratamiento de estos casos pasa por el dolor y la cólera del narcisismo parental herido. Difícil de cuidar y fácil de ser utilizado, es uno de los factores de peso más influyente en todas las trayectorias del tratamiento de niños autistas. No estoy seguro de que, en general, le hayamos prestado toda la atención que necesita.

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

Vuelvo ahora a K. Nunca he olvidado mi primera entrevista con él. Ciertamente -en términos de psicopatología clínica- se podría resumir diciendo que presentaba un funcionamiento mental con predominio invasivo de un proceso primario muy productivo, pero creo que vale la pena describirlo en detalle.

"*¿Sabes, Alberto?...se me ha informado de que te llamas Alberto, que se acaba de instaurar la veda de los salmónidos…pero quizás no sepas lo que son los ciprínidos"* fue su primera frase de saludo. Sin mirarme pero con un tono monocorde y como si me conociera de toda la vida, vino la segunda: *"Acabo de observar que los cimientos de este edificio han sido construidos sobre un cultivo de cucurbitáceas*" (en el jardín se veían solamente algunas hojas emergentes de plantas de calabaza). Con una perplejidad fácilmente imaginable no encontré más respuesta que invitarle a sentarse y a dibujar sobre esos temas "que tú conoces tan bien".

Hizo dos dibujos que mostraban dos cosas. Por su contenido, que la caza y la pesca le fascinaban (por razones tortuosamente angustiosas). Por su factura, que era absolutamente incapaz de construir un relato sobre sus dibujos. Acompañó la realización del primero con palabras entrecortadas y masculladas con voz casi inaudible. Con una mímica estereotipada y complicada, habló, más bien murmuró, sobre asesinatos, cadáveres enterrados, animales cazados y destripados, pequeños animales aplastados y algunos otros horrores, siempre difíciles de oír pero perceptibles a duras penas.

El segundo dibujo presentaba esbozos deformes de escenas de pesca. Sin ningún comentario lo interrumpió antes de acabarlo. No aceptó dibujar nada más durante largo tiempo.

Durante el resto de la entrevista, enumeró en tono retórico y como un papagayo, un montón de conocimientos relativos a diversos animales y sus características, utilizando términos zoológicos muy técnicos ("proboscídeos" y "monotremas", por ejemplo).

Mi primera respuesta fue decirle que me había hablado de temas que le interesaban mucho y que le ayudaban a interesarse por leer y aprender en los libros pero que también le hacían pensar en cosas que le daban miedo y lástima y que sólo podía hablar de ellas en voz muy baja. Le propuse también que podíamos "continuar hablando de la caza y la pesca que te gustan tanto y también, si eso te tranquiliza, de los pobres animales muertos". Hay que precisar que desde esta primera entrevista y durante los treinta años siguientes, siempre evitó cruzar su mirada con la mía, aunque furtivamente, de refilón, me observaba muy cuidadosamente. Precisaré también que yo no tenía ni tengo la costumbre de precipitarme con tales proposiciones en una primera entrevista (lo que señala seguramente que su angustia me resultaba muy invasiva). Sin duda su angustia-terror se transparentaba de entrada en sus fantasmas de saludo ("estamos sobre un cementerio de calabazas aplastadas"…"se me ha informado de tu nombre")

Él configuraba así desde el primer momento - aunque yo tardé años en darme cuenta de su carácter estructurado y estable y de su función- dos tipos de comunicación.

Uno que llamaré *"rimbombante*"[1]. Desde el punto de vista *formal* el lenguaje utilizado tiene un tono algo solemne, con utilización de perífrasis y circunloquios. Aunque para un observador desconocido resulta grandilocuente y ridículo -por desajustado y fuera de lugar en el lenguaje verbal habitual- sin embargo, para quien lo escucha en el contexto de una relación estable, tiene una *función* muy útil. Es un recurso de lenguaje adaptativo y defensivo que trata de servir de apoyo para el acercamiento social. Un revestimiento protector que cubre y camufla la intensa angustia que despierta el acercamiento al diálogo

1 Rimbombante: "aparatoso, enfático o ridículamente solemne"…"grandilocuente"

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

con "desconocidos", una especie de air-bag o de flotador que amortigua el contacto verbal –siempre sorprendente y amenazante para el autista- y que le permite una dinámica de supervivencia sin sumergirse en el "abismo" de una relación profunda y penetrantemente comunicativa. La monotonía invariable y "robotizada" del tono verbal se mantiene sin variaciones que delaten las oscilaciones emocionales que inevitablemente impregnan nuestro lenguaje.

Un segundo tipo (que relato con más detalles en las páginas que siguen) al que llamaré "*enigmático y sigiloso*". Formalmente se muestra en forma de balbuceo, con palabras o frases entrecortadas, susurradas o musitadas. Se acompaña de una gestualidad "misteriosa" que se repite si el entorno terapéutico y familiar lo permite. Mi sensación es que estas expresiones verbales –y gestuales- tienen un doble carácter. De un lado son una vivencia corporal-sensorial vinculada a la "expulsión" de contenidos "corporales" internos. Pero además incorporan un contenido "mental", un acompañante "semántico" una palabra en la que se condensa una "representación" vinculada a fantasías altamente angustiosas imposibles de verbalizar en forma narrativa. Tienen una doble función, a la vez expulsiva (permiten evacuar las angustias innombrables psicóticas en forma de descarga corporal) y comunicativa (permite esbozar la necesidad de configurar, nombrar y comunicar sus fantasías angustiosas). Este doble carácter "corporal" y "semántico" hace de las palabras un producto "material" peligroso que a la vez hay que contener, dosificar y expulsar (su relación con las sensaciones, fantasías y vivencias vinculadas a la analidad me parece muy clara). En esta doble dinámica de contención masiva y de expulsión y pérdida, de material -corporal y mental/verbal- altamente sensible, aparece toda una panoplia de maniobras estereotipadas y ritualizadas de gestos destinados a una doble función: intentar un control corporal que permita a la vez liberar la descarga motriz de la angustia y mantener la ilusión de un control mental "mágico" que permite el manejo canalizado y repetitivo de comportamientos que fragmentan y dan salida al malestar interno. Las estereotipias por tanto no son meras descargas corporales sin sentido funcional que se puedan suprimir sin consecuencias, sino que tienen funciones de supervivencia, de regulación psíquica y de comunicación imprescindibles. Este estilo "enigmático" es más espontáneo y está más vinculado a fantasías arcaicas. Por eso solamente se despliega en las condiciones de atención y cuidados propias de un marco que facilita su expresión. El estilo "rimbombante" responde a una dinámica defensiva secundaria más elaborada y adaptativa y aparece como discurso destinado a mantenerse "a su estilo" en el exigente mundo de la comunicación social.

Otro aspecto permanente que acompaña a su habla, es su peculiar mirada. Nunca, durante décadas, ha cruzado su mirada con la mía. Mucho se ha escrito sobre la evitación de la mirada del otro típica de los autistas. En general se califica de huidiza y defensiva, destinada a protegerse, a no percibir, a anular la presencia del interlocutor. En el caso de K. he tenido ocasión de verificar incontables veces que en realidad lo ve todo sin necesidad de mirar de frente, porque su gran hipersensibilidad perceptiva visual le permite una captación periférica extraordinaria. Lo ve "de refilón" pero lo ve todo. También he podido detectar que cuando yo no le miro de frente él observa cuidadosamente mi mímica y gestos. Seguramente es un comportamiento sensorial y relacional sobre el que conviene reflexionar, tanto desde el punto de vista psicodinámico -como siempre se ha hecho desde una perspectiva psicoanalítica- como desde otra perspectiva la neurofisiológica, que lleva a repensar las diferencias clínicas vinculándolas a perfiles senso-perceptivos y a la puesta en funcionamiento de redes neuronales específicas, seguramente condicionadas por factores genéticos complejos y a sus formas de expresión y activación individuales, propias de cada sujeto autista.

Resumiré en el tiempo restante lo que pueda de los treinta años posteriores que duró el encuentro así iniciado.

Una primera fase consistió, durante varios años, en sesiones ocupadas por un juego dramatizado extremadamente estereotipado y repetitivo hasta el agotamiento. Siguiendo estrictamente sus directrices, jugábamos a ser cazadores y pescadores

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

furtivos, sorprendidos por policías, y también ladrones de tesoros protegidos por todo tipo de trampas, la mayoría consistentes en artilugios "sádico-agresivos" (cepos, sierras, cuchillos, lanzas y objetos punzantes). En estos dos juegos me tuvo inmovilizado meses y meses, exigiendo respetar sin variación alguna los más mínimos detalles.

A menudo decía percibir ruidos, para mí imperceptibles, que procedían de fuera de nuestra sala y que, muy asustado y paralizado, le obligaban a interrumpir el juego. Otras veces, se mostraba alertado y sobresaltado por razones absolutamente misteriosas para mí que él tampoco explicaba. Creo que, como para su hipersensibilidad visual, esta hipersensibilidad auditiva -caracterizada por su "anestesia" hacia sonidos más cercanos (la "sordera" hacia las palabras o hacia ruidos impactantes) y por su sorprendente captación de sonidos finísimos- debe repensarse no solo en términos psicológicos (proyecciones paranoides) sino también en términos neurofisiológicos. En ambos casos mi sensación es que podemos valorarlo más como una capacidad excesiva "supranormal"- aunque conlleva una sensibilidad perturbadora- que como una limitación, como un comportamiento patológico indeseable.

Aprendí en estos juegos repetitivos, tras muchas dudas e inseguridades, que era mucho mejor callar y esperar que entregarme a furores interpretativos. Sostengo que resultó mejor, porque esas interrupciones silenciosas fueron dejando paso a un comportamiento muy ritualizado que progresivamente se fue acompañando de la eclosión, al principio con tono inaudible pero luego con voz cada vez más firme, de soliloquios que primero parecían letanías murmuradas y luego recitadas con tono de rosario. Cuando pude, cuando me permitió, entenderlas, oí que contenían insultos sorprendentes, repletos de neologismos resultantes de condensaciones ("*huesoaplastador "triturasesos" "pisatripas"*) y de exclamaciones escatológicas y blasfematorias ("*hostiamierda-dioscaca*"), seguidas de declaraciones, a veces musitadas y otras en tono solemne, de inocencia: "*yo no cometeré nunca más huesoaplastamientos*". Todo ello, acompañado de tics y movimientos estereotipados con aire de gestos enigmáticos y mágicos y también movimientos de alejamiento-huida con tocamientos misteriosos de muebles y ciertos objetos o salidas al pasillo para tras emitir toses y gruñidos volver a entrar para reanudar el juego (lo que configuraba una sintomatología que se asemejaba a la descrita como típica del síndrome de Gilles de la Tourette).

A veces se encerraba en el baño para actividades ocultas y secretas ante las que siempre me mostré muy respetuoso cuidándome mucho de interrumpirle. Siempre le esperé del otro lado de la puerta y en algunos momentos de inquietud, mía, le obligué a mantenerla entreabierta, o lo negociábamos, cosas ambas que no parecían molestarle en absoluto para continuar con sus actividades. Me pudo hablar de ellas, años después, contándome que se trataba de lavamientos de boca y lengua y de abluciones "*para serenarme y atemperar los nervios*" y de "*emisiones gaseosas por supuesto silenciosas, Alberto*" o también de complejas secuencias de escupitajos sobre blancos diversos. (La señora de la limpieza, especialmente comprensiva y tolerante con este niño -"porque se nota que sufre mucho y además es muy educado" decía ella- me ayudó a descifrar algunos de estos comportamientos).

Las interpretaciones eran inútiles durante este periodo. Repeticiones sin fin parecían indispensables para introducir mínimas variaciones en un juego de roles muy definidos. Como mucho aceptaba, con mucha prudencia, miedo e incluso desconfianza, la introducción de pequeñas "sorpresas" tales como atribuir algunos afectos elementales a los roles de los personajes, del tipo: "él tenía miedo, se debía sentir muy enfadado". Muy lentamente, esto permitió una mayor plasticidad al juego, pero era preciso ser muy prudente con las representaciones en primera persona, tales como "yo estoy" o "quizás tu te sientes" que podían resultar terroríficas para él. Consiguió desarrollar, con gran rigidez, algunos roles nuevos y variados. La aceptación de

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

roles ambivalentes (malos un poco buenos o viceversa) y sobre todo la posibilidad de admitir la más mínima proximidad entre él y los sentimientos elementales, representados o nombrados, era muy limitada, enlenteciendo enormemente todo trabajo de interiorización.

Todo ello me lleva a pensar que lo repetitivo tiene en nuestras evaluaciones "mala prensa", siendo considerado como signo de evolución estancada y de no mejoría. Sin embargo creo que hace falta "dar vueltas" en torno al mismo juego para que la introducción de una pequeña variación sea tolerada y la modificación aceptada. Recuerda mucho a los juegos repetitivos de merodeo exploratorio, antes de incorporar un nuevo objeto lúdico, observados por los etólogos en muchos mamíferos.

Es muy difícil detallar la monotonía y la lentitud de los movimientos psíquicos de K. así como sus tremendas dificultades de contacto. No podía soportar que se le hablara de él, de sus pensamientos y emociones y aún menos de sus sensaciones corporales. Las posibilidades de interpretación, muy restringidas, pasaban obligatoriamente "camufladas" e indirectas con rodeos a través de "personajes interpuestos" y de fragmentaciones en pequeñas dosis, seguidas de reconstrucciones posteriores (por ejemplo: " *es el policía asesino el que ahora cura a los ladrones* "… "*era la primera vez que el ladrón estaba triste y lloraba por lo que había hecho"*). En aquellos tiempos en que predominaban los supervisores que proponían una actitud interpretativa activa me fueron muy útiles autores como Jacques Hochmann o René Diatkine que insistían en el valor de construcciones narrativas que permitieran configuraciones creativas sobre las que un niño psicótico pueda apoyarse para dar forma y expresión a su desorganizado y fragmentado discurso.

Con muchas dudas respecto a su evolución y sus cambios, parecía implícitamente claro entre los dos que teníamos que seguir viéndonos. La posibilidad de cambiar el ritmo (sesiones más activas o más frecuentes; más actividad interpretativa o educativa) me parecía arriesgada porque podía provocar un mayor repliegue e incluso, en algunos momentos, una ruptura del tratamiento (riesgo a mi juicio siempre subyacente cuando los progresos son lentos o cuando la actitud parental es ambivalente). Mi duda principal era si una relación terapéutica tan costosa compensaba los lentos y pequeños cambios logrados.

De vez en cuando K., dejaba escapar signos que revelaban cierto interés en nuestra relación. Al principio de su quinto año de tratamiento, tras una ausencia vacacional de verano un poco más larga que lo habitual, pasó su primera sesión posterior garabateando trazos muy embrollados. Al preguntarle qué era aquello respondió que era el plano del pueblo en el que pasaba siempre sus vacaciones de verano en familia. No viendo más que un ovillo de trazos sin ninguna forma reconocible le pedí que me lo explicara con más detalles y me sorprendió "viendo" y explicándome toda un serie de rutas y trayectos con referencias muy precisas: "*aquí la panadería, aquí el quiosco de la plaza, el frontón*" etc. "*Con este plano hubiera podido encontrar tu casa*", le dije. Sonrió hizo con el plano una bola arrugada que guardó en su bolsillo y se fue sin decir nada. Cosas más asombrosas estaban por venir.

Propuso un nuevo juego también muy repetido y duradero: "*Yo voy a darte pistas para que tú puedas encontrar un tesoro".* Empezó a escribirme notas para ayudarme a encontrar los juguetes y también objetos personales míos, que buscaba en mis cajones o en mis bolsillos, para seguidamente esconderlos y ayudarme a encontrarlos en los sitios más inverosímiles (en el W.C., detrás o debajo de los muebles, ocultos dentro de la caja de juguetes -que jamás utilizó- etc.) donde los había guardado envueltos en su pañuelo o en pequeños sacos de plástico usados y chupeteados. Lo más importante era el esbozo de un acercamiento entre sus cosas y las mías, sus deyecciones corporales, su cuerpo y el mío.

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

Rápidamente este juego se convirtió en un alternante "*tú me buscas; yo te busco*". Se encerraba en un armario (de mi despacho, que tenía varios, o en otros despachos vacíos) y me daba pistas para encontrarle. A veces tenía que hacerlo a oscuras, con las luces apagadas, con los ojos vendados o hasta "*embalsamado como una momia*" (varias veces me envolvió con metros de papel higiénico para dar realismo a la escena). El juego se animó más al convertirse el "*encerrado-amortajado*" en "*un muerto, lleno de gusanos*". Si era mi turno hacer de muerto, yo debía gritar blasfemias mientras que él, fuera del armario-tumba, rezaba y repetía cantos y letanías "*a la gloria de Cristo y de su resurrección*". Gracias a sus cánticos -según él- el muerto salía, tenía que salir, "*vivito y coleando*". Pero no siempre ya que a menudo según aparecía era "*cazado como una perdiz" o "pescado como una anguila".* (Me parece importante señalar que por esta época, su padre, muy aficionado a la caza y la pesca, actividades que no interesaban a ningún otro miembro de la familia, comenzó a llevarse a K. como acompañante exclusivo iniciándole así en lo que iba a ser para él una de las actividades favoritas de su vida. El padre, años después, llegó a comentarme que le emocionaba el entusiasmo y la pasión que su hijo ponía en la tarea: "*Ya lo hace mejor que yo, es un experto*").

En este periodo las cosas fueron ganando en plasticidad y flexibilidad. Me encargaba representar roles mucho más abiertos y expresivos. Podía ponerse muy exigente en cuanto a la intensidad con la que yo debía gritar, mostrarme aterrorizado, montar en cólera, llorar etc. Él observaba fascinado mis "crisis". A veces decía *"es mi turno" o "cambiamos"* y él repetía su propia versión, siempre acortada y telegráfica, hasta que invadido por un intenso miedo, paraba bruscamente. Sus gestos indicaban que alguien rondaba y nos vigilaba desde fuera, pero no parecía sufrir una angustia "interna", dando más bien la impresión de una actitud de paranoide "acechado". Mis intervenciones fueron pareciéndose cada vez más a las habituales en el marco de la técnica psicodramática.

Se fue haciendo evidente para los dos, sin necesidad de señalárselo muchas veces, que representábamos emociones, fantasías y deseos que le pertenecían. (Una precisión en cuanto al encuadre. Utilizábamos los locales semivacíos del centro, en horarios tardíos cuando era mucho menor la actividad de consulta y sólo eran atendidos muy pocos niños en atención ambulatoria intensiva. En horario normal, hubiera sido difícil. Tanto la libertad de movimientos por el centro como, por ejemplo, los gritos "blasfematorios" o de "suplicio" hubieran planteado problemas de convivencia con el resto de consultorios. La señora encargada de la limpieza estableció, durante años hasta su jubilación, una importante relación con este y otros niños psicóticos, acompañándolos -con paciente y prudente vigilancia- en sus deambulaciones por el centro. Ella y ellos se recuerdan afectuosamente años después.

¿Cómo se comportaba, que pasaba entretanto fuera de la consulta?

Terminó su escolaridad primaria con grandes dificultades. Ninguna de nuestras proposiciones, ajustadas a sus peculiaridades, fueron escuchadas o en todo caso no pudieron ser desarrolladas. Se intentó hacerle entrar en una escuela (de formación profesional) de agricultura, dados su interés y conocimientos en ecología y en zoología y que, además se había convertido en un experto pescador y un gran amante de la botánica y la horticultura (y televidente apasionado de todos los programas dedicados a estos temas). Sin embargo fue rechazado porque, aunque obtuvo las calificaciones más elevadas en letras (tenía conocimientos tan enciclopédicos como " inútiles" en política e historia contemporánea de nuestro país, que hacían de él una hemeroteca andante), sin embargo fracasó rotundamente en matemáticas.

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

En (in)consecuencia, comenzó una formación profesional más técnica muy alejada de sus intereses. Desarrolló una minuciosa habilidad para el dibujo técnico con gran esfuerzo, debiendo dedicar horas y horas de madrugada para terminar sus tareas, con la lentitud y las correcciones interminables que su afán de perfección le exigía. A pesar de los esfuerzos de sus padres por explicarlo, sus profesores siempre pensaron que eran sus hermanos quienes le ayudaban. Posteriormente abandonó aliviado esta habilidad para no retomarla nunca (salvo en su actual actividad de planificador y archivero de las excursiones con su grupo de montaña).

Se le propuso entonces, motivada más por las posibilidades de formación que existían que por sus preferencias, pasar a una escuela de hostelería. Insistimos quienes le conocíamos en que aproximarse de manera "imprevista" a desconocidos era una de sus mayores dificultades. Durante tres años siguió los cursos, sin progresar en cuanto a relaciones con compañeros. En cambio, si estableció una afectuosa y duradera relación, que aún mantiene, con una profesora que le protegía con maternal cariño. Incomprensión absoluta y protección cariñosa han sido los dos polos extremos entre los que bascularon las actitudes de los adultos con los que compartió su trayectoria escolar. El hartazgo y el rechazo o por el contrario la preocupación y la hiperprotección fueron los sentimientos que mostraban la intensidad de los movimientos contratransferenciales que despertaba.

Cuando se acercaba el final de su formación, tuvo que iniciar un periodo de prácticas que incluía servir a los clientes en el comedor de la escuela. El día de su primer servicio, cuando se acercaba a la mesa del restaurante llevando una sopera llena de sopa hirviendo, tropezó. La sopera cayo de la mesa al suelo y él se produjo quemaduras de importancia. Solamente entonces sus responsables pensaron que esta formación no era la más adecuada para él y le propusieron dejar la escuela. Fue entonces, tiempo después de ocurrido, cuando me contó el suceso de la sopera (ni él, ni sus padres, ni sus profesores me lo había comentado anteriormente). Como siempre mirando al infinito y con un tono solemne -pero, esta vez, no exento de ironía- me dijo: "*No fue tan grave, los clientes salieron indemnes*".

Sus padres pensaron que quizás había llegado el momento de que dejara de intentar más cursos de formación y que nadie mejor que yo para anunciárselo. Acepté y dije a los padres que quizás le supondría a K. un alivio de los enormes esfuerzos de adaptación que había hecho durante años. Cuando le dije a él que le suponía aliviado por dejar la escuela, estalló con una alegría que el tono monocorde de sus frases no camuflaba. *"No lo sabes bien hasta que punto"* (me alivia). "*No puedo sino repetirte lo que dijo el deán rojo de Canterbury: dimito, pero no porque haya menguado mi entendimiento sino porque se ha agotado mi paciencia".*

Impresionado, le pregunté de dónde había sacado aquello. Su respuesta aún me sorprendió más: "*Acabo de leer un libro de Vallejo Nágera….supongo que sabes que es un psiquiatra famoso y…*(frenándose un poco y desviando su mirada al infinito*) ha muerto recientemente".* Salió aceleradamente al W.C., creo que para lavarse la cara (creí percibir alguna lágrima). A su vuelta añadió: "*intento leer todos sus libros*" . No dije nada, porque me pareció claro que él percibió que yo había percibido su tristeza y que había captado la relación entre el psiquiatra del que me hablaba y yo. Hasta creo que percibía mi silencio como anticipación de mi futura "ausencia".

Por esos años, aprendía lenguas. En su paso por la escuela de hostelería, aprendió francés y el euskera. Él sabía de antemano que yo hablaba esas dos lenguas y de cuando en cuando me "examinaba" consultándome alguna duda o mostrándome sus logros. (Vivimos en una ciudad pequeña y él sabía de mis años en un país francófono y que en mi medio familiar el vasco era la lengua materna). Sin ningún amigo, y con su gran inhibición social, no disponía de nadie con quien utilizar esas lenguas o

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

mostrar sus progresos. Conmigo sus conversaciones eran sobre todo interminables letanías políticas (ya he relatado que retenía tantos datos de discursos o declaraciones de prensa, importantes o banales, que era una hemeroteca andante). La ecología y la climatología, (el calendario de vedas y periodos de caza y pesca, horarios de mareas etc.) eran también temas que retenían su interés y que me comunicaba con una pasión que yo me esforzaba en compartir. El también se dio cuenta de que yo había aprendido que en su tono monocorde, se escondían pequeñas confidencias personales.

Aparte de su familia y de mí no tenía a nadie con quien hablar. No tenía, ni tiene, amigos. Alguna vez, muy excepcionalmente, algún conocido del pueblo le acompaña cuando sale de pesca en su pequeño bote. También se ha afiliado a un grupo de montañeros excursionistas que rápidamente se dieron cuenta de su precisión con mapas y trayectos y le han confiado la organización de los viajes. Por supuesto se ha apasionado por las modernas tecnologías (GPS y otros programas sofisticados) fundamentalmente porque prevén cualquier riesgo de pérdida o de "catástrofes" climatológicas y garantizan la seguridad. Cuando algún accidente marítimo o de montaña ocurre, los relata con una emoción tan intensa que recuerda la expresión de sus angustias catastróficas cuando era niño.

En nuestros últimos años de contacto, hasta mi jubilación, nuestros encuentros mensuales se convirtieron en algo parecido a las conversaciones entre dos viejos amigos discretos. Yo sé y el sabe que sé, que en sus recitados monótonos y monocordes él va a deslizar algunas noticias sobre sus preocupaciones cotidianas.

Se encarga de los cuidados y arreglos de una urbanización con muchos apartamentos (en la que habitan muchos conocidos de su familia). (Ha sido el primero de entre sus hermanos en ser autónomo económicamente). También desempeñó sustituciones como mensajero del correo interno de una gran institución pública. En todos los trabajos que ha realizado se le ha reconocido una minuciosa, insistente y eficaz constancia. También que el problema surge cuando se le da conversación. Él también lo sabía: "*Ya me lo dice mi madre; tienes que saber parar y no dar tantos detalles*" me comentó más de una vez con lágrimas de rabia. "*Es que yo no me doy cuenta, pero a ella le avergüenza que hable tanto -y con mi estilo, ya sabes- y yo no sé porqué se pone así"*.

Hemos compartido, camufladas siempre en sus envolventes y repetidos relatos, aparentemente intrascendentes, sus preocupaciones y emociones cotidianas (jubilación y vuelta a casa de su padre que pasaba periodos de varios meses alejado por su trabajo; jornadas de pesca con él); sus deseos imposibles (tener algún amigo que alguna vez le acompañe a pescar, desde que perdió a su padre); sus éxitos (alcanzar alguna difícil cima; un enorme calamar o un pez gordo); sus dificultades (no saber explicarse rápidamente; no poder controlar el tono de su voz); sus grandes limitaciones (rehuir la mirada y los contactos sociales y el sentimiento de sentirse invadido emocionalmente si no lo hace).

Contrariamente a lo que se dice de los autistas, ha mostrado su humor. Hasta hemos disfrutado, más él que yo - sus carcajadas eran escandalosas- de algunos chistes que traía de vez en cuando. Los que se mofan de los funcionarios eran sus preferidos: *¿Sabes Alberto por qué los funcionarios no pueden ir al cielo?....porque no pueden pasar a mejor vida".* A señalar que con ocasión de trabajar sustituyendo a un funcionario enfermo, en una actividad que le hizo feliz, me confesó entre risas que: *"Sé que te parecerá mal y que no debe hacerse, pero rezo a Dios, Alberto, para que si puede alargarle un poco su baja con una enfermedad….eso sí, nada grave por supuesto…solamente una cosa leve… pero como decís los médicos, crónica… "*. No es difícil imaginar que tuve que contener la risa, pero el "solamente algo leve pero crónico" se convirtió en una frase que hemos compartido luego para reírnos. En otra ocasión me contaba una de sus excursiones de montaña, con exhaustivos y prolongados detalles geográficos (cotas, direcciones latitudes etc.) cuando –quiero pensar que percibiendo mi fatigada escucha- me sorprendió con una pregunta: *"Luego*

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

ya sabes la sorpresita que viene ¿no?...lo mejor del día". Ante mi silencio continúa "dándome pistas": *"Pensarás que me refiero a la tertulia en el albergue con todo el grupo…*". Le pregunto si cree que es eso lo que me parece importante para él. *"Seguramente sí…mi madre dice que sí es eso… pero para mí de eso nada"…*y de pronto estalla en carcajadas diciendo*: "lo importante son los huevos con chorizo".*

Hemos compartido también su gran angustia y tristeza por la hospitalización y rápida muerte de su padre, su desvalimiento y desesperación por la progresiva enfermedad y decadencia de su madre, con quien convivía sólo, haciéndose cargo de todas sus quejas y cuidados (el resto de su familia fue delegando en él casi todas las responsabilidades domésticas). Los datos sociales que han ido sucediendo en su vida familiar (bodas, nacimientos, cumpleaños) los tiene registrados y archivados en su memoria con precisión matemática en cuanto a fechas, pero también he podido ver que su mímica denotaba una profunda emoción contenida al recordar algunos de ellos (la visión de un sobrino bebé recién nacido mamando por ejemplo). Sé también, aunque no me lo ha dicho -vivimos en una ciudad pequeña- que ha mostrado mucho interés por sucesos que han afectado a mi familia. Cuando han sido públicos, fallecimiento de mi madre por ejemplo, sí me ha manifestado sus condolencias.

Alguna cuestiones técnicas. Ya he dicho que yo no utilizaba, a decir verdad, interpretaciones. Pero él estaba muy atento a mis comentarios. Algunos me los recordaba mucho tiempo después, añadiendo la fecha exacta en que los hice. Cuando yo no caía en la cuenta de algo en su primer intento de discurso "anodino", él lo repetía. Era como la repetición de un texto cifrado. De cuando en cuando me hizo alguna crítica, e incluso se enfadaba con su estilo; barroco y lleno de rodeos. Por ejemplo tras haberle cambiado una cita de manera imprevista: "*Sé muy bien que un médico está muy ocupado y que se trata de una profesión llena de muy altas responsabilidades, pero tú habrías podido quizás, excepto evidentemente si tienes otros compromisos que ignoro, avisarme con mayor antelación….."*

A veces también hablábamos de los viejos tiempos, de sucesos que compartimos juntos, de años lejanos de su tratamiento, de cosas que yo le recordaba y que le sorprendían y le hacían sonreír…disimuladamente

Un observador calificaría nuestras conversaciones de repetitivas, monótonas y agotadoras. Añadiré con franqueza que también a mí me lo parecían a veces. El resto del equipo -y de otros profesionales que le conocieron- oscilaba entre la compasión y la ternura maternal y la impaciencia que rozaba la irritación. Me ayudó a confirmar dos cosas: una, que cuando emerge la palabra de un psicótico nadie que le escuche queda indiferente. Dos, que la contratransferencia sigue siendo una herramienta indispensable.

Muchas veces me he preguntado -ya antes y por supuesto aún más después de que la preocupación por las pruebas científicas se convirtiera en una exigencia lógica y necesaria- si es posible demostrar que nuestra relación ha influido en su evolución clínica. Yo mismo me respondo que creo que sí…pero inmediatamente me digo que es difícil demostrar mi convicción Una evaluación objetiva necesitaría establecer unos parámetros clínicos que permitieran su cuantificación y su comparación con las modificaciones obtenidas con otros tratamientos en casos semejantes (de por sí muy infrecuentes en la clínica habitual actual). Pero, además, las exigencias del método científico obligan a reproducir ("replicar" es el anglicismo que se utiliza) la misma experiencia, repitiendo el mismo tratamiento, protocolizado en un manual que sistematice y uniformice su aplicación correcta y registrando y comparando los resultados obtenidos para poder afirmar la eficacia del método terapéutico utilizado.

¿Tengo yo, o puede tenerse, la prueba objetiva de que una relación terapéutica tan costosa ha influido en su evolución clínica?: no. ¿Es reproducible y comparable en una aplicación múltiple, extendida a un número de casos suficiente para obtener

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

resultados con valor estadístico? Ciertamente, tampoco. Pero la buena pregunta es: ¿Estamos en el registro de la ciencia médica, basada en pruebas o en el de la experiencia humana, tan excepcional que vale la pena transmitirla?. En este tiempo que nos exige certezas, aunque sean falsas, recordemos la propuesta de Pasteur: "Desafortunados los científicos que sólo tengan en su cabeza ideas claras".

Jacques Hochmann, ha citado en sus últimos textos a Aristóteles quien nos trasmitió que: "*Sólo puede haber ciencia de lo general, solo puede haber medicina de lo particular*". Pensaba el filósofo que la ciencia se ocupa de lo que ocurre siempre o muy frecuentemente y que por lo tanto no podía ocuparse -cosa que compete a la medicina- de lo fortuito, lo imprevisto (del griego *sumbébèkos,* que fue traducido al latín como *per accidens*[2]*).* Añade Hochmann que: "*después, muy felizmente, la medicina se ha vuelto científica (...) se funda en pruebas, acumula regularidades; protocoliza y valida sus tratamientos (…) no hace tanto que los maestros de la medicina tenían, como los grandes cocineros, sus propios remedios y recetas (…) todo ello parece hoy pertenecer a la historia de una medicina pre-científica (…) los estudios randomizados, si es posible a doble ciego han cambiado todo esto (…) la psiquiatría ha querido seguir esta evolución y producir protocolos validados, reproducibles y fundados sobre diagnósticos válidos, sensibles y fiables*".

Señala también que "*el psicoanálisis, no ha querido quedar arrinconado y, al menos en ciertas escuelas y países, ha intentado construir diagnósticos con estructuras y estrategias interpretativas justificadas por teorías generales universalmente aceptadas, que se aplicarían siempre o casi siempre, siguiendo el precepto aristotélico" (…) no sé si lo ha logrado, pero al menos lo ha intentado (…) no podemos sino alegrarnos de todas las investigaciones emprendidas hoy, quizás muy tardíamente, en el terreno de la evaluación* ".

A mi juicio, la cuestión central que este autor plantea es mostrar el contraste entre lo que se publica siguiendo los criterios de la EBM (Evidence-based medicine) -que son requisito indispensable para los publicaciones en las revistas indexadas "de alto impacto", las más influyentes en una carrera académica- y lo que se hace en el terreno del encuentro clínico: "*mucho más fácil de avaluar siguiendo otros criterios cualitativos más que cuantitativos, analógicos más que numéricos, tales como la satisfacción o insatisfacción personal, la tranquilidad o la angustia, la confianza y el apego seguro o la desconfianza y la inseguridad, la mayor o menor fecundidad asociativa que surge tanto en la mente del terapeuta como en la de su cliente* (…) *lo que ocurre en este terreno es del orden de lo particular y no de lo general*". Recordando a otros autores (Bion, Widlocher, Viderman, Kohut, Schafer, Spence entre otros) que como él cuentan con una prolongada experiencia terapéutica y a la nueva corriente de la "medicina narrativa" -surgida en Estados Unidos frente a los excesos de le EBM- ha planteado la pertinencia de oponer una "verdad narrativa" a la "verdad científica". La primera surge, imprevisible, de encuentros excepcionales construidos en el espacio terapéutico y se impone como un descubrimiento inesperado. Nace en el contexto de la relación concreta entre médico y paciente y trata de comprender la manera en que este diálogo se organiza en un relato en función de la historia personal de sus dos protagonistas. Esta "verdad narrativa" es un acontecimiento fortuito, que se produce una vez y no se repetirá nunca de la misma manera; si no fuera así, no habría nada relatar. Es todo lo contrario de la observación científica, que trata de repetir un suceso como prueba de una predicción. Esta perspectiva narrativa no se opone a la de la EBM y se posiciona como su complemento indispensable

2 Maria Moliner asemeja fortuito a "accidental, casual, imprevisto"… "se dice de lo que ocurre sin causas conocidas que permitan preverlo"

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

Otro autor, Julián de Ajuriaguerra, en su propuesta de plan de reforma psiquiátrica de los años ochenta nos decía que los psiquiatras tenemos - o al menos teníamos- "*el privilegio de oír pocas pero bellas historias*…" y decía también que para poder escucharlas era necesario previamente *"perder la insolencia de la salud*".

Mi opción, hoy y aquí, ha sido transmitir el particular discurso de este psicótico, que como tal, es incapaz de mentir y que merece el mayor respeto.

Se mire como se mire, solamente hay dos psiquiatrías: la que trata de favorecer la expresión del sufrimiento mental y la que trata de silenciarlo, o aún peor de suprimirlo.

La primera lleva al acompañamiento, cercano, del psicótico. La segunda lleva a alejarlo de nuestra vida profesional. A la psiquiatría siempre le ha ido mal, siempre ha escrito las peores páginas de su historia, cuando ha querido alejarse del psicótico…silenciar la locura. Ahora, como siempre, debe navegar entre dos mandatos sociales: curar al psicótico o encerrarlo…. y alejarlo para no verlo En ambos casos que no altere nuestra vida cotidiana. Para ser psiquiatra hay aceptar que hemos optado por un oficio que altera nuestras vidas. Pongamos un psicótico en nuestras vidas, degustemos un poco de contratransferencia inquietante. La que inquieta la mente; la que nos llevamos a casa porque desafía nuestra cordura. Es este mi mensaje final que, hoy, aprovechando esta tribuna, quería destinar a nuestros jóvenes colegas.

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

PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA PERINATAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE*

PERINATAL PSYCHIATRY PROGRAM AT THE SOUTHEAST UNIVERSITY HOSPITAL

*Encarnación Mollejo Aparicio** y Natalia Valverde Mendizabal****

RESUMEN

El programa de psiquiatría perinatal está dirigido a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y hasta un año después del nacimiento de su hijo, para atender los trastornos mentales que sufren durante este periodo y los factores de riesgo de padecerlos. Además se incluyen los recién nacidos y bebes durante su primer año de vida, con el fin de proteger el vínculo madre-hijo, y actuar sobre los factores y circunstancias que puedan afectarlo. Se trabaja en colaboración y coordinación entre atención primaria y especializada con matronas, obstetras, enfermeras, médicos de atención primaria y pediatras, prestando una atención multidisciplinar integrada y continuada con el objetivo de prevenir los trastornos del vínculo y la salud mental de las madres y sus hijos.

Palabras Clave: Psiquiatría Perinatal, Prevención en Salud Mental, Obstetricia, Vinculo materno filial.

ABSTRACT

The perinatal psychiatry project is addressed to women during pregnancy, birth, puerperium and the first year of child upbringing and it aims to attend mental health problems that happen in this period and their risk factors. It also includes the new borns and the babies in their first year of life in order to protect the mother-infant bond by acting on the adverse circumstances that affect it.

The project has a multidisciplinar and integrative approach so that both primary and specialized care heatlh professionals such as midwives, obstetricians, nurses, family doctors and pediatricians; work coordinately in order to prevent attachment difficulties and attend mothers mental health.

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario del Sureste (Madrid). Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón. Madrid *encarnacion.mollejo@salud.madrid.org*

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

Key words: Perinatal Psychiatry. Mental Health Prevention. Obstetrics. Mother infant bond.

INTRODUCCIÓN

Existen muy pocas unidades especializadas en psiquiatría perinatal en nuestro país, y las que existen son muy recientes. En el año 2000, se puso en marcha el programa de psiquiatría perinatal del Hospital Clinic de Barcelona, y en el 2009 se creó en Madrid el programa de psiquiatría perinatal del Hospital Universitario Puerta de Hierro en Majadahonda (Olza, 2012).

El periodo perinatal abarca el embarazo, parto, puerperio y el primer año de vida del niño. El programa por tanto va dirigido a las madres y sus hijos en el primer año de vida, incorpora actividades de promoción y prevención de la salud mental, así como el diagnóstico y tratamiento precoz de la patología mental que se detecte en las madres y sus hijos durante este periodo (Alcami y Mollejo, 2015).

Existe una amplia bibliografía que avala los efectos beneficiosos de las intervenciones realizadas con las madres y sus hijos en este periodo crucial de sus vidas (Andersson, et al 2003; 2004).

El Hospital Universitario del Sureste, en Arganda del Rey, atiende una población de 185.000 habitantes, distribuidos en 22 pueblos de la zona sureste de la Comunidad de Madrid. Con un volumen de más de mil partos al año, y una importante población inmigrante.

Tradicionalmente se ha minimizado la aparición de trastornos psicopatológicos en la mujer durante este periodo, atribuyéndolos al propio embarazo, sin embargo en la población general la prevalencia de los trastornos mentales en el periodo perinatal, es: 10 % Depresión en el embarazo, 30-50 % Blues del parto, 10-15 % Depresión postparto, 20 % T. de ansiedad durante el embarazo (que se distribuyen en 1-2% para el trastorno de pánico, 8 % para la ansiedad generalizada, 0,6 % en el Trastorno Obsesivo Compulsivo y 5 % en el trastorno por estrés postraumático), 0,1-0,2 % Psicosis puerperal. (Bejar y Prego, 2015).

La depresión posparto aparece en el primer año tras el parto, su prevalencia es del 13 %, tiende a banalizarse y está infradiagnosticada. Suele aparecer en las 4 semanas tras el parto, puede durar 1 año, y sin un tratamiento eficaz, se cronifica el 30 %. Es la enfermedad materna más frecuente en el postparto, y el suicidio es la primera causa de muerte materna en el primer año tras el parto. Se tiende a subestimar su gravedad y las importantes consecuencias que tiene en él bebe y en el establecimiento del vínculo con la madre (Nanzer, 2015).

En ocasiones las mujeres embarazadas presentan consumo de tóxicos, situaciones de violencia de género, o inmigración. Todas estas situaciones complican el proceso normal del embarazo, parto y puerperio, siendo necesario responder y atender de forma individualizada la salud mental de estas mujeres.

Otra situación que en ocasiones requiere un abordaje desde salud mental, es el duelo perinatal, que comprende las pérdidas producidas entre la 22 semana de gestación y los siete primeros días de vida. En ocasiones la muerte de un recién nacido se ha afrontado negándole importancia, con bastante indiferencia, a veces los profesionales sanitarios y familia han tendido a minimizar el impacto que estas muertes tienen sobre los padres porque piensan que al no haber conocido al hijo, es como si no tuvieran derecho a realizar un duelo por el bebé muerto (Payàs, 2007). Y es que si bien el duelo no es una enfermedad, la pérdida de un hijo constituye una de las situaciones vitales más estresantes en la vida de una persona (Izquierdo, 2013).

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

Estos duelos pueden tener consecuencias sobre diversos aspectos como la relación de pareja o la vivencia de futuros embarazos (Hutti, Armstrong, Myers y Hall, 2015). Por consiguiente, el acompañamiento multiprofesional, colaborativo e integral en un proceso de muerte gestacional tardía es una prioridad debido al alto impacto emocional que las palabras, los silencios y las actuaciones de quienes atienden a las mujeres y sus familias, ejercen sobre la manera en que posteriormente desarrollarán su duelo. Esto se constata en diversas investigaciones donde el asesoramiento por parte de especialistas se asocia con una mejora de los resultados psicológicos de los padres que sufren una pérdida perinatal (Rogers et al, 2015).

También nos encontramos con mujeres con trastornos mentales previos que desean tener hijos y necesitan que las acompañemos y orientemos sobre el uso de psicofármacos en el embarazo y la lactancia. Habitualmente se ha priorizado el riesgo para el feto en la toma de decisiones para el tratamiento psicofarmacológico en mujeres embarazadas que padecen trastornos psiquiátricos graves como esquizofrenia, T. Bipolar o depresiones crónicas.

Hasta ahora se disponía de escasa evidencia científica para la toma de decisiones y se dejaba a la mujer sin tratamientos eficaces. Hoy en día sabemos que las mujeres con patologías psiquiátricas previas sufren descompensaciones y recaídas, sobretodo en el posparto. Estas mujeres deben de recibir un tratamiento adecuado en cada una de las etapas de la gestación, elaborando un plan personalizado y consensuado con cada mujer, en función del tipo y gravedad del trastorno, la evidencia científica disponible sobre la seguridad y eficacia de los psicofármacos en cada trimestre del embarazo y durante la lactancia, evaluando los factores de riesgo y protección. Los profesionales de la salud tienden a minimizar, o a no tratar los trastornos psicopatológicos que aparecen durante la etapa perinatal, debido al riesgo de aplicar un tratamiento psicofarmacológico durante este periodo, la tendencia a infravalorar la gravedad de estos trastornos, y su repercusión en la salud del recién nacido. (García Esteve, 2016).

La psicoterapia en el periodo perinatal suele ser breve, acotada en el tiempo y con unos objetivos muy concretos y específicos. Las mujeres en el embarazo y posparto suelen tener dificultades para acudir de forma regular a las sesiones, por motivos médicos y de cuidado del recién nacido, lo que limita y dificulta el planteamiento de las terapias de larga evolución. Un objetivo específico de la terapia psicológica durante este periodo, es preparar a la madre, o futura madre para afrontar la maternidad en las mejores condiciones. Por este motivo el contenido de la terapia debe incluir el tratamiento de las cogniciones y representaciones maternas, evaluar los recursos maternos, la historia personal y familiar de la mujer, la relación de pareja, la presencia y disponibilidad del padre, u otros apoyos sociales y afectivos. Al mismo tiempo es necesario evaluar la calidad del vínculo materno-filial, e intervenir en caso necesario.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PSIQUIATRIA PERINATAL

Sabemos que el estado mental de la madre influye en el desarrollo cognitivo, emocional, físico, conductual y social del niño, y los primeros vínculos afectivos madre-bebe, sientan las bases del psiquismo y de la futura salud mental del bebe (Mollejo y Alcami, 2015). El excesivo estrés en el embarazo puede dar lugar a bajo peso al nacer, menor perímetro cefálico y en ocasiones a partos prematuros (Cornsweet, 2011).

Esta contrastado por la experiencia clínica y diferentes publicaciones científicas (Heron et al, 2004; Marcus, 2009; Nanzer et al, 2012; Moayedoddin et al, 2013) que la salud mental de la madre en el periodo perinatal (embarazo, parto, puerperio y

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

primer año de vida del niño), influye enormemente en su hijo, determinando el establecimiento del vínculo madre-bebe durante el primer año de vida, y condicionando al mismo tiempo el desarrollo físico y emocional del bebe, con repercusiones en la salud mental del niño en el momento presente y en su futuro. Por tanto cuidar el estado físico y mental de la madre, supone ayudar al desarrollo de un niño sano.

Nos planteamos como objetivos:

La detección y tratamiento precoz de la psicopatología materna durante el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio), así como su efecto en el recién nacido y en su interacción vincular, mejorando la salud mental de las madres y sus hijos, e integrando los cuidados físicos y psicológicos de ambos.

Colaborar en los programas ya creados y en funcionamiento en el Hospital del Sureste, de atención a la mujer embarazada y al parto normal. Aportando nuestros conocimientos para mejorar las actividades de promoción y prevención de la salud mental en el periodo perinatal, favoreciendo las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo físico y psicológico en el recién nacido y su madre.

Prestar una atención continuada e integral a la mujer y él bebe, estableciendo un verdadero trabajo en red que una, a la Psiquiatría/Psicología con otras disciplinas médicas (Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Matronas, Médicos y Enfermeras de Atención Primaria). Trabajo inter y multidisciplinar que nos permite una comprensión multifactorial de los trastornos en el periodo perinatal.

Consideramos que una asistencia adecuada a la madre en el periodo perinatal, puede prevenir la aparición de trastornos mentales en su hijo, y una atención temprana a los signos o señales de psicopatología en el hijo, puede disminuir, o evitar la aparición de trastornos mentales en el fututo. La OMS considera la prevención de los trastornos mentales una prioridad de salud pública, y una prevención efectiva puede reducir el riesgo de desarrollar trastornos mentales (OMS, 2004).

La filosofía del programa se sustenta en dos de las líneas estratégicas que propone el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, entre las cuales incluye: la humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia y un plan personalizado del parto; así como programas de humanización en la atención en salud mental (Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

INTERCONSULTA Y ENLACE CON OBSTETRICIA

La colaboración entre obstetricia y psiquiatría exige un trabajo previo entre los profesionales de ambos servicios, con disponibilidad y tiempo para favorecer espacios de escucha en los que poner palabras a la angustia, incomprensión, intolerancia o pavor y rechazo que a veces provocan los pacientes o determinadas situaciones de la práctica diaria. El psiquiatra o psicólogo ejerce una función de pararrayos de la angustia del personal sanitario, y contribuye a elevar su nivel de tolerancia. Favorece también una desdramatización de los desórdenes afectivos y conductuales, y fomenta una actitud de escucha, reflexión y contención de las emociones en lo cotidiano (Bydlowski, 2007).

Este trabajo con los profesionales que intervienen en primera línea es la condición previa y necesaria para cualquier encuentro directo con los pacientes. Es muy enriquecedor para los profesionales (matronas, obstetras, médicos de AP) que derivan

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

a un paciente poder trasmitir y compartir sus preocupaciones, dudas o angustias y recibir también la opinión o reflexiones del psiquiatra.

Es necesario crear espacios de reflexión en común, a través de sesiones clínicas entre ambos servicios para establecer criterios comunes de actuación y derivación, así como presentación de casos clínicos para su discusión y comprensión conjunta.

Se ha visto cómo cuando se incorpora el apoyo psicológico mejoran los resultados obstétricos (Hodnett y cols, 2007), y a veces la excesiva medicalización de la atención obstétrica puede producir un efecto ansiógeno iatrogénico.

En este contexto, la intervención del psiquiatra/psicólogo perinatal en la maternidad va a estar centrada en la detección precoz de alteraciones psicopatológicas específicas, tanto en la gestante o puérpera como en la relación vincular. Además de favorecer en el resto del equipo (matronas, obstetras, enfermeras), la reflexión multidisciplinar sobre la vivencia subjetiva del embarazo y sus efectos en la salud física materna y fetal, la prevención del efecto ansiógeno de las técnicas diagnósticas obstétricas, y la humanización de la atención en todo el proceso, con los cuidados centrados en las madres y en los recién nacidos.

El programa da respuesta a la necesidad de valoración psiquiátrica/psicológica de las gestantes o puérperas en seguimiento en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital.

Consta de tres puntos diferenciados de actividad, aunque en todos ellos se puede realizar evaluación, diagnóstico y tratamiento:

1.- Interconsulta Hospitalaria (ITC): Atención psiquiátrica/psicológica durante la consulta u hospitalización de las pacientes gestantes o puérperas.

2.- Consulta Externa de Psiquiatría Perinatal, a la que se derivan pacientes desde la ITC, el Servicio de Obstetricia del Hospital, matronas y médicos de Atención Primaria.

3.- Consulta de Salud Mental Perinatal en el Centro de Salud Mental (CSM) de Arganda y Rivas, con el apoyo de enfermería y psicología, para el seguimiento y tratamiento de las madres y sus hijos. Los pacientes pueden ser derivados desde Atención Primaria y desde el Hospital.

Las pacientes que ya están en seguimiento en el CSM por un trastorno psiquiátrico previo al embarazo, continuaran allí su tratamiento y tras la ITC en el hospital, se derivan allí con su psiquiatra o equipo habitual.

INTERCONSULTA Y ENLACE CON NEONATALOLOGIA/PEDIATRIA

El nacimiento de un hijo prematuro o gravemente enfermo supone un estrés psíquico muy significativo para las familias, que puede entorpecer o alterar el inicio del vínculo parento-filial y mediante dicho efecto incidir negativamente en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior (Muller-Nix, 2004; Tarrago, 2003; Vega; 2006).

La Interconsulta con neonatología y pediatría tiene como objetivos la detección e intervención precoz en cuadros psicopatológicos parentales o vinculares reactivos a la hospitalización, así como el abordaje conjunto de los casos complejos, además de ofrecer un seguimiento post-alta en Consulta Externa de Psiquiatría Perinatal en los casos en que se prevea una cronicidad psicopatológica, tanto infantil como materna.

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

Varios estudios demuestran que en los tres primeros años de vida, entre el 15-20% de los bebes presentan dificultades emocionales y conductuales, las más frecuentes son problemas para dormir, alimentarse, llanto excesivo y persistente, dificultades para relacionarse y comunicarse junto con otros trastornos emocionales. En algunos casos observamos problemas en el acoplamiento padres-bebe, en otros, comprobamos como la depresión posparto de la madre influye negativamente en el bienestar del bebe (por la irritabilidad de la madre, ensimismamiento, o la falta de placer en el cuidado del mismo). Todas estos signos o señales no pueden minimizarse, ni pasarse por alto, precisan de una evaluación psicosocial del niño y los padres, por parte del psiquiatra o psicólogo, realizando las intervenciones necesarias lo más pronto posible, para evitar la repercusión en el vínculo padres-hijo, y la cronificación de algunos problemas que sin embargo pueden resolverse con una asistencia precoz (Martin Maldonado-Duran, 2001).

Desde la ITC de psiquiatría perinatal, se realiza la evaluación, diagnostico, orientación e intervenciones terapéuticas breves con las madres y sus hijos, derivando al Centro de Salud Mental aquellos pacientes que se prevé van a necesitar un tratamiento más prolongado, o una intervención multidisciplinar, con los profesionales que se encuentran en el CSM (psiquiatra infantil, psicólogo clínico, enfermera especialista en salud mental, trabajador social).

COLABORACION CON OTROS PROYECTOS MATERNO-INFANTILES

En el hospital del Sureste están funcionando los siguientes programas:

1.- Comisión de lactancia materna. Cuyo objetivo es favorecer y mejorar la lactancia materna, la humanización de la atención al parto y al recién nacido en los primeros días. La comisión está formado por catorce profesionales del hospital de los servicios de pediatría, ginecología/obstetricia y urgencias). El Hospital del Sureste ha logrado la acreditación IHAN de UNICEF (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), signo de excelencia en la atención a madres y lactantes. Desde psiquiatría perinatal se ha ofertado la participación en la docencia en los cursos de lactancia materna a profesionales del hospital y del área sanitaria, centrándonos en los temas relacionados con la construcción del vínculo materno filial así como la psicopatología del niño y la madre en el periodo perinatal.

2.- Ensayo clínico aleatorizado: utilidad de un programa de soporte emocional, "feliz en mi maternidad" con valoración según el tmms-24. Realizado por matronas y enfermeras del servicio de pediatría y obstetricia del H. del Sureste, dirigido a mujeres en el tercer trimestre de embarazo y puérperas. A través de los profesionales que realizan este estudio, nos permite detectar mujeres con embarazos de riesgo o con patología psiquiátrica previa que son excluidas del estudio y serian derivadas al programa de psiquiatría perinatal.

3.- Programa de control del embarazo sano. Las consultas programadas que realizan las mujeres en el seguimiento de su embarazo, permite a las matronas y obstetras detectar factores de riesgo psicológico o social que pueden predisponer a desarrollar una depresión perinatal o cualquier otro trastorno mental. La presencia de síntomas de enfermedad, o puntuaciones altas en escalas que miden la ansiedad o depresión posparto, como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), cuyo punto de corte de la validación española fue 10/11 para la depresión mayor y menor combinada, nos indica la necesidad de derivar a salud mental para realizar una exploración más exhaustiva de la mujer (Ascaso Terren, y cols, 2003).

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

4.- Programa del niño sano de Atención Primaria. La colaboración con los pediatras de atención primaria, favorece que a través de las visitas regulares y programadas en la evaluación del niño, el pediatría pueda detectar factores de riesgo biológico, psicológico y social, asociados a una mayor probabilidad de aparición de enfermedad mental. La asociación o acumulación de varios factores de riesgo pueden comprometer el desarrollo psicoafectivo del niño, y la detección de señales de alarma psicopatológica, o señales de alarma de TEA, requerirán una derivación a salud mental para poder realizar una exploración y evaluación más amplia (Mollejo y Alcami, 2015).

INVESTIGACIÓN

Puesto que uno de los objetivos básicos del programa consiste en la detección y tratamiento precoz de la psicopatología materna durante el periodo perinatal nos preocupaba especialmente la depresión perinatal (aquella que tiene lugar en el embarazo o primer año tras dar a luz) por su alta prevalencia, en torno a un 20% de las mujeres encinta o puérperas. Además es una psicopatología que a pesar de tener efectos adversos sobre la madre, su bebé y el resto de la familia apenas se detecta y sabemos que si no se trata su sintomatología se prolonga en el tiempo durante meses y un 30% se cronifican (Nanzer et al, 2015).

De cara a estudiar los factores de riesgo y desarrollo de la enfermedad y mejorar su evolución estamos desarrollando una intervención e investigación acerca de la depresión perinatal. Se trata de una intervención de carácter preventivo. El primer paso consiste en detectar a las mujeres con mayor riesgo de padecer una depresión perinatal a través de aplicar la escala EPDS (Edimburgh Postnatal Depression Scale) a todas las mujeres embarazadas (Cox et al., 1994; Aduard et al, 2005). Un segundo tiempo consiste en aplicar a aquellas mujeres con una puntuación alta que indique riesgo de depresión, una intervención psicoanalítica de carácter breve que consta de cuatro sesiones (dos en el embarazo y dos en el postparto) que ya ha tenido buenos resultados en otras poblaciones (Nanzer et al, 2012; 2017)

Se trata por tanto de poder hacer una detección precoz así como una intervención preventiva de cara a evitar el desarrollo de la depresión perinatal así como sus efectos adversos sobre la madre, el bebé y su interacción vincular.

EVALUACIÓN

Analizar anualmente toda la actividad asistencial, docente e investigadora realizada en el programa de psiquiatría perinatal, para poder evaluar su efectividad y resultados, pudiendo plantearse áreas de mejora para los próximos años.

CONCLUSIONES

El adecuado tratamiento de la madre es fundamental y prioritario en el establecimiento del vínculo madre-hijo y en la prevención de futuros problemas de salud mental en los niños, ya que uno de los factores de riesgo para la aparición de trastornos mentales en la infancia es la exposición a stress prenatal y perinatal, que sin embargo pueden ser atendidos y tratados de forma eficaz en las madres.

El trabajo inter y multidisciplinar del psiquiatra/psicólogo con pediatras/neonatologos, matronas, obstetras/ginecólogos, enfermeras y médicos de atención primaria, permite realizar un abordaje integral de los cuidados físicos y psicológicos de la madre y el niño, y una compresión de los múltiples factores que intervienen en la psicopatología y tratamiento de los trastornos mentales de la madre y el niño en el periodo perinatal.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcamí Pertejo, M. y Mollejo Aparicio, E. (2015). Psicopatología y clínica del niño de 0 a 3 años. En: Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Psiquiatría perinatal y del niño de 0 a 3 años*. (pp. 77-98). Madrid: AEN Digital/2.

Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M. y Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology, 104*(3), 467-476.

Andersson, L., Sundstrom-Poromas, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. y Astrom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population based study. *Am J Obstet Gynecol. 189*(1),148-54.

Ascaso Terrén, C., García Esteve, L., Navarro, P., Aguado, O., Ojuel, J. y Tarragona, M.L. (2003). Prevalencia de la depresión posparto en las mujeres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina Clínica, 120*, 9.

Bejar Trancón, A. y Prego Dorca, R. (2015). Estudio de la Parentalidad. En Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Psiquiatría perinatal y del niño de 0 a 3 años*. (pp. 23-45). Madrid: AEN Digital/2.

Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida. itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Cox, J.L. y Holden, J.M. (1994). *Perinatal Psychiatric; use and misuseof the EPDS.* Londres: Gaskell.

Aduard, F., Gangeaud-Freudenthal, N.M. y Golse, B. (2005). Validation Edinburgh Postnatale Scale (EPDS) in a sample women with risk pregnancies in France. *Arch. Women´s Ment Health, 8*(2), 89-95.

Cornsweet, C. (2011). Prelude to parenthood: the impact of anxiety and depression during pregnancy. In: Rojas Castillo MG (Ed.), *Perinatal Depression,* (pp. 19-38). Rijeka: InTech.

Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. (2016). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2017.* Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Garcia Esteve, L. y Valdes Miyar M. (2016). *Manual de Psiquiatría Perinatal: Guía para el manejo de trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia.* Panamericana.

Gil, S., Droit-Volet, S., Laval, V. y Teissèdre, F. (2011). Postnatal depression and emotion: the misfortune of mother-infant interactions. In: Rojas Castillo MG (Ed.), *Perinatal Depression,* (pp. 97-116), Rijeka: InTech,

Glover V., Bergman K. y O'Connor, T. G. (2008). Neurodevelopment of the Child. In: Stone, S. D. Menken, A. E. *Perinatal and Postpartum Mood Disorders. Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner.* New York: Springer Publishing C.

Golse B. (1998). Psicopatología en la perinatalidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 26*,39-58.

Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J. y Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community simple. *J Affect Disord*, *80*(1), 65-73.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. y Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online), (3), CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub2

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

Hutti, M. H., Armstrong, D. S., Myers, J. A. y Hall, L. A. (2015). Grief Intensity, Psychological Well-Being, and the Intimate Partner Relationship in the Subsequent Pregnancy after a Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *44*(1), 42-50.

Izquierdo Macian, I. Coord. Grupo de Trabajo de la Muerte Súbita Infantil - AEP. (2013). *Libro blanco de la Muerte Súbita Infantil*. Madrid: Ergon.

Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol, 16*(1),15-22.

Martin Maldonado-Duran, J., Helmig, L. y Moody C. (2001). Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales en el bebe. *Perinatol Reprod Human, 15*,21-30.

Moayedoddin, A., Moser, D. y Nanzer, N. (2013). The impact of brief psychotherapy centre don parenthood on the anxio-sepressive symptoms of mothers during the perinatal period. *Swiss Med Wkly*, *143*,w13769

Mollejo Aparicio, E. **y** Alcamí Pertejo, M. (2015). Competencias del bebe. Desarrollo y evaluación del niño. En: *Psiquiatría perinatal y del niño de 0 a 3 años*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN Digital/2. Madrid. (pp. 63-76).

Muller-NixC. et al**.** (2004). Prematurity, maternal stress and mother and child interactions. *Earl Hum Dev*, *79*(2), 2004, (145-158).

Nanzer, N., Sancho, A., Righetti-Veltema, M., Knauer, D., Manzano, J. y Palacio, F. (2012). Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Arch Womens Ment Health, 15*, 259-68.

Nanzer, N. (2015). *La depresión posparto, salir del silencio*. Barcelona: Octaedro (Orig. 2009).

Nanzer, N., Knauer, D., Palacio Espasa F., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D. y Le Scouëzec, I. (2017). *Manual de psicoterapia centrada en la parentalidad.* Barcelona: Octaedro. (Orig. 2012)

Olza, I. y Palanca, I. (2012). La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro. *C Med Psicosom, 101,* 55-64.

OMS (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas.* Informe compendiado / un informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Payás Puigarnau, A. (2007) en J. Carles Ambrojo, *Duelo por el bebé que se fue al nacer.* Barcelona: El País. Recuperado de http://elpais.com/diario/2007/01/16/salud/1168902003_850215.html

Rogers, J., Spink, M., Magrill, A., Burgess, K. y Agius, M. (2015). Evaluation of a Specialised Counselling Service for Perinatal Bereavement. *Psychiatria Danubina*, *27*, 482-485.

Tarragó R. (2003). Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 35/36,*169-81.

Vega, E.Y. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología (rol y estilo personal)*. Argentina: Ed Lugar.

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

LA PSICOPATOLOGIA PERINATAL: UNA CUESTION DE SALUD PÚBLICA. HISTORIA DE DOS ANGELITOS BLANCOS*

PERINATAL PSYCHOPATHOLOGY: A PUBLIC HEALTH CONCERN. THE STORY OF TWO WHITE ANGELS

*María Teresa Piñeiro Jericó***

RESUMEN

Todo empezó con el alumbramiento de dos angelitos blancos sin vida. Paloma, la madre, desarrolló una intensa psicopatología que no fué ni diagnosticada ni tratada. El siguiente embarazo era un embarazo de riesgo emocional pero tampoco se propuso un acompañamiento psicológico. Carolina nació en un contexto epigenético particular y desarrolló una patología psíquica severa.

¿Cómo puede ser que no existan aún equipos y programas específicos para tratar la patología psíquica perinatal? ¡Nunca más un duelo perinatal no acompañado! ¡Nunca más una madre vacía dejada a la deriva. Mi evidencia clínica es que la psicopatología perinatal es un verdadero problema de salud pública y que debe ser una prioridad en la organización nacional de la salud.

Palabras clave: Psicopatología Perinatal, Salud Pública, Muerte Fetal

ABSTRACT

This story began with de birth of two stillborn little angels. The mother of the babies, Paloma, had a severe emotional crisis wich was never diagnosed or treated. Furthermore, she never received follow up during her second pregnancy wich, from emotional point of view, was a high risk pregnancy. Carolina, the baby, was born in a particular epigenetic context and she developed severe psychopathology.

How can we justify the lack of Mental Health resources available for all perinatal psychopathology?

** Psiquiatra de niños y adolescentes, psiquiatra de adultos, psiquiatra perinatal. Médico Jefe de Servicio del CMPP (Centre MédicoPsychoPédagogique) de Saint Jean de Luz /Hendaye. Francia.

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

Perinatal grief should never go unnoticed or ignored an de deep void of a mother who lost a newborn baby needs to be acknowledged and treated by our mentalhealth system.

My clinical experience forces me to call for action and raise public concern in order to make perinatal psychotaptholgy a priority in our national health system. KEYWORDS: «Perinatal Psychopathology», «Public Health», «Fetal Death»

Para hablaros de la psicopatología perinatal voy a contaros la historia de Paloma, ...o puede que sea la historia de Carolina,... o quizás, ... la de dos angelitos blancos que apenas pudieron ser nombrados.

Conocí a Paloma hace 15 años. El psiquiatra de su hija Carolina, había comprendido su sufrimiento, le había diagnosticado de agorafobia, proponiéndole un tratamiento con paroxetina y recomendándole venir a mi consulta para psicoterapia. Paloma sentía admiración y agradecimiento hacia él, pues era la primera persona en haber comprendido su sufrimiento y en haberle mostrado un camino de esperanza.

Paloma tenía 37 años y, un disfraz de camaleón que le servía para vivir en el mundo de manera disimulada. Le invité a que me hiciera el relato de su persona. Era una chica de buena familia, estudiante y estudiosa, que tuvo un pequeño episodio de ansiedad en los años universitarios pero que fué rapidamente reconducido.

«*Todo empezó con mi primer embarazo*», era un embarazo gemelar como los hay en su familia, ella misma tiene un hermano mellizo. El embarazo no iba mal pero, a los 8 meses y medio tuvo que vivir el traumático alumbramiento de sus dos angelitos sin vida. «*Después de lo de las gemelas tengo como agujeros en mi memoria*» Desarrolló una amnesia emocional que le impedía revivir las emociones ya sentidas. A este momento de su relato, Paloma se sentía ya en confianza en nuestra relación terapéutica y había podido desvestirse lo suficiente para mostrarme ese fajín, auténtico cilicio encarnado, que comprimía Paloma hasta impedirle el mínimo soplo.

«*Lo de las gemelas me cambió la vida*». Su marido se volcó en el trabajo, sin duda, para escapar de la emoción, ella se encerró en sí misma, no supieron hablar del tema. La ternura mutua se fue desdibujando. Su marido fue exacerbando los aspectos obsesivos de su personalidad y de su comportamiento. Ella fue retrayéndose en un aislamiento emocional, una fobia social y una auténtica agorafobia que le confinaba en casa. Desarrolló recursos contrafóbicos, como el comprar el piso del domicilio familiar pegado a su trabajo, para eliminar la angustia del trayecto. Paloma no supo comunicar su desesperación, su angustia era tan imponente, que no tenía la posibilidad de mentalizarla para comunicarla y pedir ayuda.

En ese contexto nació Carolina de un embarazo complicado por la dificultad en el manejo de la ansiedad, de la angustia de la posible repetición de una muerte fetal. Sin embargo todo fué bien, Carolina era una hermosa niña. Hubiéramos podido pensar que la experciencia positiva de este nacimiento podría haber resuelto la psicopatología tejida por la pérdida previa. Pero ese fajín opresor y encarnado era muy difícil de destejer.... Cuando Carolina tenia 18 meses, Paloma hizo su primera crisis de pánico evidente, no podía quedarse sola, también le angustiaba quedarse sola con su hija, necesitaba acompañamiento contrafóbico pero se avergonzaba y no se atrevía a pedir ayuda. A sus 3 años Carolina tuvo que ser llevada a Urgencias por presentar «ahogos» que fueron catalogados de psicosomáticos. A partir de ese episodio, fue seguida en psiquatría infantil por mutismo electivo y fobia social, siendo tratada con fluoxetina desde los 5 años y posteriormente con sertralina y risperidona.

Paloma y yo ibamos destejiendo y volviendo a tejer, despegando los hilos que atenazan y retejiendo con hilos flexibles que permiten respirar y recuperar su identidad. Tejiendo y destejiendo, con todos los instrumentos que pude encontrar,.....

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

destejiendo y tejiendo otra vez.... La vida no fue generosa con Paloma, tuvo que acompañar a su padre en una enfermedad oncológica que le desfiguró progresivamente hasta el final de su vida y poco después tuvo que hacer frente a su proia enfermedad oncológica y a la quimioterapia. Yo le seguí acompañando en esos momentos difíciles y continuábamos tejiendo y destejiendo.....De vez en cuando me hablaba de Carolina. Había crecido sin que mejorara su fobia social y había desarrollado una anorexia mental que le condujo a una desorganización psico-orgánica muy crítica. Entonces, necesitó ser hospitalizada durante un tiempo y a su salida, fué dirigida hacia nuevos terapeutas. Paloma me pedía que me ocupara de su hija, y yo , le decía que no era posible, que nosostras teníamos, todavía, mucho que tricotar juntas. Carolina hizo diversos intentos terapéuticos, el último, con una psicoanalista que le hacía interpretaciones acertadas pero que ella no era capaz de procesar, desarrollando una relación transferencial muy negativa. Una vez más, Paloma me pidió que me ocupara de Carolina. Habían pasado los años y ella había superado muchas pruebas, ...se encontraba mejor, ...prometía retirarse para que yo pudiera ocuparme de su hija. Evidentemente esto no era un encuandre convencional, ¡llevaba tanto tiempo rechazando esa eventualidad! En su transfert Paloma me habia colocado en un rol materno. ¿Qué buena madre rechazaría el ocuparse de la hija de su hija? ¿Qué abuela dejaría su nieta, aunque fuese un parentesco transferencial, a la deriva? ¡Dudé tanto!.. Pero las noticias que me transmitía Paloma sobre el estado de Carolina eran inquietantes, muy inquietantes. Al final, acepté la misión

Cuando entró en el despacho, me encontré frente a un rostro de gran belleza, sus ojos de un azul transparente parecían mirar al infinito y atarvesarme, sin verme. Curiosa, quise ver en el fondo de sus ojos y me encontré un abismo. Tuve frío, seguramente el frío emocional que ella experimentaba. Mi representación fué la de una joven momificada hasta las palabras, un cuerpo seco y desvitalizado.

Nos pusimos manos a la obra, teníamos que conocernos, encontrarnos,..El primer tema abordado fue la preocupación por su madre, el ginecólogo sospechaba una posible recaída del cancer de mama que había superado unos años antes. Carolina había recuperado una parte de su peso, ya tenía un IMC de algo más de 17, pero seguía amenorreica. A nivel emocional, describía altibajos que no comprendía, y sentía un desánimo creciente, cada día, con el paso de las horas. Su mundo relacional era bastante reducido, tenía amigas tímidas como ella y que carecían de iniciativas sociales. Carolina era una jovencita exigente, excelente estudiante, y muy ocupada en sus actividades extraescolares. En el relato de su historia pudo describir un momento clave en el que apareció, por primera vez, la voz de su deseo, voz que pudo expresarse pero que fue reprimida duramente. Guarda una sensacion de ridículo culpable de aquella época en que, enamorada, había osado mostrar su pulsión de vida sexualizada. Para reprimir la pulsión Carolina puso en marcha mecanismos de control absoluto, control de sus deseos emergentes que habían sido cortados de raiz, control de su propio cuerpo que, con la perdida de peso brutal, había sido desvitalizado y desprovisto de los signos emergentes de un cuerpo sexuado. Sentí que teníamos que comenzar desde el principio, como con los bebés que vienen al mundo, y que tienen tanto que construir de ellos mismos.

Estos 7 años de terapia con Carolina han exigido de mí el más amplio de los eclecticismos, y una elasticidad del encuadre sin precedentes. Al principio fue necesario insuflar vida en ese cuerpo seco por un proceso de momificación psicofisica. Tuve que encarnar a la madre winicotiana y hacer de espejo, ofrecerme en objeto, presentarle objetos, sostener y contener, abrir el acceso al pensamiento, ofrecerle una mirada al mundo. Tuve que interpretar lo ininterpetable e inventar las maneras de hacerlo. Con la paciencia del que hace encaje de bolillos caminé a su lado, despacito, intenté servirle de yo auxiliar, encontrar las llaves para abrir puertas, también las puertas del deseo ....Poco a poco deshicimos sus vendajes, Carolina se abrió al mundo, el mundo interno primero, el exterior después. De nuevo escuchó su deseo y lo hizo realidad,...y de nuevo la represión actualizó

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

el abismo emocional. Se desorganizó y entró en duda en el segundo año de una carrera universitaria difícil y prestigiosa, estuvo a punto de desmoronarse, de abandonar y abandonarse. En ese momento su padre le contó la historia de sus propias dudas, fue un elemento edípico tranquilizador, una legitimación transgeneracional que permitió a Carolina sobrepasar de nuevo la falla abismal y seguir construyendo. Constuyó una identidad cada vez mas afirmada, los mecanismos de defensa se volvieron eficaces, desarrolló la capacidad creativa, en los conocimientos, pero también en las relaciones que comienzan a ser estables, tres años ya con su novio, nuevas amistades en el segundo ciclo universitario, siempre un vínculo fundamental con su madre pero a una mejor distancia.....

.....Ayer volví a estar con Carolina. Hacía más de dos meses que no nos veíamos porque había estado ocupada con exámenes. Le pregunté como se encontraba, me sonrió y me dijo « *la verdad es que muy bien*»... Tenía un brillo en sus ojos y llevaba con elegancia un carmín rojo pasión. Tomó una pequeña pose para anunciarme una gran noticia: « *he estado con la endocrino, me ha dicho que me ve estable y bien desde hace mucho tiempo*», marcó una pequeña pausa y con énfasis me dijo « *me ha dado el alta*».... Tenía una mueca de satisfacción de esas que significan *« prueba superada»*,....yo sentí un inmenso orgullo, en pocos segundos me vinieron a la cabeza tantas situaciones de su recorrido de vida, tantas emociones, tantos miedos superados, tantos vacíos colmados, sí, claro que sí, me sentía orgullosa de ella. Debí quedarme demasiado tiempo retraída en el desfile de mis recuerdos contra-transferenciales porque Carolina se incorporó preocupada *« ¡Maite! ¿te pasa algo?»* Fué uno de esos momentos mágicos de nuestras terapias. Aquella niña alexitímica había aprendido a leer al otro y a leerse ella misma : « ¡*mira que si tú te emocionas yo también me emociono!*». Le dije que estaba muy orgullosa de ella, y que estaba absorta pensando en todo el camino recorrido, le dije que si me autorizaba escribiría sobre su histoira. Se reclinó de nuevo en su sillón-diván y con una sonrisa y una mirada me dió permiso. Me había ido muy lejos , en segundos mi mente había remontado hasta esos dos angelitos blancos, me preguntaba cuánto del sufrimiento de Paloma podía haberse evitado, cuánto de la psicopatología de Carolina había sido fruto de la epigénesis ante una angustia de muerte no elaborada, cuánto de trasmisión transgeneracional de un duelo, imposible de hacer, de una pérdida imposible de mentalizar.

Los terapeutas que pasamos la vida de la mano de nuestros pacientes carecemos de tiempo y sin duda también de método para ofrecer al mundo conocimientos con evidencia científica. Sin embargo nuestra experiencia cotidiana nos da, a lo largo de los años, una evidencia clínica incuestionable. Pero ¿Cómo puede ser que no existan aún equipos y programas específicos para tratar la patología psíquica perinatal? ¡NUNCA MAS! un duelo perinatal no acompañado ¡NUNCA MAS ! una madre vacía dejada a la deriva. Mi evidencia clínica es que LA PSICOPATOLOGIA PERINATAL ES UN VERDADERO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA y que debe ser una prioridad en la organizacion nacional de la salud.

¡Paloma!, ¡Carolina!..¡Sois mis heroínas!

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

SI NO LO VEO NO LO CREO, LA NEGACIÓN DEL DUELO PERINATAL: REFLEXIONES A PARTIR DE LA PÉRDIDA DE UNA HIJA POR MUERTE SÚBITA*

I WON´T BELIEVE IT UNTIL I SEE IT, PERINATAL GRIEF DENIAL: SOME THOUGHTS AROUND A CLINICAL CASE OF SUDDEN INFANT DEATH

*Natalia Valverde Mendizábal*** y Encarna Mollejo Aparicio****

RESUMEN

La Muerte Súbita del Lactante afecta en torno a 0.25 de cada 1.000 nacimientos en España. A pesar de que la prevalencia ha disminuido en las últimas décadas es un tema de interés médico y psicológico ya que supone, seguramente, el evento vital más estresante que pueda ocurrir a una persona. En este artículo damos una oportunidad para pensar cómo estas familias viven el proceso de duelo perinatal y lo duro que es para ellas la negación que se suele hacer por parte de la sociedad ante este tipo de sufrimiento, sintiendo el impacto de que no reciben el apoyo necesario en momentos de tanto dolor.

Palabras clave: Muerte súbita del lactante, duelo perinatal, negación

ABSTRACT

Sudden Infant Death Syndrome affects around 0.25 in each 1.000 new borns in Spain. Even the prevalence has declined in the last decades it´s a big health and psychological issue as being, probably, the most stressing life event that can happen to anyone. In this paper we give a chance to think how these families live the process of perinatal grief and how difficult is for them the denial we usually make of this type of mourning, living the impact that no social support is given in the crucial moment of so much pain.

Key words: Sudden Infant Death, perinatal grief, denial

---

*Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

**Psicóloga Perinatal en consulta privada e investigadora en el Hospital del Sureste. *consulta@nataliavalverdepsicologia.com*

***Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario del Sureste (Madrid). Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón. Madrid *encarnacion.mollejo@salud.madrid.org*

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

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se define como la "muerte súbita de un niño de menos de un año de edad, que ocurre aparentemente durante el sueño y que permanece sin explicación después de la realización de una minuciosa investigación post mórtem, que incluye la práctica de la autopsia, examen del lugar del fallecimiento y revisión de la historia clínica" (Izquierdo, 2013)

Así, los tres conceptos sobre los que se apoya la definición de muerte súbita son: natural, inesperada y rápida; ocurre normalmente mientras el bebé duerme (por ello es también conocida como "muerte en cuna") y sin signos de haber sufrido. Es la principal causa de muerte en lactantes en el primer año de vida en los países desarrollados.

Se estima una prevalencia en torno a 0,23 de cada 1.000 nacidos sanos en España y si bien la incidencia de casos ha disminuido en las últimas décadas aún estamos ante cifras importantes debido al tremendo impacto emocional que supone un acontecimiento de esta índole en la vida de una familia. Porque a pesar de que el duelo no es una enfermedad, sin duda alguna es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, y más si la pérdida es de un hijo (que aparentemente estaba sano)

En el presente artículo expondremos el caso del duelo de una mujer por la muerte súbita de su hija de catorce días de vida, los principales aspectos a trabajar en la psicoterapia y las grandes dificultades que se le presentan en relación con el manejo que hace nuestra sociedad de este tipo de pérdidas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Sonia es una mujer de 42 años de edad que acude a consulta en el año 2015 acompañada por su marido. Ambos están absolutamente abatidos tras perder a su hija de catorce días de manera totalmente inesperada. La encontraron muerta por la mañana en la cama.

Comienza hablando el padre que relata que hace una semana falleció su hija pequeña (tienen una hija mayor de dos años y medio) "está siendo muy duro, no sabemos qué hacer" Mientras tanto Sonia permanece cabizbaja, llorando de manera contenida. Cuando él hace una pequeña pausa la miro a ella, la llamo por su nombre dándole pie a que hable ¿Sonia? Le digo. Ella levanta la cabeza, llora y empieza a hablar. Relata como aquel día encontraron a su bebé muerta por la mañana, a su lado en la cama "yo estaba dormida y ella se estaba muriendo, ¿cómo no me di cuenta?" y cómo sucedieron las cosas después cuando llego el SAMUR, la policía…

No lo entiende, continúa, con lo bien que había ido todo hasta entonces: el embarazo había sido bueno, el parto rápido y del que se recuperó muy bien a pesar de recordar un trato muy poco amable por parte de la matrona. La niña tomaba el pecho y estaba sana salvo un poco de catarro por lo que el día anterior estuvieron en el pediatra, quien les recomendó suero y nada más.

"Yo era tan feliz. Era todo lo que quería y me lo han quitado"

Historia familiar: Sonia es la mayor de dos hermanas. Cree que de siempre ha habido cierta rivalidad y envidia de su hermana hacia ella "yo siempre sacaba las mejores notas, aunque mis padres no me lo aplaudían mucho quizá por no despertar los celos" Durante la adolescencia no tuvieron buena relación, su hermana tenía un novio, con quien se casó, que a Sonia no le gustaba nada y permanecieron años distanciadas. Después su hermana se divorció y se fue a vivir con su pareja a Londres, donde reside

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

en la actualidad. No tienen hijos. Desde entonces tienen mejor relación y ahora que ha perdido a su hija Sonia está teniendo mucho apoyo por parte de su hermana.

Sus padres viven en Madrid. La relación nunca ha sido muy cercana pero ahora es especialmente tensa. Está muy enfadada con su padre porque siempre les transmitió la idea de que tener hijos era un horror, de que los niños no son más que una molestia y que no se le ocurriera tener bebés. "Le odio por eso". Su madre siempre cuenta que cuando se quedó embarazada y el padre se enteró, se encerró en una habitación 24 horas sin salir y después estuvo un mes sin dirigirla la palabra.

Todo este discurso a lo largo de los años caló hondo y Sonia creció con la idea de no tener hijos, con la creencia de que su vida era plena y feliz sin descendencia, trabajando, viajando, yendo al cine y al teatro y con tiempo para ella y su pareja.

Era Francisco quien al parecer comenzó a tener ganas de convertirse en padre y cada cierto tiempo le preguntaba "¿venga, por qué no lo intentamos?" Y así pasaron algunos años hasta que Sonia un buen día y pensando que ya le quedaba poco para cumplir los 40, contesto "venga, vale, intentémoslo" Pensaba que no se quedaría embarazada y sin embargo la segunda menstruación ya no llegó.

Pasó un embarazo difícil ya que no estaba segura de querer tener un bebé y recuerda sentir un intenso rechazo llegando a plantearse el aborto. Pero al nacer su hija sintió que todo cambió "fui la mujer más feliz del mundo, conocí el amor como nunca antes lo había sentido. Desde entonces lo único que quería era tener más hijos"

Francisco: eran cinco hermanos pero uno falleció en el 2013, a los 45 años de edad de manera inesperada. Empezó con dolores y fue al hospital pero lo mandaron a casa con un relajante muscular y resultó que estaba sufriendo un infarto falleciendo al cabo de pocas horas. Sus padres viven y residen en Madrid. Es un hombre sensible y se encuentra abatido tanto por su propio sufrimiento como por el de su pareja y en estos momentos parece que es el sostén de Sonia. Siempre hablan de ser una pareja muy unida.

Es Francisco quien hace las primeras gestiones y llamadas a amigos, trabajo, escuela infantil de su hija mayor y a la consulta de psicoterapia también. Aparenta mucho sufrimiento pero mi sensación es que no puede permitirse derrumbarse lo cual es comprensible si pensamos que se está haciendo cargo de su mujer y de su hija mayor.

Por ello en la segunda sesión le pregunto acerca de cómo se encuentra él y recomiendo que pida cita con otro psicoterapeuta para poder tener su propio apoyo y espacio de trabajo del duelo. Acepta y así lo hace aunque inicialmente acompaña a Sonia a las sesiones y la espera fuera.

Evolución del caso: Pasó poco tiempo para que Sonia se sintiera más fuerte y capaz de acudir sin Francisco. Me dice que hasta le gusta tener un rato para estar sola de camino a la consulta. Ahora que están sin trabajar pasan todo el día juntos.

Es una mujer que acude siempre puntual a las citas, bien arreglada y sonriente. A pesar de que poco a poco se la ve mejor, las sesiones en un principio son de mucho sufrimiento. Habla de "un dolor tan intenso que te atraviesa y no te deja respirar, todo el rato" "no sé cómo puedo vivir, es como si te atropella un camión, ¿cómo puedes seguir viviendo?" Apenas sale a la calle porque todo le hace daño, ver la normalidad de la gente, ver mujeres embarazadas, niños, el ruido. No disfruta con nada y la vida ahora consiste en sobrevivir a cada día, en que pasen las horas, una tras otra.

Poco a poco se expresa en otros términos, pasa a hablar de "sufrimiento, tristeza profunda" Cuenta sus angustias y pensamientos, si quizá asfixió a su hija en la cama mientras dormían, si pudo hacer algo perjudicial para el bebé durante el embarazo o si fue que le contagió el catarro que ella "pilló en el paritorio"; en una búsqueda desesperada por encontrar una explicación.

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

Sienten que permanecen muy aislados de la sociedad. A pesar de que al principio les costaba mucho, poco a poco van haciendo un esfuerzo y comienzan a hacer rutinas y a salir a la calle y a relacionarse con gente pero en esto encuentran importantes dificultades. Por ejemplo están muy dolidos con la escuela infantil de su hija mayor. A través de una amiga les hicieron saber la noticia de la pérdida de su bebé y les pidieron que por favor lo contaran a padres y profesores. Sin embargo cuando van allí se sienten muy mal tratados ya que nadie se dirige a ellos. Las profesoras de su hija no le han dado el pésame y el resto de familias actúan como si no estuvieran presentes y esto les hace sentirse muy mal.

Es muy duro para ellos ver la reacción de la gente. Amigos muy cercanos ni siquiera han ido a verles, otros lo han hecho sólo a través de mensajes de whatsapp y el resto de personas conocidas (vecinos, compañeros de trabajo) en su gran mayoría no han sido capaces de acercarse a saludarles y preguntarles cómo están "es impresionante, nos ven por la calle y cruzan a la otra acera haciendo que no nos han visto" "me siento como un fantasma, ¿cómo voy a volver yo a la sociedad?"

Ni tan siquiera algunos profesionales sanitarios que sentían muy cercanos como la matrona a la que acudió durante dos años tras tener a su hija mayor o la pediatra de sus hijas, a las cuales vio poco antes de dar a luz, se han puesto en contacto con ella para transmitir sus condolencias.

TEMAS RECURRENTES A LO LARGO DEL PROCESO TERAPÉUTICO

-El tema central al inicio del proceso terapéutico es la pérdida de su hija y el dolor tan intenso que ésta le produce "yo me quiero morir, no quiero vivir con este dolor tan intenso" Refiere lo que les cuesta superar cada día, tanto a ella como a su marido. Los días se le hacen muy largos y se siente muy triste "es una hora sobre otra" A pesar de ello Sonia siempre se muestra arreglada, van a caminar o montar en bicicleta y a los pocos meses se apunta a unas clases de italiano para entretenerse con algo.

-También relata las crisis de llanto que tiene en algunos momentos y cómo su marido y ella intentan manejar situaciones que por lo que cuenta son de una tremenda tensión y desbordamiento y que muchas veces acaba con medicación en la cama.

-Lo desesperada que está por volver a ser madre. Desde que lo fue por primera vez se despertó en ella un profundo instinto maternal y desde entonces recuerda que su deseo era poder tener varios hijos "uno y otro y otro y otro… y así todos los que pudiera"

-Sus padres y lo enfadada que está con ellos. Recuerda muy enfadada las frases, "barbaridades", que su padre ha dicho en muchas ocasiones acerca de los niños "qué bonitos están cuando duermen" se le clava como un puñal pensar que su hija falleció mientras dormía. O cuando quedó embarazada de su segunda hija que le decía "pero ¿estás loca?, ¿cómo te arriesgas?, ¡con lo bien que te ha ido con la primera! A su madre no le perdona su connivencia.

-Otro tema que aparece de manera repetida a lo largo de las sesiones es el dolor tan inmenso que le produce ver a su hija "sola", sin hermanos "con lo feliz que estaba con su hermana, cómo la miraba, cómo la besaba…" Pensar que su hija pueda no tener más hermanos es algo que le produce un dolor tan desgarrador que "no puedo pensarlo"

-Es sorprendente la fuerza y recurrencia con la que aparece el tema del silencio y falta de respuesta de la sociedad ante este tipo de pérdidas. De todos sus amigos sólo unos pocos les están acompañando de una manera cer-

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

cana, llamándoles y visitando en el domicilio. Le duele que algunos sólo han mostrado su apoyo por medio de mensajes de whatsapp y otros ni siquiera eso. De sus compañeros de trabajo con los que tiene buena relación y que incluso le habían hecho algún regalo para el bebé no sabe nada, aunque ella hizo un gran esfuerzo para hablar con su jefe y pedirle que notificara a todo el departamento el fallecimiento de su hija. A pesar de ello ninguno de sus compañeros la ha llamado, "ni siquiera he recibido un correo electrónico". Sonia dice enfadada "cuando murió mi cuñado recibí muchas más condolencias y apoyo que ahora. No lo puedo entender ¡he perdido a mi hija!" Parece que es grande la dificultad que tienen las personas para acercarse a una mujer que ha perdido a su bebé y sencillamente darle el pésame o preguntar cómo está. Ellos dicen que es porque no quieren hacer daño a la madre, no quieren ser pesados, reabrir sus heridas. Pero seguramente esto no sea más que el escudo protector de un miedo atroz que nos invade a cualquiera cuando nos encontramos de cerca con la muerte de un bebé, acontecimiento vital que correspondería al orden de los siniestro (Freud, 1919) algo terrorífico, innombrable que nos angustia pero que por otro lado nos resulta familiar. Lo siniestro genera repulsión y atracción a la vez, uno necesitaría alejarse y sin embargo nos quedamos enganchados a querer mirar, a querer saber. Y esto se nos hace muy difícil de manejar. En ocasiones cuando camina por su barrio se encuentra con algún conocido, vecino incluso amigo. ¿Su reacción? Hacer que no la han visto, evitar la mirada e incluso cambiar de acera. "Soy como un fantasma, es lo más doloroso de todo. No es que no me duela haber perdido a mi hija pero encima esto! Siento mucha rabia y mucho rencor, no sé cómo voy a poder volver a la vida" "Me hacen sentir mal, parece que hubiera hecho algo malo y por eso me castigan, soy una madre que no he podido sacar adelante a mi bebé" O como reflexiona de manera muy sensata "yo entiendo que para ellos es difícil pero ¿y para mí? ¡yo soy la que ha perdido una hija!"

EL TRABAJO CON SONIA: EL TRABAJO EN EL DUELO PERINATAL

A continuación nombramos algunos de los aspectos que nos han parecido fundamentales a la hora de trabajar un duelo de estas características y que sirve para el duelo perinatal en general.

-Ayudarla a descargarse de culpa, que siempre aparece en este tipo de duelos en forma de preguntas que atormentan como ¿qué hice mal?, ¿qué deje de hacer? Frecuentemente una madre que pierde un bebé siente que no fue capaz de dar a su hijo lo que éste necesitaba, que no fue una buena madre, que no fue capaz de sacarlo adelante. Y es que como nos recuerda Daniel Stern es una fantasía universal de las madres pensar que el bebé puede morir por su culpa "*la mayoría de nuevas madres tienen miedo de que el bebé muera o se encuentre mal debido a no recibir la atención correcta o inadecuada"* (Stern, Bruschweiler- Stern y Freeland 1999)

-Acompañarla en el proceso de duelo permitiendo la expresión del dolor y angustia por un tiempo prolongado, sin prisa, conteniendo su sufrimiento. Y esto es algo que parece obvio pero no es fácil. Al igual que su entorno más cercano la anima a que salga, piense en reincorporase a trabajar y se anime; el terapeuta en ocasiones también se descubre deseando que esa semana esté mejor… Porque es muy duro tolerar tanto sufrimiento (propio y ajeno al mismo tiempo) y tendremos que estar pendientes de los movimientos transferenciales y contratransferenciales conociendo nuestra historia de duelos y pérdidas y lo que nos puede estar removiendo el caso personalmente. El paciente necesita que podamos acompañarlo y esperar, sin prisa, que podamos escuchar su dolor y respetar sus ritmos y evolución, lenta, pero, sin duda, evolución.

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

-Que pueda ir pensando su historia familiar y el lugar y sentido que cobra esta pérdida de hijo en concreto en su historia general. En el caso de Sonia pasa por entender que sus padres hicieron lo que pudieron en función de sus propias infancias (la madre de su padre había perdido un primer bebé a las pocas horas de nacer) de manera que disminuya su rabia hacia ellos.

LOS OTROS AFECTADOS

En la mayoría de las ocasiones entendemos que es la madre la principal afectada por la pérdida de un hijo pero no debemos olvidar que el padre y los hermanos y abuelos del bebé fallecido sufren mucho también.

El padre, eterno olvidado en muchas ocasiones, a pesar de que se suele vincular al bebé de otro modo y quizá en una etapa posterior debido a no vivir en su cuerpo los nueve meses de embarazo, vive con intenso dolor la pérdida del hijo. El padre lo pasa mal por él, por su mujer, por sus hijos vivos. Suele ser el responsable de dar la noticia a familiares, amigos y conocidos. Suele ser quien tiene que sostener la estabilidad de la familia y contener a su pareja. En ocasiones muestra su malestar más con enfado o rabia que con lágrimas o tristeza y siente su pena en secreto y en solitario (López García de Madinabeitia, 2010)

Esto poco a poco está cambiando y cada día vemos más hombres que solicitan ayuda o que sin solicitarla, la aceptan cuando se les ofrece y que son capaces de hablar de sus sentimientos y de llorar en lugar de actuar la pena profunda.

DIFICULTADES EN EL TRABAJO CON EL DUELO PERINATAL

El dolor, angustia y sufrimiento que generan este tipo de pérdidas en el propio psicoterapeuta. Es necesario que los profesionales valoremos si tenemos una buena disponibilidad psíquica para acoger este paciente en este momento "*ésta es una primera necesidad: no contaminar la mente del paciente, y estar verdaderamente disponibles para darles un lugar dentro de nosotros"* (Ferro, 1998) y es que la contratransferencia es fundamental; como señala Ferro (1998) *"no sólo conceptos y teoría, sino también «estados de ánimo del analista», se pueden superponer al material del paciente"*. Si bien todos los casos nos mueven interiormente a los psicoterapeutas, en estos casos esto ocurre con una gran intensidad.

Los profesionales que trabajan en clínica tienen que ser conscientes de la necesidad de descanso por parte del psicoterapeuta valorando lo que nos supone hacernos cargo de nuestros pacientes y compaginar este trabajo con otras actividades: profesionales como la investigación, docencia, lectura y formación y personales: vacaciones, ocio… "*es necesario que el analista dedique conscientemente el tiempo para su propia «desintoxicación»"* (Ferro 1998). Todo esto sustentado por los cimientos de una buena práctica profesional: el autoanálisis, la formación y la supervisión.

A través del discurso de la paciente, cuando cuenta sorprendida que ni su matrona ni su pediatra le han dado el pésame, vemos como tampoco los profesionales sanitarios estamos preparados para enfrentarnos a este tipo de duelos que afectan, carentes de recursos, a obstetras, matronas, personal de enfermería… (Pastor, S., Romero, J., Hueso, C., Lillo, M., Vacas-Jaén, A., Rodríguez-Tirado, M., 2011)

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

LA NEGACIÓN DE LA PÉRDIDA PERINATAL

Algo que comparten todas las personas que han perdido un bebé es lo doloroso del silencio que rodea a este duelo. Y es que en un momento de tanto sufrimiento no encuentran el apoyo deseado y esperado sino una gran dificultad para hablar de ello con otras personas a quienes parece que cuesta mucho tolerar y escuchar un relato lleno de angustia, horror, tristeza.

Deberíamos preguntarnos qué nos pasa como sociedad que cuando una pareja pierde un bebé, ya sea estando embarazada o al poco tiempo de nacer, no somos capaces de hacernos cargo de ese sufrimiento y nos cuesta muchísimo acercarnos para acompañar. Como se quejaba Sonia "los conocidos cruzan de acera para evitar saludarme" "cuando murió mi tío recibí muchas más condolencias que ahora que ha muerto mi hija, ¡cómo es esto posible!"

Cuando se produce una pérdida durante el embarazo, la vida y la muerte caminan juntas. Es una paradoja para la que nadie está preparado y por eso es tan delicado saber qué decir o hacer. Tampoco existen rituales religiosos que legitimen, faciliten y reconforten a los progenitores. Los familiares y amigos evitan hablar del tema por temor a causar más dolor que beneficio. Mientras, los padres viven su experiencia en soledad (López García de Madinabeitia, 2010)

Y es cierto. Cuando fallece algún familiar de un amigo no dudamos en llamar, acudir al tanatorio y funeral, apoyar y cuidar. ¿Por qué no podemos hacer lo mismo cuando de un hijo se trata? Quizá es tan doloroso el sufrimiento que despierta en nosotros que no podemos tolerarlo y nos es más fácil apartarlo de nuestras mentes, negarlo y hacer como si nada hubiera ocurrido, así como "si no lo veo, no lo creo" "si no lo nombro, no ha ocurrido" Es un ejemplo de negación tal y como la entiende Freud al final de su obra "el rechazo de la percepción de un hecho que se impone en el mundo exterior" (Laplanche y Pontalis, 1993) Y es que uno nunca está preparado para perder un hijo, un bebé, momento en el que la oscuridad invade aquello que era luz y la muerte llega a vernos cuando todo antes era vida.

Es tremenda la sensación que tienen estas familias de no estar autorizadas para hablar de lo ocurrido y de lo que sienten, y la emoción subyacente de culpa y vergüenza que les lleva a la fantasía de que algo malo habrán hecho para que les ocurra esto colocándolos en una especie de repudio social.

EVOLUCIÓN DE SONIA

Pasamos meses de sesiones de mucha angustia y mucho dolor en las que aparece la anhedonia como rasgo principal y en las que la paciente verbaliza en muchas ocasiones sus pocas ganas de vivir y el enfado que esto produce a sus seres queridos más cercanos que no entienden que no pueda alegrarse con las cosas que sí tiene: otra hija, un marido, una familia, salud, trabajo… Pero para ella nada de esto tiene sentido ahora. Lo único que le da fuerzas para seguir viviendo es la esperanza de que volverá a ser madre, deseo que aparece de forma casi obsesiva sin dejar espacio para nada más.

Poco a poco va entrando la tristeza en oposición a la angustia y al vacío. Siente momentos de más tranquilidad e incluso algunos ratos de disfrute por ejemplo cuando juega con su hija mayor o cuando pasea por el campo.

Va hablando de su historia familiar, de otros duelos previos a la maternidad, de su pareja… Es importante colocar la pérdida dentro de la historia de cada uno para entender cómo vive cada persona su duelo y el valor y significado que cobran las cosas ya que no hay dos duelos iguales.

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

Me preocupaba su hija mayor pero por lo que cuenta es una niña lista, con recursos, que puede ir hablando y jugando lo que está viviendo la familia. En el colegio parece que está bien, disfruta jugando con otros niños, es alegre y despierta. Además creo que estos padres, a pesar del tremendo dolor, son capaces de hablar de las cosas y de nombrar a su hija por lo que están pasando. Según avanzan los meses la madre va hablando más de su hija viva, de lo "rica" que es, lo "inteligente" y de las cosas que dice o hace.

CONCLUSIONES

El duelo por la pérdida de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más estresantes, si no el más estresante, en la vida de una persona. A día de hoy el duelo perinatal es un duelo silenciado, negado, desatendido. Las instituciones y profesionales no están preparadas para afrontar este tipo de situaciones y esto lleva a que ejerzan acciones que son vividas como malos tratos por las familias que han perdido un hijo.

Las familias que pasan por este trance se sienten solas en su camino de elaborar la pérdida y volver a una vida que, si bien ya nunca volverá a ser la misma, sin duda, volverá a ser vida.

La manera de elaborar una pérdida pasa por hablar de ella, por nombrarla, revivirla, transitarla una y otra vez (Valverde, N. y Del Río, S. 2016). Y esto es justamente lo que no estamos permitiendo hacer a las familias. Se trata de poder tener una actitud de respeto, sensibilidad y escucha frente a posturas defensivas como el paternalismo o la evitación; pero esto parece difícil. Hagamos un esfuerzo por acercarnos al dolor ajeno que nos muestra el propio, porque ninguno estamos exentos de pasar por trances difíciles a lo largo de la vida y porque somos seres sociales y el otro nos importa más allá de nosotros mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Claramunt, M. A. y cols (2009). *La Cuna vacía*. Madrid: La esfera de los libros.

Ferro, A. (1998). *Técnicas de psicoanálisis infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1919). *Lo ominoso*. En Obras Completas Vol XVII. Buenos Aires 1999: Amorrortu editores.

Izquierdo, M. I. (2013). *Libro blanco de la muerte súbita infantil.* Madrid: Ediciones Ergon. Grupo de trabajo de muerte súbita, AEP.

Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós (Orig. 1976)

López García de Madinabeitia, A. P (2010); Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio; *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 31*(109), 53-70

Pastor, S., Romero, J., Hueso, C., Lillo, M., Vacas-Jaén, A. y Rodríguez-Tirado, M. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. En: Users/Administrador/Downloads/2011-Pastor-y-Romero-La-vivencia-de-la-perdida-perinatal-desde-la-perspectiva-de-los-profesionales-de-la-salud.pdf

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

Quirós, G., Bolívar, M. y Solano, N. (2016). Muerte Súbita del Lactante. *Medicina Legal de Costa Rica*, *33*(1), 44-56.

Stern D. N., Bruschweiler- Stern N. y Freeland A. (1999). *El nacimiento de una madre*. Barcelona: Paidós (Orig.1998)

Valverde, N. y Del Río, S. (2016). *Ante todo mucha calma.* Madrid: La esfera de los libros

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

LA INTERVENCION EN PROTECCIÓN INFANTIL*

THE INTERVENTION IN CHILD PROTECTION

*Michel Socoró Carrié***

RESUMEN

Se trata una revisión y análisis de las intervenciones de los profesionales de los EAIA (Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia) de Catalunya del sistema de Protección Infantil, haciendo énfasis en el sentido de la atención que requieren las familias atendidas, dando el máximo protagonismo a los niños y niñas y apostando por la calidad profesional como condición necesaria. Se considera la labor del saber hacer del profesional como su recurso privilegiado, considerando una serie de capacidades/habilidades del profesional y se proponen diferentes situaciones recurrentes en estos casos que requieren ser identificadas y atendidas adecuadamente, así como propuestas y reflexiones sobre algunas de las funciones y tareas de los EAIA de especial dificultad. Todo ello ejemplificado con casos prácticos.

Palabras clave: el lugar protagonista del niño, el lugar "bisagra" del profesional, trabajo con los orígenes, manifestaciones edípicas de los niños, trabajo con la verdad y la mentira.

ABSTRACT

It is a review and analysis of the professionals interventions at the EAIA (Child and Adolescent Care Team) of Catalonia Child Protection system, emphasizing the sense of care required by the families served, giving the maximum prominence to the boys and girls and betting on the professional quality as a necessary condition. The professional know-how is considered to be its privileged work resource, taking into account a series of skills / abilities of the professional and different recurrent situations are proposed in these cases that need to be identified and adequately addressed, as well as proposals and reflections on some's specially difficult functions and tasks of the EAIA. All exemplified with practical cases.

---

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psicoanalista y Psicólogo Clínico, EAIA Eixample Barcelona. *michelsocoro@hotmail.com*

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

Key words: the protagonist place of the child, the professional "hinge" place, work with the origins, oedipal manifestations of the children, work with the truth and the lie.

En los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (E.A.I.A) de Cataluña se atienden todo tipo de situaciones familiares, de diferentes orígenes culturales, niveles socio-económicos, etc... En estas familias se ha detectado alguna sospecha de maltrato o desatención infantil. Los Equipos tienen la labor de realizar un diagnóstico de la situación familiar y determinar si existe dicho maltrato o negligencia, cuál es su nivel de gravedad, el grado de afectación del menor, disponer los tratamientos necesarios, proponer la correspondiente medida de protección si se considera pertinente y realizar el seguimiento.

Además de las estrategias técnico-administrativas que determinan un encuadre simbólico útil en casos de familias donde el establecimiento de la ley simbólica presenta déficits en su constitución, o bien, donde existen carencias a nivel de la diferenciación generacional y de parentesco, el propio saber hacer y conocimientos del profesional y del Equipo en la atención directa de estas familias y de los niños/as es fundamental. No sólo por realizar entrevistas en las dependencias de la Administración, donde existen medidas de seguridad eficaces, va a transmitirse una función de control y autoridad.

En este *saber hacer* y conocimientos del profesional y del Equipo es donde se enmarca las condiciones de posibilidad para encauzar el trabajo en el caso hacia unos objetivos posibles tanto de cambios como de mejoras a realizar. Saber cuándo conviene realizar las entrevistas individualmente o con dos profesionales, en qué dependencias o contexto, cómo plantear una intervención en el domicilio, para qué entrevistar al niño/a, etc... Todo ello requerirá del análisis profesional y del trabajo de Equipo.

En el trabajo con estos casos se hace necesario tomar muy en cuenta la relación que se establece con estos niños/as y sus familias, ya que para realizar una acción protectora eficaz la atención que se dedica a estas personas es fundamental. Además de la medida a aplicar hay que ampliar el concepto de protección al conjunto de necesidades del niño que no están satisfechas o que por las carencias o patologías de los padres estos no pueden satisfacer. Ello implica pues desarrollar el concepto de ***Atención*** con el cual estos equipos se designan y apoderarse del mismo. El mejor recurso es el propio profesional que atiende de forma precisa a las señales, dificultes, malestar y puede darle una salida a las diferentes escenas que se le aparecen delante. Ello solo será posible cuando su capacidad de observación, contención, valoración no esté afectada y le permitan señalar, remarcar aspectos-contenidos importantes a trabajar con estas familias. Para esto habrá que dedicar un tiempo suficiente y de calidad.

Por otro lado, existen una serie de obstáculos a sortear para conseguir esta atención necesaria en los casos, que todos los equipos sufren en mayor o menor medida y que distraen al profesional de su tarea principal y ejercen una influencia de descentramiento. Podríamos considerar estos obstáculos corresponsables de la reducción de la ***calidad asistencial***. Nos referimos principalmente al aumento de tareas de gestión (realización de Informes y documentos varios, programas informáticos, etc.) que desvirtúan la especificidad disciplinaria de los profesionales y reducen el tiempo de intervención directa. Otros obstáculos serian el elevado número de casos atendidos, las dificultades de organización de los equipos, las desavenencias graves entre profesionales y los conflictos en los equipos, la falta de apoyo/contención de la red, etc...

Desde este punto de vista, el profesional debe aplicar una verdadera actitud de *resistencia*[3] para no caer en la sobrecarga y posibles efectos del famoso Queme profesional. Las dificultades que se afrontan en la tarea diagnóstica y de propuesta de medi-

3. Josep Maria Esquirol, filosofo y profesor universitario, nos propone el concepto de *resiste*ncia *intima* como una actitud vital ante los movimientos sociales contemporáneos caracterizados por la inmediatez, la tecnologia, la protocolarización, la homogenización y las modas que nos abocan al pensamiento único y a la disgregación, buscando lo cotidiano, la sencillez y la proximidad.

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

da de los EAIA, en parte se deben al hecho que en los casos atendidos se da una coexistencia de las conductas maltratantes junto a las conductas bien tratantes en las funciones parentales, y ello requiere de una gran capacidad integradora de los equipos. Es por esto que una atenta atención conducirá mejor a la consideración de todos los aspectos sin ocultar o reducir ninguno. Una sabia recomendación propia de la filosofía budista nos viene al paso para escoger, como mejor opción en las difíciles situaciones dilemáticas que se plantean en los casos, casi siempre *el camino del medio*[4].

EL LUGAR DEL NIÑO/A EN LA INTERVENCIÓN

Los niños/as o adolescentes con los que trabajamos son los ***protagonistas*** de nuestra intervención. Como Equipo de Infancia y Adolescencia debemos toda nuestra atención a ellos, los niños/as. Puede resultar necesario esclarecer este hecho directamente a las familias y a los propios niños/as para situar debidamente nuestro encuadre de trabajo y nuestro foco-objeto de estudio. Esto permite de entrada diferenciar al niño/a de su familia, otorgándole a cada uno su lugar.

Para ello será prácticamente indispensable en casi todos los casos realizar entrevistas, exploraciones individuales con los niños. En estas entrevistas los niños/as nos verbalizaran sus deseos, sus demandas, sus necesidades, sus carencias y sus anhelos. Es muy importante que tengan un espacio para hacerlo, bien sea en el proceso de Estudio como en el de Seguimiento. El espacio de trabajo del Educador Social es un lugar privilegiado para tener este encuentro directo con los niños/as.

Entre algunos profesionales se ha planteado la necesidad de clarificar al niño de cualquier edad el marco institucional y contexto de trabajo de nuestra tarea para con ellos. Cabe señalar que por la función que representamos seria encomiable iniciar nuestra acción protectora desde los inicios y proteger al niño de los entramados institucionales que representamos y explicarle con palabras y contenidos adecuados a su edad y situación el motivo de nuestra labor. Con niños pequeños (menos de 6-7 años) simplemente conviene decirles que queremos conocerles a causa de los problemas que ha habido (según lo que él conozca), o bien referirse a que papá o mamá no están bien, o se enfadan, o quizás les han pegado...(según la información del caso). El derecho del niño a la participación y opinión en los asuntos que le atañen no comporta el pleno desvelamiento de las acciones técnicas necesarias para la resolución del caso ni la delegación de responsabilidad por parte del profesional.

Esta intervención con el niño, a pesar de ser pertinente, debe ser la justa y necesaria ya que en algunos casos las familias pueden estar multiasistidas por diferentes servicios y puede ser contraindicada la intervención. En estos casos simplemente la intervención de carácter informativa de las propuestas puede ser suficiente. Cabe tener en cuenta el concepto de disociación Interinstitucional, debido a la hiperespecialización de servicios con competencias específicas y ámbitos de actuación acotados que parcializan y fragmentan al sujeto:

En el caso de un niño de 8 años explorado por el Juzgado, por el ECEIA (Equipo de Emergencias), este había expresado su malestar respecto al compañero de su madre, pero no se había considerado ninguna acción protectora al respecto. El niño llevaba más de un año viviendo en custodia compartida, una semana con el padre y otra con la madre. Había denuncias cruzadas de los padres. Después de unas sesiones de juego con el profesional del EAIA que tenían un efecto profundamente tranquilizador para el niño este pudo verbalizar las amenazas de muerte que recibía por parte del compañero de la madre, los malos tratos que recibía tanto el cómo

4. En la filosofía Budista se describe el camino del medio como la práctica de la moderación, entre la indulgencia de los sentidos y la austeridad ascética, como la huida de los extremos

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

su madre y el gran temor y pánico que le tenía. A partir de escuchar esta demanda del niño se propuso mediante Informe al Juzgado disminuir los contactos del niño con el compañero de la madre.

El contexto del EAIA y las fantasías que este Servicio despierta en los niños (el hombre del saco, el coco, etc.) suponen un primer escollo para conseguir una mínima relación de confianza y colaboración. Cuando estas primeras ansiedades hacia el desconocido, el perseguidor, son muy intensas habrá que dar tiempo y espacio para rebajar estas ansiedades. El hecho de que haya una total ausencia de esta primera reacción defensiva de reserva-rechazo también nos dará datos. Otras veces los niños están adiestrados o instruidos por los padres o familiares respecto a la colaboración con el profesional, con el objetivo de no revelar información relevante y así evitar una posible propuesta de medida que comporte la separación.

En ocasiones, por más cuidado que se ponga en el desarrollo de una intervención de calidad regida por valores éticos aplicables a las organizaciones, a pesar de ello, la maquinaria burocrático-legislativo-administrativa hace que los resultados o efectos conseguidos disten mucho de ser los deseables:

En el caso de una adolescente cuya madre murió de cáncer de forma repentina, sin más familiares cercanos, con medida de Acogimiento Provisional en familia Ajena (padres de la amiga del colegio con quien compartían vivienda hacía tiempo), la chica necesitaba la Autorización del padre (residente en Méjico) para conseguir el Pasaporte para realizar el viaje de fin de curso. Llamamos al padre y le enviamos un correo. También llamamos a otra familiar para que se lo pidiera al padre. Ni el padre respondió para realizar dicho documento ni la Administración Protectora responsable de la chica tampoco pudo conseguir resolver dicho trámite. Además del malestar por la pérdida reciente de su madre, la chica escuchaba con resignación los argumentos burocráticos de los diferentes lugares que la impedían realizar dicho viaje de fin de curso, con la consecuente respuesta de frustración y desaliento.

Cabe tener en cuenta el efecto y la vivencia de los niños que tienen medidas de protección. A menudo lo viven como un estigma que los diferencia del resto de niños y que les condiciona su día a día. Pueden condensar en esta situación gran parte de sus frustraciones y malestares y hay que conducirse con prudencia y atención a sus planteamientos. Por eso, verlos en espacios que no perturben su escolaridad u otras actividades importantes puede ser decisivo.

EL LUGAR DEL/LA PROFESIONAL EN LA INTERVENCIÓN:

Este lugar puede ser variado en función de diferentes factores personales, formativos, experienciales, etc...además de la identidad profesional de la propia disciplina y de la función que se desarrolla como referente-coreferente del caso. Con esto nos referimos a la función que desarrollamos en la conducción-intervención del caso, para la cual además de la función protectora que nos identifica también tendremos en cuenta el lugar simbólico que nos otorga el niño/a y su familia. Con esto nos referimos a las imágenes parentales que los chicos/as pueden proyectarnos, confundiéndonos y otorgándonos roles que no tenemos o simplemente magnificándolos (idealización). A su vez, en función de las imágenes que el profesional puede proyectar en el caso, éste puede intervenir de forma condicionada por los sentimientos que el caso le puede despertar[5].

El lugar o rol que el profesional del EAIA desarrolla en muchos casos es el ***lugar de "bisagra"***, aquello que permite el funcionamiento, aquello que da el juego para abrir y cerrar, un dinamismo. No deberíamos ser nada estáticos, nada rígidos. Tendríamos que estar siempre lubricados (formados, en permanente revisión) para poder ejercer bien nuestra función. "Bisagra" porque establecemos relaciones entre diferentes elementos, personas, profesionales, servicios, porque articulamos un complicado mecanismo que a la vez ejerce siempre un antagonismo entre dos polos opuestos: el cerrado y el abierto, a modo

5. Concepto de Transferencia-Contratransferencia en psicoanálisis

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

de dilema ético entre una acción de propuesta de medida y su inhibición, siendo una la negación de la otra en una proporción inversa, buscando siempre la opción más favorable o menos dañina. Proteger es evitar que una persona o cosa sufra un daño, pero ese daño es importante saber quién lo produce, por eso hay que ser capaz de no perpetuar juicios caducos acerca del enemigo o la fuente del daño. También podemos ser nosotros, nuestra institución[6]. Por ello el profesional del EAIA requiere unas capacidades de soporte a las presiones y resistencia a las diferentes fuerzas (tanto de los usuarios como de profesionales, servicios y de la propia institución, pero también a las fuerzas internas que nos movilizan en una dirección u otra) para poder desarrollar su conocimiento pertinente a su disciplina con suficiente calidad. La calidad es una condición que parte del saber hacer del profesional, de aquél que pone los límites necesarios en su tarea para ejercer una acción profesional con garantías de un ejercicio respetuoso con el Código Deontológico de su disciplina. Este ejercicio de los límites en la tarea del profesional contribuye de forma significativa a la mejor interconexión en el trabajo de equipo y la distribución de tareas.

Así pues, para desarrollar el rol y las competencias necesarias con unos mínimos de calidad asistencial habrá que considerar unas ***habilidades / capacidades del profesional:***

- Empatía, Flexibilidad y aceptación de la diversidad
- Capacidad de observación/revaloración de datos
- Responsabilidad, reconocimiento de error, revisión de las propias valoraciones
- Resistencia a la presión- capacidad de tolerancia a la frustración
- Capacidad de prevención y protección ante la violencia del usuario
- Capacidad de organización: distinción entre lo urgente-importante
- Trabajo de equipo y cooperación- -capacidad de iniciativa/innovación
- Capacidad de negociación-resolución de problemas y conflictos
- Capacidad de intervención y contención en situaciones de crisis y traumáticas

Además de las habilidades citadas del profesional, nos encontramos con relativa frecuencia unas dificultades y situaciones que se repiten en el trabajo cotidiano del EAIA. Una forma de aportar mi visión acerca de lo relevante a trabajar y tener en cuenta en estas situaciones me lleva a agruparlas del siguiente modo:

EL TRABAJO SOBRE LOS ORÍGENES Y LOS PADRES Y MADRES AUSENTES

Es muy frecuente en los casos atendidos que las familias supriman la historia de los orígenes total o parcialmente, o de forma exclusiva determinados datos que quedan ocultos en la historia consciente pero que, a menudo, son caldo de cultivo para síntomas o malestares varios.

Muchos niños que han crecido sin padre tienen una versión pobre y poco ajustada respecto a su paternidad. A menudo, en la transmisión se refleja el dolor de la madre por el abandono y el niño queda fuertemente identificado a su madre. En otras

6. Véase el concepto de Maltrato Institucional, del cual el EAIA también tiene el encargo de proteger

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

ocasiones, el abandono fue más o menos (inconscientemente) provocado por la madre. La fantasía y el temor que a menudo subyace en estas madres es que el reconocimiento de la paternidad y que su desvelamiento producirá el robo o la separación de su hijo. Es por ello que este aferramiento de carácter apropiatorio con el hijo cabe considerarlo un indicador importante a trabajar. Cuando los niños no preguntan y se conforman con la poca o nula información recibida, cabe también considerarlo un importante indicador de riesgo psicológico.

Algunos adultos que se han criado sin padre pueden racionalizar que como no lo han tenido tampoco lo encontraron a faltar. Eso no deja de ser parcialmente falso/verdadero. Sentirse abandonado no es lo mismo que ser abandonado, igual que se puede estar solo sin sentirse solo. La cuestión no es que el niño se sienta abandonado o no por su padre, sino que tenga acceso a hablar sobre su situación de criarse sin padre en la medida que lo necesite. Así no tendrá que justificar su no necesidad y podrá expresar abiertamente tanto su necesidad como su no necesidad de padre.

Para eso será necesario ir introduciendo interrogantes sobre esta cuestión en la madre o figura de crianza principal y conteniendo sus miedos y expectativas respecto a la posibilidad de nombrar esa persona padre a su hijo e ir valorando qué reacciones le despiertan. A veces, en vez de los padres, esto hay que realizarlo con los educadores o los acogedores responsables de la crianza de ese niño/a.

Permitiendo acercarse a una imagen de padre más realista, ello contribuye a despertar el interés del niño/a y a rebajar los miedos de la madre.

A veces, se trata de vínculos frágiles entre padre/madre e hijo/a, en los que ni uno ni otro han cuestionado la relación por el temor a la pérdida, no se formulan preguntas, no se va más allá para no herir o por miedo al rechazo. Saber cómo ayudar y favorecer la autenticidad y el vínculo, tanto sea para fortalecerlo como para ponerlo en crisis ayudará al desarrollo del chico/a:

En un caso de un chico adolescente hijo único que se crio sólo con su madre, éste había conocido al padre a los 6 años después de preguntarle a la madre por él. Desde entonces mantiene relación periódica con el padre, se ven en un bar, un parque o por la calle. El padre está al caso de su evolución y tiene un rol de padre, pero de forma plenamente separada de su familia. El padre está casado y tiene otros hijos mayores de su matrimonio. Su hijo jamás ha ido a su casa ni conoce a su mujer. El chico tampoco lleva los apellidos de su padre y existe un claro rechazo del hijo mayor al menor.

Uno de los traumatismos más difíciles de elaborar es el abandono del padre o la madre, sobre todo cuando ha habido relación y vinculación previa y se puede hacer muy dificultoso intervenir de forma protectora y saludable en estas situaciones. Los niños/as pueden estar mostrando síntomas de su malestar, pero los familiares responsables fácilmente pueden minimizar la importancia de este abandono y a la vez contribuir de forma más o menos inconsciente a su ocultamiento:

En un caso de Acogimiento Familiar de 5 hermanos por parte de sus abuelos maternos, la madre los abandonó definitivamente después de un periodo en que se trabajaba con ella para el retorno de sus hijos. El hijo mayor había mostraba rechazo y mucho resentimiento con la madre y no quería asistir a las visitas con ella. Cuando la madre desapareció el hijo mayor nos reprochó que él ya sabía que la madre no iba a hacer nada por ellos y que no los quería. En otra ocasión en el domicilio en que preguntamos por la madre, el chico mostró muy afectado todo su enojo y enfado por preguntar por ella. La hermana que le seguía, en las visitas y otras ocasiones podía también mostrar su afectación, lloraba, pero no podía articular palabra. Los demás hermanos no expresaban nada. En este caso se consideró el trabajar con los abuelos sus capacidades de contención emocional y que pudieran hablar con los nietos sobre el abandono.

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

Para estos casos el concepto de duelo normal/patológico[7] es fundamental para ejercer una acción encaminada hacia la mejora y el cuidado del desarrollo psicológico de estos niños/as.

En los casos de adopciones fracasadas, a menudo se observa un déficit en cuanto al conocimiento de los orígenes y la integración de dichos orígenes en la familia adoptiva.

Para el psicoanálisis, lo no hablado hace síntoma, las figuras perdidas son fantasmas que conviene exorcizar. Si en la intervención con estas familias tenemos presentes estos fantasmas será más fácil conseguir una intervención integradora.

En general se trataría de darle un lugar adecuado a ese padre/madre abandónico y trabajar desde lo posible. En muchos casos, cuando el padre/madre no hace seguimiento en el EAIA, sea por los motivos que sean, pareciera que esa persona ya no ejerce influencia en el caso y casi nunca es así. A menudo, después de mucho tiempo, esa persona hace aparición, hace demanda. Aunque no siempre pueda sostener su demanda será importante considerarla y valorar las posibilidades de visitas, etc...

El TRABAJO CON LA VERDAD Y LA MENTIRA

Es muy frecuente, en situaciones de padres o madres ingresados en prisión, ya sea por causas de delitos relacionados con la toxicomanía u otras, que los familiares acogedores pretendan proteger al niño/a ocultándole la realidad. A menudo les dicen que el padre/madre está trabajando fuera, o que ha tenido que marchar a otro país. Como Laura Gutman nos planteamos si es conveniente decirles a los niños la verdad[8].

Las motivaciones de los adultos sólo mantienen un objetivo protector, quieren ahorrarle al niño el sufrimiento, sintiendo que la verdad es un contenido traumatizante. Una mirada más profunda nos permite atisbar los signos de la negación e incluso, a veces, de la supresión, como contenidos de la novela familiar que circulan, pero en un ámbito oculto, inconsciente, generador de malos entendidos y de misterios innecesarios.

En el caso de un niño de 6 años acogido por sus abuelos maternos, en la sesión de exploración el niño reproducía un juego de comida de forma repetida. Al ser preguntado el niño dijo que su padre era cocinero y que estaba trabajando. Al niño ya lo habían llevado a tener visitas con su padre en la prisión, pero el mismo padre le había dicho que se tenía que quedar ahí trabajando de cocinero. La cocina era una afición del padre, pero nunca había sido un empleo. Después de tratar con el padre sus dificultades y miedos pudo explicarle al niño la realidad.

En más de una ocasión, observamos cómo las familias bajan la voz o nos hacen muecas para que los niños no oigan aquello que nos dicen. Eso nos da pistas de la idea que tienen estas familias respecto a la capacidad de escucha y discernimiento del niño. Es una creencia muy extendida aún la de que los niños no se enteran, no comprenden, creencia que provoca un efecto de profecía autocumplida, ya que genera situaciones de experiencias disonantes, confusas en las que no se puede comprender.

En el caso de una niña latente de padres separados, el padre ingresado en prisión, pidió asesoramiento acerca de cómo decirle a su hija el motivo de su situación de encarcelamiento. El padre vivía con mucha culpa su situación y la futura revelación a su hija sobre los motivos de encarcelamiento era un motivo de angustia y lo vivía como la constatación de un fracaso parental, una decepción proyectada en su hija, confirmación de su complejo inconsciente.

7. Tizon, J.L. (2013) Pérdida, pena, duelo. Vivencia, investigación y asistencia. Barcelona: Herder.
8. Laura Gutman. El derecho de los niños a saber la verdad

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

Todas estas situaciones anómalas o indigestas pueden ser canalizadas, aliviadas, si se tiene tiempo y entendimiento para tratarlas adecuadamente, permitiendo la expresión de la angustia que estas generan, y, sobre todo, previniendo que contra la ocultación no opongan una revelación cruda y abrupta de la realidad, sin matices ni lenguaje apropiado a la edad del niño. Este es otro riesgo importante a cuidar para el bienestar emocional del niño/a en evolución.

En definitiva, el niño tiene derecho a ser informado de forma adecuada a su edad y situación.

LAS MANIFESTACIONES DE MALOSTRATO: REALIDAD O FANTASIA

En los contextos de protección a la infancia, existe una máxima que a veces no se cumple, por la cual se considera que, en general, las manifestaciones de maltrato, abuso sexual de los niños, acostumbran a ser verídicas. También, muchas veces, se considera que, ante la duda, cabe ejercer una acción protectora para, posteriormente, estudiar la situación con detenimiento, pero sin riesgo para el menor.

Hablamos de manifestaciones de niños pequeños respecto a fantasías edípicas, generalmente sobrealimentadas por un entorno familiar proclive al conflicto y, por tanto, que sobreexcita inconscientemente al niño, dificultando su proceso evolutivo de sepultamiento de las pulsiones edípicas. El problema ético se nos presenta cuando desde los servicios y demás estamentos oficiales no se puede llegar a resolver esta situación y, de alguna forma, se contribuye a perpetuarla o acrecentarla al no poder señalar, diagnosticar, marcar y poner palabras que recoloquen y den sentido a situaciones enloquecedoras, en las que fantasía y realidad no pueden distinguirse.

Es el caso de una niña de unos 6 años cuyos padres se separaron de forma conflictiva y en el que la Fiscalía de Menores solicita la intervención de DGAIA y nos llega al EAIA la documentación del caso en la que, además de la situación de conflicto parental, la madre manifiesta que su hija le ha dicho que "el padre tiene una pistola y que va a matar a su madre". La primera lectura de la documentación pone los pelos de punta y hace vislumbrar una presunta situación de violencia de género.

En la entrevista con el psicólogo, la niña, de aspecto regordeta, simpática y dicharachera, muestra una abundante capacidad de fantasía y juego, con un cierto tono de inquietud. Al preguntarle por sus manifestaciones respecto a la pistola y el matar a su madre, después de las iniciales respuestas desviadas y vagas, la niña responde: "no fue el papa quien lo dijo, lo pensé yo" y al preguntarle cómo fue que pensó eso responde: "es que como los papas se peleaban tanto, por eso lo dije..." (todo ello en un clima afectivo jocoso y burlón) En esta respuesta se hace evidente que un componente interno tiene que haber actuado para llevar a cabo esta expresión, ya que, por más peleas o conflictos entre los padres la niña no muestra ninguna angustia, más bien excitabilidad. Es el deseo edípico de matar a la madre y quedarse con el padre.

Dilucidar este aspecto interno de la hija a la madre ayudó a trabajar con ella sus dificultades en interpretar los mensajes que la niña le daba, mensajes de alarma que tienen la función de llamar la atención para calmar la angustia de separación de la madre, aspecto frecuente en hijos de padres separados.

La comprensión de estos contenidos y su recolocación permitieron desenredar el entramado jurídico administrativo creado y reducir la alarma social, desactivando la posible iatrogenia y los costes innecesarios.

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

En otro caso de un niño adolescente originario de Ecuador que convivía con la tía materna, habiéndose fugado de su casa en reiteradas ocasiones por supuestos malos tratos, el chico relató cómo su madre le pegaba con tal escenificación de sufrimiento y capacidad de convicción que los profesionales nos vimos llevados a proponer su protección Administrativa. Posteriormente se valoró que se trataba de una acción manipuladora del chico movido por sentimientos de rencor hacia la madre que lo dejó en su país durante varios años al cuidado de esta tía en un entorno familiar muy conflictuado.

En el caso de una niña púber en Seguimiento del EAIA, es hija única y ambos padres están en tratamiento del CAS por alcoholismo. Los padres tienen una relación de pareja aparentemente estable, pero se observa un conflicto no resuelto con la correspondiente disfunción en la parentalidad. Un día nos notifica el colegio que la niña le ha explicado a otro niño de su clase que ella quedó embarazada de su padre pero que el niño lo perdió. En este caso, cuando los padres se enteraron quedaron pasmados. Las fantasías edípicas de su hija reflejaban un claro malestar que no había podido expresarse. La niña fue derivada a tratamiento. De no conocerse bien el caso hubiera podido sospecharse abuso sexual.

TRABAJAR LAS DERIVACIONES

A veces se cae demasiado rápido, movidos por un exceso de protección, en derivar sea al niño/a o los padres, o la familia a otros servicios de tratamiento. Para poder instalarse un "setting" de trabajo adecuado en otro servicio se hace necesario trabajar la motivación del paciente y, por tanto, será pertinente trabajar en el contexto de EAIA desde una función de ayuda/control. A menudo quienes mejor conocen la situación del niño somos los profesionales del EAIA y la pronta derivación puede ser vivida como una expulsión o simplemente no canalizarse adecuadamente. La repetición y confianza de vivencias traumáticas a otro servicio requiere tiempo. En ocasiones es menos costoso trabajar algunos contenidos en nuestro contexto para poder producir algún cambio o para trabajar la necesidad y/o conciencia de dificultad y asegurarnos bien de la colaboración del paciente en el nuevo servicio[9].

Así pues, cabe considerar las entrevistas psicológicas en el contexto del EAIA para casos y situaciones determinadas. En este sentido, las recomendaciones sobre la continuidad de cuidados entre los diferentes servicios (Leal i Escudero 2006) están en la base de esta propuesta de intervención.

EL TRABAJO DE COORDINACIÓN CON LOS PROFESIONALES Y SERVICIOS

Esta es una parte importante del trabajo del EAIA, en el cual, a menudo nos depositan expectativas elevadas de resolución de los casos. Además de situarnos en un contexto de colaboración con estos profesionales y servicios se requiere casi permanentemente una dedicación atenta a esta labor para conseguir una acción auténticamente eficiente. Es fácilmente constatable como en la puesta en común de los casos conjuntos, a menudo se reproduce el conflicto familiar en la coordinación y los servicios exponen sus posturas enfrentadas. Cabría suponer a la red la capacidad de contención y reflexión que las familias no encuentran, pero la práctica a menudo nos desdice esta suposición. ¿Es posible reflexionar acerca de este hecho? No es casual que en el ámbito de los servicios de protección se den a menudo movimientos de desacreditación-rivalidades-ataques a profesionales.

9. Pinillos Dolader, Mª C y Socoró Carrié, M.. (2014) Especificitat de la funció del psicóleg a la práctica d'intervenció dels EAIAs. Ponencia a la 2ª Jornada dels EAIA de Catalunya organitzada per ASPEAIA.

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

Todo ello forma parte de la patología institucional que se desencadena en un ámbito en donde la disfunción produce rigidificación, enquistamiento de posicionamientos con adhesiones y detractores. Como comenta Rafael Delgado en su artículo sobre la aplicación del pensamiento bioniano en la protección de menores (Delgado Campos, 2014, pág.15):

> En un ámbito como el de la protección de menores, en el que convergen diferentes recursos institucionales psicosociales, educativos y sanitarios, resulta también de aplicabilidad una función alfa (Bion, 1962) en las relaciones profesionales entre los mismos concretada en actitudes y acciones tendentes a ofrecer una función continente que posibilite un funcionamiento contenido en relación con las situaciones de desprotección a examinar que sustente " la pérdida de la omnipotencia y el contacto compartido con la realidad" (Dorado de Lisondo, 2009) y que prevenga del riesgo de puestas en acto provenientes de la presión originada por un tráfico de proyecciones no reconocido. Dichas actitudes y acciones cobran sentido en los espacios compartidos en los que se pone en común la información relativa a las situaciones de riesgo existentes en menores y se toman acuerdos en relación a las mismas como los Equipos de Trabajo de Menores y Familia existentes en los diferentes distritos del Ayuntamiento de Madrid, y en las Comisiones de Apoyo Familiar en que las situaciones a examinar se concretan en desprotección infantil constitutivas de posible desamparo o de medida judicial aplicables a menores. Igualmente adquiere sentido la utilización de una actitud encuadrable en dicha función continente en las relaciones de los recursos intervinientes en el sistema de protección de menores como los Centros de Atención a la Infancia del Ayuntamiento de Madrid con los Órganos Judiciales en supuestos en los que debe de realizarse una actividad de hacerse cargo de una realidad asimilable a elementos beta por ser una realidad "en bruto" (Bion, 1963) proveniente de la aplicación estricta, en ocasiones, de la letra de la ley, llevar a cabo una labor de metabolización(Bion, 1963) y modulación de la misma y devolverla en forma de realidad más asimilable a elementos alfa (Bion, 1963) en la que puedan pensarse las exactas consecuencias de algunos pronunciamientos en resoluciones judiciales para el equilibrio y desarrollo emocional de los menores.

En el trabajo con los educadores y responsables de niños acogidos en CRAES, a menudo conviene tratar el malestar que estos transmiten respecto a las dificultades que tienen con los niños o sus familias. Escuchando estas dificultades se repite un discurso eminentemente educativo que resalta la conducta por encima de las necesidades psicológicas del niño. Pareciera que, desde el CRAE, el guardador responsable establece una especie de código por el cual cada situación requiere un tipo de respuesta, independientemente de las circunstancias (aplicación de la normativa). Poder contrarrestar el discurso educativo con otro discurso que permita preguntarse sobre el comportamiento o demandas del chico más allá de la conducta permitirá integrar otros aspectos.

En el caso de un chico adolescente adoptado a los 3 años originario de Rusia cuyos padres pedían insistentemente el ingreso de su hijo debido a su comportamiento inadaptado (fugas de casa, había denunciado al padre de maltrato físico inducido por otro joven, con seguimiento en salud mental). Había mucha tensión entre los padres y el hijo, no se entendían, la madre había llegado a verbalizar un claro rechazo en momentos de desbordamiento. Cuando después de un mes de su ingreso en CRAE la madre de forma repentina sufre un ataque al corazón, el Centro exige que el padre no esté presente cuando el niño vaya a la UCI donde está ingresada la madre y pide que el EAIA trabaje esta condición con el padre. La falta de visión del centro de las ansiedades y del sufrimiento familiar y del chico en estos momentos, poniendo por delante una supuesta protección en un contexto donde la protección pasa por la contención emocional y por la conexión con las emociones de pérdida y con la familia, hacían desistir la petición del centro.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bion, W. (2003). Aprendiendo de la experiencia. Barcelona: Paidos Ibérica (Orig. 1962).

Comellas, Mª C. (1996). Famílias multiproblemáticas. La paradoja de la sociedad del bienestar. Educación social: Revista de intervención socioeducativa, 2(4), 72-94.

Delgado Campos, R.(2014). La aplicación de algunos planteamientos de W.R.Bion en el sistema de proteccion de menores. Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del niño y el adolescente, 2(58), 9-16.

Doltó, F. (1994). La causa de los niños. Barcelona: Paidos Iberica (Orig. 1985).

Esquirol Calaf, J. M. (2015). La resistencia íntima. Ensayo de una filosofía de la proximidad. Barcelona: El Acantilado.

Gutman, L. (2017). El derecho de los niños a saber la verdad. Recuperado el 29 de septiembre de 2017, de http://www.laura-gutman.com.

Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A. (2006). La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: Asociación Española Neuropsiquiatría.

Pinillos Dolader, Mª C. y Socoró Carrié, M. (2014.) Especificitat de la funció del psicòleg a la pràctica d'intervenció dels EAIA. En T. Planas (Presidenta) 2ª Jornada dels EAIA de Catalunya organitzada per ASPEAIA. Barcelona

Socoró Carrié, M. (1996) L'atenció a la Infància i adolescència: consideracions teòrico-tècniques. Revista de Treball social, 144, 101-110.

Tizón Garcia, J. L. (2013). Pérdida, pena, duelo. Vivencia, investigación y asistencia. Barcelona: Herder (Orig.2004).

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

INCIDENCIA DE LOS FACTORES SOCIO-FAMILIARES EN LA PSICOPATOLOGÍA DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL DE DÍA*

INCIDENCE OF SOCIO-FAMILY FACTORS IN THE PSYCHOPATHOLOGY OF ADOLESCENTS ATTENDED AT THE DAY CARE HOSPITAL

*Daniel Cruz-Martínez**, Gloria Trafach-Ricart*** y Jaume Claret-Rovira*****

RESUMEN

Los determinantes socio-familiares tienen una especial incidencia en la psicopatología de los adolescentes. A menudo se expresa a través de trastornos del comportamiento que generan dificultades en sus relaciones y en su abordaje terapéutico. La comprensión de estos procesos es fundamental para dirigir su tratamiento. El Hospital de Día puede devenir así el dispositivo adecuado para permitir retomar la evolución de estas adolescencias.

Palabras claves: Aspectos socio-familiares, Crisis de Adolescencia, Trastornos de Conducta, Hospital de Día de Adolescentes.

ABSTRACT

Social and family determinants have an influence on the adolescents psychopatology. This is often expressed in behavioral disorders, that creates difficulties in personal relationships and in treatments. Understanding of these processes is fundamental to the treatment. The day hospital could be the appropriate setting for adolescents to continue their development.

Key words: Social and family determinants, adolescent crisis, behavior disorders, day hospital for adolescents

INAUGURACIÓN MESA. Daniel Cruz

SEPYPNA impulsa un grupo de trabajo para recoger y profundizar cuestiones relacionadas con los hospitales de día y otros recursos de tratamiento intensivo donde se aplican los principios de la psicoterapia institucional. Este taller reflexiona sobre la

---

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psicólogo clínico. Coordinador del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil y del Hospital de Día de Adolescentes de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu. Miembro de la junta directiva de SEPYPNA. *dcruz@sjdhospitalbarcelona.org*

*** Psicóloga Clínica. Coordinadora del Hospital de Día de Adolescentes de Girona, Institut d'Assistència Sanitària.

**** Psiquiatra y psicoanalista. Director Médico de la Fundación Hospital de Día de Nou Barris, Barcelona.

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

incidencia de los factores socio-familiares en la psicopatología. Es un tema amplio con repercusión directa en la práctica asistencial, ligado estrechamente a la problemática de los trastornos de conducta, que generan situaciones de alarma y dificultades en su abordaje. Pueden destacarse algunos puntos de reflexión:

1- El impacto de las desigualdades sociales en la salud mental. El Observatorio sobre los efectos de la crisis económica en la salud de la población en Cataluña ha puesto en evidencia que el empeoramiento de los indicadores sociales y económicos tiene un efecto negativo sobre la salud, y de forma especialmente relevante, sobre la salud mental. Este impacto es aún mayor en los colectivos en situación de vulnerabilidad, como es el caso de la infancia y la adolescencia.

2- Las fragilidades que se encuentran en el entorno de muchos adolescentes, tanto a nivel familiar como social. Intervienen aquí numerosos factores, como la repercusión de crianzas con aspectos precarios, situaciones familiares poco contenedoras o estructurantes, los usos inadecuados de las nuevas tecnologías, el consumo de sustancias y las dificultades escolares de todo tipo.

3- La cuestión de los trastornos de conducta. Son cuadros muy heterogéneos que no corresponden a una entidad psicopatológica definida; más bien son testimonio de funcionamientos mentales con poca capacidad de elaboración o de contención, con falta de diferenciación psíquica y de ideales estructurantes en su organización de personalidad. Es preocupante cuando esta falta de contención se extiende a la red asistencial. Se exigen respuestas rápidas y superficiales y se corre el riesgo de caer, bien en actitudes expulsivas, o bien en psiquiatrizar aspectos sociales. Cabe, pues, plantearse cómo entendemos el trabajo interdisciplinar y el trabajo en red, y centrarnos en cuáles son las necesidades del paciente y de su entorno que requieren una respuesta asistencial acorde a estas necesidades.

4- La necesidad de la creación de recursos intermedios, como hospitales de día y unidades mixtas entre educación y salud mental, de atención domiciliaria y de intervenciones en la comunidad. Se trata de ir al encuentro de estos adolescentes que no están en condiciones de pedir ayuda por sí mismos y de articular respuestas en su entorno más inmediato.

LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN EL HOSPITAL DE DIA DE ADOLESCENTES: UNA EXPERIENCIA RELACIONAL-TERAPÉUTICA. Glòria Trafach

Adolescencia y sociedad. Los Trastornos de Conducta

Si hacemos una reflexión sobre nuestra sociedad actual, destacaría en ella la intolerancia al malestar, la frustración y el esfuerzo que cada vez más la caracteriza. Una sociedad con grandes contradicciones y en la que es cada vez más frecuente la patología del acto, especialmente en jóvenes adolescentes.

Si consideramos la adolescencia como un período de transición entre la infancia y la vida adulta, estamos considerándola como un período de cambio, de inestabilidad, etapa que exige una reorganización del mundo interno y también un cambio relacional con el mundo externo.

De todos es sabido que el proceso adolescente se inicia a partir de la confluencia de diversos factores: factores biológicos, factores sociales y factores psicológicos que conllevan la integración de las etapas anteriores (latente e infantil), así como los diferentes duelos que el adolescente necesita hacer a lo largo de este proceso.

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

En definitiva, un YO que cambia, un cuerpo que cambia, unas relaciones sociales que cambian con todo lo que conlleva renunciar a la etapa infantil, por lo que a menudo la búsqueda de una identidad se manifiesta con mecanismos defensivos externalizantes en conductas basadas en la omnipotencia, la negación, la idealización y la disociación.

Los Trastornos de conducta hacen referencia a toda conducta patológica que presenta el individuo, inadecuada en relación con el entorno. Sin embargo, pensar que el problema se reduce simplemente a su comportamiento, o dicho de otra manera, a si el joven se porta bien o mal, es la ceguera de quien no quiere ver.

Transgredir leyes, normas sociales, a menudo tiene que ver con motivos/causas a desenmascarar y donde el peso histórico-evolutivo es determinante.

Además., a menudo el adolescente con Trastorno de Conducta se encuentra en una especie de compulsión a la repetición de sus actos que le dan cierta identidad , y de la cual no puede desprenderse, aunque le impida seguir con normalidad su vida cotidiana.

Se trata de jóvenes que han sufrido adversidades a lo largo de su vida, especialmente experiencias relacionales traumáticas a lo largo de su infancia afectando:

a) La organización de su sistema emocional, presentando déficits en su capacidad de modular, regular emociones, no pudiendo das sentido a su propia experiencia emocional ni a la de los demás.

b) Fracaso en el registro transicional

c) Dificultades en la elaboración de la posición depresiva y en soportar ansiedades de separación-individuación.

d) Fragilidad en los vínculos (a menudo con un apego desorganizado).

A menudo la fenomenología observada se encuentra con franca contradicción con lo subyacente, lo latente. En este sentido toda aproximación a las necesidades emocionales es experimentada como amenazadora, rompiendo su frágil equilibrio, mostrándose intolerantes a la dependencia y a la gran necesidad de afecto, por la falta de confianza en el entorno y en las relaciones humanas. Desde el entorno del joven con TC y con demasiada frecuencia se nos pide atender las partes visibles del problema, persiguiendo reducir su frecuencia e intensidad, conteniendo la crisis, apagando el "fuego" sintomático, teniéndonos que limitar a unos tiempos y lógicas difícilmente acotables si uno quiere ir más allá de atender estos síntomas "diana". Esto nos remitea la mirada clínica y de comprensión del problema.

El hospital de día. Una experiencia emocional correctora

El Hospital de Día (HD) para adolescentes es un recurso terapéutico de segundo nivel de la Red de Salud Mental. A nuestro entender ofrece un medio terapéutico estructurado y estructurante, donde los vínculos relacionales son nuestro instrumento terapéutico fundamental. El tratamiento pues se basa en la relación. La convivencia en grupo permite que se reactiven los patrones vinculares del joven. Se presenta como un entorno con funciones de "holding", convirtiéndose en un escenario vivencial psicodramático donde el adolescente repetirá en la relación muchas de las actitudes y conductas que suelen ser causa

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

y efecto de su problemática, relación que establece con sus iguales, con los adultos, con las normas, actividades. En este sentido, consideramos que la propia institución deviene terapéutica.

El HD representa un espacio transicional entre el chico/a, la familia y el entorno. El trabajo en red en estos casos es fundamental, y estar en la red no significa trabajar en red. Consideramos que es imprescindible desde el principio establecer una fórmula de trabajo transversal dentro y fuera del HD que implique a todos los agentes o profesionales que intervienen en el caso, como Educación o Servicios sociales, ofreciendo una base segura sobre la cual se perseguirá favorecer una capacidad mentalizadora, tanto del chico como de su familia. Para mostrar el trabajo que realizamos me referiré a un caso atendido desde nuestro dispositivo con el que podremos visualizar el papel que puede desempeñar en momentos determinantes del desarrollo psíquico de una red de cuidados y unos principios que se adapten y guíen la comprensión e intervención tanto del adolescente como de su entorno.

A propósito de un caso.

1.- El encuentro:

Óscar es un chico que conozco cuando tiene 14 años. De aspecto pueril, bajito, con gafas aniñado. De expresión chistosa, deja entrever desde el primer momento su tendencia omnipotente y seductora, transgresora hacia los adultos y las normas. Viene acompañado por su padre. Los objetivos de la derivación a nuestro dispositivo eran básicamente intensificar el tratamiento, efectuar un diagnóstico diferencial por las lógicas dudas que generan estos casos con este diagnóstico, y llevar a cabo un trabajo en red imprescindible para sostener al chico y a su frágil entorno familiar.

2.- Genograma y psicobiografia:

Los padres se separaron cuando O. tenía dos años. Actualmente el chico vive con su padre y abuela paterna, frecuentando el domicilio de la familia materna que vive en el mismo pueblo. Es una familia conocida por los servicios sociales municipales. La madre está atendida y seguida por estos servicios, desde hace años. 10 años más joven que el padre de O. es madre de otra niña de 5 años, fruto de una relación posterior. Actualmente tiene una pareja, un chico magrebí más joven que ella y con evidencias de dedicarse al tráfico de drogas. En el domicilio materno también convive un hermano de la madre, tío de O. con un problema de toxicomanía.

El padre se dedica a la albañilería y mantiene estable su trabajo. Refiere que la relación con O. es muy difícil y se muestra desbordado por los conflictos que el chico presenta últimamente: repetidas expulsiones del instituto, desafío del chico ante las normas o límites parentales. Se le ve un padre frágil y con muchas dificultades para manejar a su hijo.

Suele ir con un grupo de iguales de riesgo, algunos tontean con el consumo y suelen protagonizar algún acto predelictivo que hace que la autoridad los tenga identificados. Sin embargo, O. siempre se desmarca de los hechos, por lo que a veces sus colegas le llaman "gallina". A lo largo de los años ha ido adquiriendo una identidad de la cual no puede desprenderse y que lo convoca a la repetición de sus actos, *"Yo, la lío". C*uando le pregunto a qué se debe nuestro encuentro añade todo su historial reciente con cierto regocijo, dando la impresión de no seer un paciente fácil, aunque de aparente docilidad, que puede hacerse insoportable y en riesgo, también, de ser excluido de los servicios, de ser temido. A pesar de este desafío, también nos dice "*aquí*

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

me vais a ayudar". Recuerdo haber compartido con él mi incertidumbre, ante tal propósito, añadiendo que será mi intención ayudarle a sobrellevar el dolor y poder poner entender donde ahora hay incomprensión, encontrar respuestas a sus preguntas. La posición del terapeuta y por extensión de la red de cuidados es extremadamente delicada y puede colocar a menudo al paciente en la profecía autocumplida y en la actuación de contratransferencias hostiles y de rechazo.

Se trata de un chico en el que destacan alteraciones psicofuncionales en la primera infancia, coincidiendo con una depresión postparto materna. La separación de la pareja llega cuando O. apenas tenía 2 años. Su primera infancia estuvo marcada por interrupciones en el vínculo con la madre (se iba por unos días y estaba ausente varios meses), sostenido por los abuelos y el padre, aunque éste con un problema de OH que le alejaba a menudo de sus funciones parentales. A los 4 años se le diagnostica de TDAH, con dificultades de autorregulación emocional y gran inquietud. A los 6 años consultaron en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil por el TDAH, alteraciones del sueño, hiporexia y bajo rendimiento escolar con dificultades de aprendizaje. Coincide con la ruptura de la relación de pareja de la madre.

Aproximadamente a sus 9 años nace su hermana, fruto de la relación estable de la madre con Enric. Pero la relación acaba disolviéndose al año y medio de vida de la pequeña, obteniendo la custodia el padre. Esta situación coincide con el empeoramiento conductual de O., presenta ciertas conductas regresivas que el entorno interpreta como llamadas de atención y celos de su hermana. Se muestra agresivo contra la madre y reconoce vergüenza ante el alcoholismo paterno. Intolerante ante los límites y la frustración, a menudo eclosiona con actitudes heteroagresivas y mostrando su rabia, especialmente en el entorno familiar. Es en uno de estos escenarios de desorganización conductual que la madre llama a la ambulancia y acaba ingresando en la Unidad de Referencia de Psiquiatría Infantil. En aquel entonces tiene 11 años de edad.

El tránsito en la infancia y latencia fue frágil y un tanto precario, se le daba bien el fútbol, no tanto los aprendizajes y muy tempranamente ya adquirió el popular apodo de conductual, siendo temido y rechazado por los docentes. Todo su malestar aparece y muestra franca relación con los avatares familiares. Al iniciar el Instituto el trastorno de conducta ya está instaurado. Con 13 años el desbordamiento familiar se acrecienta, los reproches y acusaciones entre los progenitores aumentan, mostrando ambos una actitud rechazante hacia el hijo y es en verano de 2013 cuando vuelve a realizar un ingreso en una unidad de agudos para adolescentes. A nivel clínico-evolutivo no hay muestras de rasgos de personalidad de línea psicótica, y sí aparece de forma subclínica humor depresivo e ideación tanàtica de forma puntual lo que conduce a los profesionales a plantearse si se trata de un trastorno bipolar. Es en el contexto de este segundo ingreso que el chico puede verbalizar el malestar que le ocasionan los problemas personales de ambos padres, la inestabilidad de su madre y el problema de la bebida del padre, no reconocida pero sí muy evidente para O. cuando el padre, en dichas ocasiones se muestra violento hacia él. El ingreso favorecerá que se planteen cambios a nivel parental y que el chico vaya a vivir en casa del padre, junto con la abuela paterna. El padre acepta un tratamiento por su adicción, la madre en cambio mantiene su funcionamiento inestable e imprevisible fallando a menudo en sus funciones maternas. A pesar de ello, los problemas conductuales en el instituto , en el centro juvenil municipal, incluso en el fútbol no ceden y acaba abandonándolo todo. Es en este momento cuando se plantea HD.

El proceso de vinculación del chico al tratamiento favorecerá el establecimiento de las bases con las que realizaremos su acompañamiento. Entre los progenitores, aunque llevan años separados, es marcada la tensión y rencores que emergen del pasado, a menudo utilizando al hijo como moneda de cambio. O. es consciente de tal suceso, que le brinda a menudo manipular a los padres, en búsqueda de su beneficio inmediato. El padre se muestra muy crítico con la vida inestable que ha llevado

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

siempre la madre de O. Esta, a los pocos meses de haberlos conocido, anunciará su próxima maternidad fruto de su relación con la pareja actual. Será su tercer hijo. "S*i yo te contara…*", es la expresión que a menudo refiere O. aludiendo a su madre, cada vez más consciente de la realidad de ésta y de los riesgos y conductas a la que ha expuesto y expone a quien de ella depende.

3.- El apego y camino de descubrimiento:

Los encuentros individuales, a menudo fugaces, se articularán con los espacios de vida, creativos, del HD. También los espacios familiares, con los progenitores a solas, para conectar su propia historia, alternados con consultas terapéuticas en las que O. estará presente, facilitan la reconstrucción histórica del propio sujeto apuntalándose con la historia parental, a menudo desconocida por el joven. El trabajo con la familia está presente también en todo el proceso terapéutico del chico, focalizando el trabajo en aspectos de los progenitores que aparecen en su ejercicio de la parentalidad, aprovechando los escenarios narcisistas parentales que emergen, estimulando en estos padres su capacidad mentalizadora; son sujetos que a menudo han sido víctimas de una transmisión transgeneracional del trauma relacional convocándonos a su propia historia sin ser muy conscientes de ello. El padre es huérfano de padre desde los 5 años, cuenta con nostalgia su niñez con falta de un padre, y cómo de frágil se ve respecto a su hijo. La madre de O., una chica joven víctima de malostratos por parte de su padre, quedándose embarazada de O. con 17 años, intentando huir de su entorno familiar.

A lo largo del proceso terapéutico, O. vivirá momentos de máxima intensidad en el contexto familiar y utilizará el entorno del HD como plataforma y escenario de sus malestares .Vivirá una separación temporal de la familia, La Dirección General de Atencón a Ia Infancia valora retirar temporalmente la custodia de los padres, ante su impotencia e indefensión, ya que claudican por las dificultades de contener y convivir con el chico. Ello movilizará en el chico sentimientos depresivos intensos que podremos ir abordando.

Otra situación importante será la tercera maternidad de la madre, espera compartida por todos nosotros por la intensidad, malestar y preocupación con la que lo vivió el chico, en aquel momento ya separado de sus padres: "*no puede con dos y va y tiene el tercero",* me decía.

Su estancia en el centro tutelar de menores favorece que O. pueda vivir en un medio seguro, estructurante, con vínculos sanos que le ayudarán en el proceso de elaboración y mentalización de su propia historia y la de sus padres. Seguiremos con el trabajo terapéutico iniciado, tanto con el chico como con su familia.

El padre continuará vinculado a nosotros, la madre en cambio, huye por un tiempo de los servicios sociales que hacen seguimiento por su reciente nueva maternidad. O. puede tomar distancia y entender que no podrá contar con ella tanto como con su padre. El descubrimiento o toma de conciencia por parte del chico del "fracaso" de la generación anterior y la desmitificación del adulto provoca un duelo difícil de elaborar. Como dice José Leal, en muchos adolescentes esa percepción del fracaso es especialmente intensa, su duelo redoblado, su elaboración aminorada y la tensión en el vínculo más alta de lo deseable. Entendemos el papel del HD, y extensivamente el del trabajo en red que se desarrolló, como una clave para sostener y acompañar al chico y a su familia en estos momentos determinantes para su futuro.

Utilizamos distintos espacios, como talleres o grupos, para favorecer la emergencia y expresión del malestar y de situaciones conflictivas en el orden interpersonal que suelen presentarse a diario. La incapacidad de poder nombrar, poner palabras a qué le ocurre, de hacerse preguntas, permitirá que en algunos talleres pueda crear, canalizar y proyectar aspectos de su mundo

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

interno y que no son vividos tan amenazantes como cuando emergen en el setting de una terapia. Es por ello que el éxito de vínculo con estos chicos pasa por adaptarnos y adoptar maneras que nos permitan conectar y vincularnos a ellos. El equipo interdisciplinar, es fundamental a la hora de gestionar estas situaciones de crisis características de estos chicos, intolerantes a la frustración y a los límites. De estos momentos dependerá que el chico pueda vincularse o no al recurso. Las crisis aparecen como una oportunidad, ofreciéndoles escenarios relacionales emocionalmente correctores, inseparables de reabrir elementos de su pasado, ayudándolo a preguntarse, a encontrar un porqué en su hacer, en su actitud ante la vida, con la finalidad de construir un relato, una narrativa de sí mismo. Esto ocurrirá siempre y cuando en otros momentos el joven se haya sentido validado por nosotros, evidenciando y potenciando sus aspectos sanos, a menudo ocultos, infravalorados o simplemente desconocidos por el propio joven. Yo siempre le decía que era *"un rebelde con causa".*

Lejos de poder utilizar la palabra con estos chicos, nos remitimos a su capacidad creativa, dando forma a sus ansiedades, que a menudo preceden a la capacidad de comprensión y elaboración de su conflictiva interna. Un día salió enfadado de la visita y se fue a manipular plastilina, primero utilizándola de proyectil contra la pared, al rato hizo dos personajes, que representaban a sus padres… para abandonar de inmediato el hospital. Por tanto, estos contextos creativos funcionan como un espacio transicional entre el dentro y fuera del joven. Por otro lado, establecer un vínculo con él fue posible debatiendo sobre temas como el fútbol, y más adelante sobre su afición por la música. Me interesé y descubrí el contenido profundo de las letras de las canciones de sus cantantes preferidos. Solíamos escuchar canciones que él me proponía:

"Ayer. El niño que fui" (Arce):

Cansado de la vida viviendo de luto

Joder si yo iba para delantero nato

Dejé de meter goles, preferí cerveza

Mucha inteligencia y poquita cabeza

Dejé el fútbol porque me daba hasta pereza

A tomar por culo, se ha ido la promesa

Quemé tanto mi vida que ya no tengo gas

Ya no quiero ser el niño que fui

Era un caniche que se volvió perro presa

Me creía el jefe y era gilipollas

"Ojalá" (Beret):

Nadie te enseña a ser fuerte pero te obligan
Nunca nadie quiso un débil para confiar
Nadie te enseña los pasos en un mundo
que te obliga cada día a levantarte y caminar.

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

Dónde fuiste tan feliz siempre regresarás,
aunque confundas dolor con la felicidad
Y ya no seas ni tú mismo pero pienses en ti mismo,
y eso matará

Y ojalá nunca te abracen por última vez
Hay tantos con quién estar pero no quién ser
Tan solo somos caminos que suelen torcer
Miles de complejos sueltos que debemos de vencer

El equipo que cuida y acompaña

Con esta diversidad de escenarios que ofrece el HD, el trabajo en equipo es determinante para la comprensión del malestar psíquico del joven y a partir de ahí el trabajo de acompañamiento y sostén terapéutico. Este principio nos lleva a reflexionar sobre qué elementos son indispensables en la labor terapéutica que se desprende desde un HD. Todo el equipo necesita llegar a un esquema referencial común de trabajo que surge de la experiencia compartida a diario y que se construye a partir de las reuniones de síntesis y de supervisión diaria de los casos. Poder analizar, reflexionar conjuntamente todo lo que se juega en la relación con estos jóvenes, a la vez la observación de sus patrones relacionales desplegados a diario con sus iguales, analizando los aspectos transferenciales y contratransferenciales con el fin de que nos ayude a contruir una mirada, un relato común sobre la historia de joven. Por ello será importante mantener una mirada y una escucha con un doble foco en los aspectos íntimos e internos y su traslación al mundo externo. Esto será posible siempre que podamos mantener una distancia "suficientemente buena". El trabajo terapéutico se balanceará en distintos ejes dicotómicos o aparentemente contrapuestos, estos ejes vendrían a suponer:

- Trabajar sobre la dependencia para favorecer su proceso de autonomía
- Favorecer la vinculación para poder luego trabajar la desvinculación del proceso terapéutico, entendiendo este momento como la oportunidad para abordar los duelos y experimentar la distancia emocional
- Favorecer la comprensión de la crisis, como oportunidad para trabajar y estimular la contención y autogestión de sus emociones
- Finalmente un trabajo transversal entre fuera-dentro: Tanto a nivel del propio sujeto, como con la familia y la red o entorno comunitario del joven.

El trabajo en red será imprescindible en todo el proceso pasa asegurar la continuidad de curas asistenciales, de acompañamiento, en la justa medida que necesita el joven en cada momento, intentando que en su camino hacia al mundo adulto pueda ver una luz, un horizonte, no sin antes haberse dejado acompañar en este proceso de fortalecimiento yoico.

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

DE LA PARANOIA FISIOLÓGICA DEL ADOLESCENTE Y OTROS ENCUENTROS. Jaume Claret

I

Coordino un hospital de día ubicado en la zona norte de Barcelona, con altos índices de precariedad económica y social y todos los problemas , y enseñanzas si cabe , que esto genera .Debemos destacar el especial interés que ha tenido el Ayuntamiento para poner en marcha un programa de salud mental para jóvenes adolescentes que fuera más "vinculante" para dicha población mejorando -desde el "territorio"- su articulación con los servicios sociales y educativos.-.El reto asistencial de la coordinación entre los diferentes servicios se ve ahí doblado por el reto psicopatológico de una comprensión más fina, capaz de integrar, más allá de los reduccionismos causales o etiológicos, la dimensión crítico-evolutiva propia de la adolescencia al contexto escolar, familiar, social y también cultural.

Como decía Edgar Morin, es un problema general de hoy en día, el cómo frente a situaciones cada vez más complejas, se tiende a lecturas cada vez más reduccionistas, obviando el tiempo para poder analizar, sopesar y seguir las analogías y las diferencias en los diferentes ámbitos y al interior de cualquier proceso crítico, como contextos, lugares, vínculos, bordes o trayectos. Él mismo planteó la necesidad de una lógica que permitiera transitar, circular en estos bordes o intersticios- de manera a poder integrarlos en una comprensión más holística y global como paradigma de la complejidad que supone -según él- el gran reto del mundo actual o moderno.

En esa perspectiva, desde nuestro hospital de día preferimos hablar de un perfil psicopatológico de tipo limite –que afectaría el 50% de nuestros jóvenes pacientes-, teniendo en cuenta que no se trata de un diagnostico categórico- de si es o no un trastorno límite - sino de un diagnóstico clínico y dimensional más referido al funcionamiento que a la estructura Obviamente habrá una estructura y con el tiempo los diagnósticos se acabarán confirmando en uno u otro sentido. Pero en el momento de nuestra intervención desde el hospital de día deberemos remitirnos a la propia psicopatología "límite" de los episodios críticos como crisis identitarias y del vínculo cuyos rasgos más o menos específicos, unido a la evolución, nos permitirán en último término, discriminar y articular la dimensión "crítico-evolutiva" y el diagnóstico estructural.

Una muy breve referencia a los autores "clásicos" que han trabajado estos temas es interesante para entender y ahondar en las estrategias terapéuticas que se pueden implementar en un marco institucional. Así fue Erik Eriksson quien, con el síndrome de la confusión de identidad, planteó la existencia virtual de ese espacio intermedio entre lo subjetivo y lo sociofamiliar que se "confunden" –o se diferencian- como vínculo afectivo y lazo social. También Masterson, que, con su triada borderline en la adolescencia, articuló la clínica depresiva –"de abandono"- y la angustia-"catastrófica"- a lo más crítico del proceso de separación-individuación (Mahler).

Las reflexiones de dichos autores surgieron en gran parte al trabajar en residencias terapéuticas donde estos chicos permanecían un año o dos y por tanto disponían de un tiempo y un espacio permitiendo lecturas psicopatológicas más finas y cercanas a la realidad clínica. Un autor posterior, Cahn, habla de una situación de impasse en el proceso de subjetivación - que es una de las tareas del proceso adolescente -como tributaria de otro borde, el "unheimlich" –"lo siniestro"- (Freud) entre lo intimo y lo extraño o aún entre la realidad y la ficción, como lo esencial de la problemática limite en la adolescencia

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

II

(Gráfica 1 - Psicopatología de los Trastornos de conducta. Behaviors disorders psychopatology)

Esta diapositiva ilustra la importancia de la reflexión psicopatológica para comprender las problemáticas y elaborar las estrategias terapéuticas más adaptadas desde el marco institucional que supone el hospital de día. Desde el punto de vista psicopatológico tanto los trastornos de conducta, marcados por lo disruptivo de la inhibición o la impulsividad, como los trastornos paranoides con desconfianza y ambivalencia, cuando no la caída depresiva franca con tentativas de suicidio y autolesiones deberán ser comprendidos en el interior de un proceso crítico cuyo genio se despliega y se conforma más allá de la comorbilidad. En dichas crisis - como su rasgo más específico - veremos como el conflicto no solo se vivencia a nivel intrapsíquico - como vacio o pánico al mismo - sino que se actúa, se expresa, o se despliega en el afuera o mejor dicho en los bordes de la relación tanto con los demás como con el propio cuerpo. Vemos así la elevada frecuencia de somatizaciones y conflictos, ya sea con los otros pacientes o con los referentes del equipo.

Trauma y breakdown

Las anamnesis nos dan cuenta de los eventos traumáticos que remontan a la infancia- sus escenarios y sus relatos- : historias de abusos sexuales y malos tratos que como las negligencias parentales deberán ser cuidadosamente valorados. También lo que se genera en torno a la escuela, cuya función socializadora se convierte aquí en un fatuum negativo marcado por las historias de acoso y/o el fracaso escolar.,

Pero lo traumático- como break down- no solo comporta, en mayor o menor medida, una ruptura biográfica sino también - como dimensión psicopatológica - una escisión en el psiquismo. La angustia catastrófica, que en su momento describiera Masterson es una angustia traumática (schreck de Freud), atópica, sin representación en el yo, y que va así, "transferirse" o proyectarse, de manera continua y mucha veces intangible, en los actos (impulsividad), en el cuerpo (somatización) y/o en el otro (paranoia).

La contención terapéutica es aquí decisiva como "holding institucional" donde juegan un papel primordial no solamente los terapeutas sino también los equipos de enfermería, de educadores, docentes y trabajadores sociales. Se trata de poder contener la desorganización ligada a la proyección y confusión mediante el acompañamiento, los hábitos, los proyectos, la autoridad y el orden.

La importancia de dicha contención institucional así como la necesidad de los tratamientos psicofarmacológicos para calmar o bajar los niveles de ansiedad no debe hacernos olvidar que la angustia es también un fenómeno fisiológico necesario que no debemos abrasar ni reducir del todo. La angustia supone una vivencia de peligro y también una primera defensa-como una primera membrana con el exterior-que permite diferenciar el dentro y el fuera, el yo y el tú, el principio del placer y el de realidad. Representaría como un primer sistema de alarma y anticipación que permite configurar al yo como espacio irreductible, íntimo.

El trabajo psicoterapéutico de resignificación del trauma no dependería tanto de afianzar el recuerdo de lo que sucedió como de poder crear y configurar un lugar para la ficción, según la cual yo pueda existir como diferencia frente al otro invasivo

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

o castrador. Jeammet señalaba ya la importancia "estructural" de los fantasmas de "engolfamiento" que tan a menudo atenazan a dichos pacientes.

Identidad y paranoia

La angustia del encuentro con el otro nos remite a la paranoia como un fenómeno primario, que se agudiza de manera muy especial en la adolescencia. Reconocer dicha paranoia como una necesidad de supervivencia sería como el primer paso para desactivarla, en tanto supone el reconocimiento de un sujeto que debe preservarse del otro mediante el miedo, el ocultamiento o la persecución. "Sólo me siento yo mismo cuando me pongo paranoico" me decía un paciente. "Jura por ti mismo y entonces te creeré", reza un personaje de Shakespeare. Encontraremos ahí los típicos impasses del vinculo "narcisístico" marcado por la ambivalencia y el negativismo. Intenso pero frágil, decía Freud. La escuela francesa (Jeammet, Corcos) ha descrito dicha problemática de fantasmas de intrusión y abandono como uno de los rasgos más específicos de la problemática limite en la adolescencia. Lo que permite dar cuenta de la oscilación o la alternancia clínica de la paranoia y la melancolía como las dos caras de una misma moneda o borde (Seglas) pero también de las dificultades en el proceso de vinculación afectiva o terapeútica marcada por la ambivalencia (véase el comportamiento interpersonal paradójico de Millon o el llamado negativismo desafiante).

Al negativismo y a las conductas impulsivas-expulsivas subyace una demanda masiva y una gran dependencia a ese otro omnipotente que lo puede y lo debe todo (Yo ideal). Escollo que debemos comprender para evitar así las frecuentes respuestas en espejo de parte de servicios educativos, sociales o de salud mental, tanto fuera como dentro del hospital de día. Las reacciones contratransferenciales van de la identificación al rechazo, pudiendo generar a su vez conflictos en el seno del propio equipo, entre las conductas de integración y expulsión, remedando las figuras arquetípicas de .la madre comprensiva y tolerante y el padre expulsivo, estricto y sancionador.

El hospital de día deberá funcionar entonces como un lugar simbólico que permita la triangulación entre los diferentes miembros del equipo y poder encontrar así la buena distancia con respecto al otro pero también los propios afectos, negativos y positivos, ni demasiado cerca ni demasiado lejos, como entre la presencia y la ausencia o la intrusión y el abandono.

Depresión y tedio

La depresión es algo que más allá de la falta o los bajos niveles de autoestima (o de serotonina) afecta el sentimiento de confianza de base en uno mismo, en el otro y en la propia vida. Henri Ey diferenciaba la depresión holotímica como "caída del élan vital" (impulso vital), de la catatímica, marcada por los sentimiento de tristeza y la inestabilidad emocional. El tiempo que se detiene o el cuerpo que pesa indefinidamente son imágenes, sensaciones o metáforas que aluden a ese perfil melancólico frecuente en muchos de estos jóvenes, que no hay que subestimar y sí aprender a valorar. Encontramos también la clínica del aburrimiento o el tedio como equivalente depresivo-melancólico a expresión conductual (la desidia); ambos coincidiendo en esa ausencia de afecto depresivo propiamente dicho, véase anhedonia o falta de deseo.

La clínica tan frecuente de las autolesiones marcaría ese borde de la ambivalencia como falta de confianza en la vida, consigo mismos y con el otro. Ahí el sentimiento de desesperanza, de inutilidad y las ideas de suicidio propiamente dichas coexisten

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

con el tedio, que de ser algo circunstancial ligado a lo cotidiano, se ha convertido aquí en una realidad única que ellos mismos equiparan al vacio o a la muerte.

Henry Wallon se refería a la adolescencia como "la edad de las rumiaciones sobre el ser y el no ser, sobre la íntima ambivalencia de la vida y la nada, del amor y la muerte": "por primera vez la persona se encuentra concentrada en sí misma, no solo entre los otros, si no en el tiempo". Del tiempo que se para al tiempo que se acaba encontramos ahí los fantasmas ligados a la angustias de muerte cuando no a ese deseo secreto que subyace a la última pregunta de la metafísica según Heidegger: "¿por qué ser algo y no más bien nada?".

Cabe señalar que, al igual que con la angustia y la paranoia, también en el tedio, paradójicamente, apremia la cuestión subjetiva del deseo, ya fuera como vínculo negativo con el mundo aún ligado a la omnipotencia infantil. Es la cuestión del tiempo, el concepto y la necesidad de un tiempo regresivo, como latencia. Como si a través de dicha pasividad y regresión tuvieran que pagar aún la deuda de un proyecto personal como seres únicos y diferentes (Stirner).

Para concluir, en la crisis de adolescencia no tan sólo se trataría de dejar atrás la infancia, sino también de recuperarla. Estos jóvenes suelen no poder abandonarla porque simplemente no han tenido infancia, entendiendo esta como ese lugar desde donde poder soñar, imaginar y pensar en una vida no tan sólo real sino también utópica.

Baste como epílogo aquel sabio precepto de Julio Verne: "Jóvenes viajad, y si no podéis, también".

CLAUSURA. Daniel Cruz

Hay algo que ha salido en las dos exposiciones y que me parece muy importante en relación a los casos que vemos en el HD. Pacientes que muestran de entrada un aspecto desafiante, con aspectos socio-familiares disfuncionales implicados y que despiertan reticencias en los equipos respeto a la viabilidad de la estancia, después acaban desarrollando un vínculo psicoterapéutico que permite evoluciones positivas. Para que esto suceda, como hemos visto en ambas exposiciones, es preciso ofrecerles un espacio y un tiempo para desplegar su patología, no para suprimirla. Esto es muy complicado, conlleva conflictos diarios para poner los límites indispensables y tensiones en los equipos. Aquí es crucial la mirada con la que se entiende la problemática que presentan. Si lo vemos exclusivamente como caso social corremos el riesgo de tener una mirada excluyente. Si entendemos que está en juego una crisis vital que se despliega en el afuera, a través de los conflictos con el otro, y que todavía no están en condiciones de poder elaborarlo exclusivamente a través de un diálogo con su terapeuta, entonces podremos acompañar este proceso a través de las actividades que ofrece el HD y del trabajo en red necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014. http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf

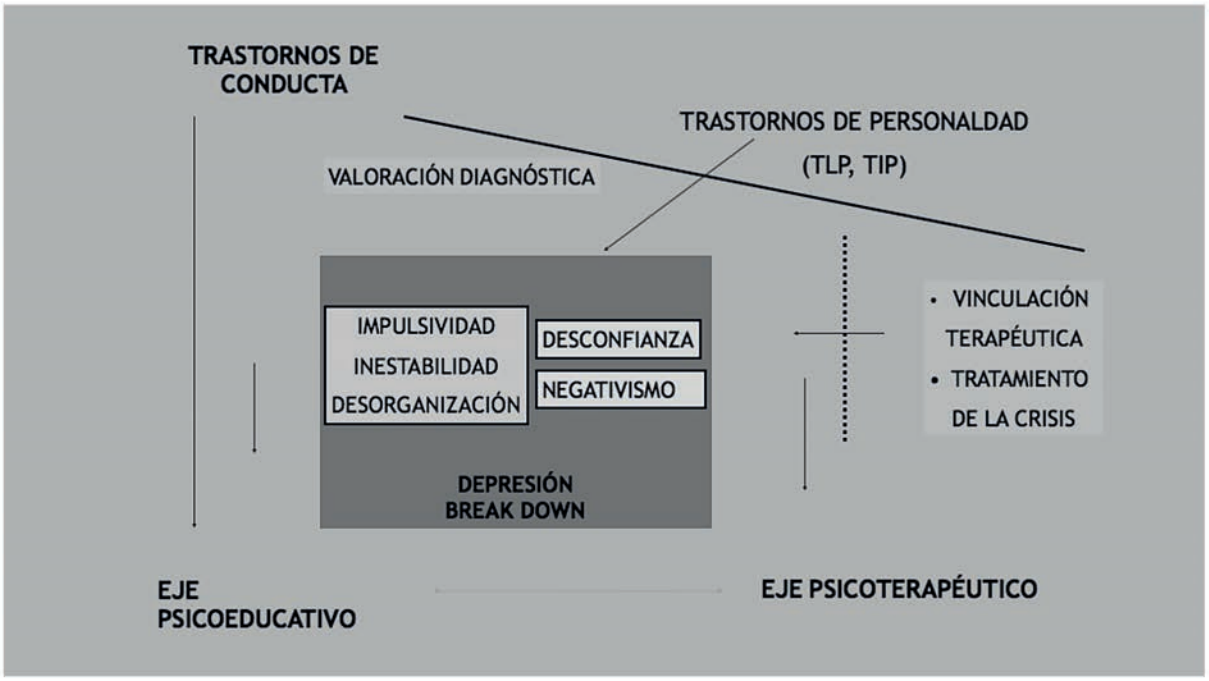
© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

World Health Organization. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Aprobada en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, 19-21 octubre 2011. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

Erikson, E (2002). Sociedad y Adolescencia. Siglo XXI, México.

Feduchi, L. y Cruz, D. (2017). Dialogando con Luis Feduchi sobre Hospitales de Día de Adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente,63,* 9-16

Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente,33/34*,59-91



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

EL ENCUENTRO CLÍNICO CON EL ADOLESCENTE EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA*

THE CLINICAL MEETING WITH THE ADOLESCENT IN THE THERAPEUTIC COMMUNITY

Ludovico Perulli**

Creo que en la historia de las instituciones, hemos visto una importante evolución: se ha pasado de un modelo institucional, y la Comunidad Terapéutica es un ejemplo, que se presentaba como una estructura definida, en donde el adolecente tenía que adaptarse, a un modelo, que al contrario, intenta adaptar la institución Comunidad, al adolecente, y no lo contrario: esto tendría que permitir una mejor continuidad de las curas y la realización de dispositivos que correspondan mejor a la demanda y a las necesidades.

Uno de los aspectos más importante que hemos aprendido en el trabajo, es la conciencia de que la Comunidad puede ser por si misma patógena, y por lo tanto que toda una patogenia pueda ser creada o mantenida de la misma institución.

De ahí la necesidad de evitar, previamente, que la Comunidad no sea o no se convierta en patógena. Dinámicas inconscientes pueden llevar a que la Comunidad lleve a cabo funciones anti-terapéuticas, generadas por la puesta en práctica de modalidades defensivas masivas.

La lógica reconstructiva de las acciones a favor del adolescente, exige una valoración de los requisitos previos de la Comunidad, para convertir el uso de la misma Comunidad, funcional a la necesidad del adolescente y de la familia.

Otro aspecto adquirido en el ámbito de nuestro trabajo comunitario, es el de considerar la institución en todo su conjunto, como un lugar terapéutico y no solo como un lugar en el cual pueden practicarse diferentes acciones.

Para poder llevar a cabo esto, se tiene que poder analizar el conjunto de las relaciones que se desarrollan dentro de la Comunidad, entre las diferentes personas y los diferentes grupos, y también la Comunidad en sus diferentes componentes y funciones.

---

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Coordinatore del Corso di Alta Formazione "Adolescenti difficili" di Challenge School dell' Università Cà Foscari di Venezia. Direttore Sanitario per le Comunità per adolescenti di Codess Sociale. *lodop08@yahoo.it*

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

Todo esto plantea complicados problemas teóricos que ahora me limito solo a mencionar:

En extrema síntesis:

¿Es posible considerar la Comunidad como un grande grupo analizable, con funciones de contención de las angustias, de protección, de apoyo, sabiendo que algunas angustias psicóticas, del desorden y depresivas den lugar a diversos mecanismos arcaicos de defensa?

¿Es posible analizar todo lo que proviene de esto conjunto como un discurso, un relato, una historia recalcada por los ritmos cotidianos de una vida normal?

¿Es posible tener en cuenta que cada miembro del equipo profesional pueda tener una función con valor psicoterapéutico?

¿Y si es así, tiene sentido diferenciar acciones sociales, educativas y terapéutica en el camino de cura?

Las respuestas aquí no son uniformes, pueden así mismo variar entre ellas, pero, en todo caso, la organización de la Comunidad está pensada en función de la acción terapéutica.

Otro problema importante, que ve también algunos cambios respecto al pasado, es el que solía separar el contexto, del individuo: se decía, entonces, que la intervención en la Comunidad no es el de la reestructuración del contexto, sino la reestructuración del adolescente, que permitiría al adolescente, una vez salido de la Comunidad, establecer una mejor interacción funcional con el contexto de pertenencia.

Creo, por cierto, que esta separación entre los dos ámbitos, ambiental por una parte e individual de la otra, hay que superarla, y las trasformaciones que el adolescente puede madurar gracias a su estancia en la Comunidad tienen que ir a la par con las trasformaciones del contexto, familiar y social del adolecente.

La Comunidad Terapéutica, por lo tanto, tiene que poder abrirse al ambiente familiar y al contexto social, y poder actuar para introducir un proceso transformador.

En otras palabras no deberíamos favorecer el aspecto individual y estructural perjudicando el inter-relacional y contextual.

Para llevar a cabo esto tendremos que poder recurrir a una tipología de enfoque que ha sido definido multidimensional (R.Misès).

No se trata por tanto de reducir los síntomas más perturbadores que el adolecente manifiesta, ni de adoptar una acción educativa o pedagógica que se limite al uso de las capacidades disponibles: la cura tiene que conseguir cambios estructurales del adolescente como del contexto familiar y social de proveniencia.

En el plano psicopatológico un recorrido de esto tipo tendría que referirse a un modelo dinámico, que tenga en cuenta la diversidad de los factores en juego, y que recurra a un enfoque multidisciplinar.

Todo esto nos obliga a una comparación y a una evaluación constante de las relaciones entre lo que llamamos educación, psicoterapia y rehabilitación.

La cura comprende una dimensión educativa (que se apoya en la implicación directa, en la ayuda al adolescente, abriéndonos hacia nuevas experiencias) como en una dimensión psicoterápica, que se apoya en la comprensión y en la elaboración de las inversiones mutuas según los diferentes planes propios de un enfoque psicodinámico.

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

El partido se juega dentro de la relación dialéctica que se establece entre estas dos dimensiones, sin que se produzca entre ellas una ruptura o una confusión.

No se tendría que pensar que de una parte hay un personal encargado únicamente de organizar la vida del adolecente y de ayudarlo en su educación, mientras que de la otra parte existe un personal especializado que, apoyándose en este primero nivel, alcanzaría algunos enfoques individuales que serían los únicos a definirse psicoterapéuticos.

Tampoco tendría que existir oposición entre un apoyo educativo y un procedimiento de carácter diferente, que se desarrollan a distancia en dos zonas delimitadas.

De hecho cada persona que vive en la Comunidad está centrada en el desarrollo de la cura, de la manera más amplia y completa posible, partiendo de la base de quien es como persona y de lo que hace como operador.

La psicoterapia también, cuando está llevada a cabo con ritmo suficiente y con la participación de los padres, no permite siempre una re-inversión suficiente, una puesta a prueba de las funciones más destacadas en el adolecente: se vuelve entonces indispensable que el adolecente frecuente paralelamente lugares de vida que le ofrezcan una entrada a nuevas experiencias, a un encuentro con los sustitutos parentales, un distanciamiento de los circuitos alienantes que se habían estructurado y cristalizado en el contexto familiar.

Hay que pensar en conseguir y manejar lo que se juega en el campo terapéutico y en el educativo.

Cada operador tiene que poder hablar con naturalidad y espontaneidad, usando un el lenguaje que mejor se adapte a su práctica.

Esto asegura la fecundidad de una "elaboración secundaria" común, donde se tiende hacia la articulación de diferentes planos, hacia su integración, sin perder de vista las diferencias de nivel y perspectiva.

La función complementaria del proceso incluye entonces la persistencia de una heterogeneidad: en este campo las oposiciones entre tendencias o escuelas de pensamiento, si se evitan las escisiones irreversibles, pueden revelarse fructíferas en favorecer la confrontación en el cual las incertidumbres tendrán más espacio que las verdades adquiridas.

Es experiencia de todos ver como el adolescente tiende espontáneamente a valorar un educador, un pedagogo, uno psicólogo…, así como un psicoterapeuta: más que ser inflexible a orientarle demasiado pronto hacia un tratamiento de psicoterapia, algunas veces tiene más valor buscar los recursos que permitan establecer y mantener una relación que será explotada desde un enfoque de cura.

Desde este punto de vista los intercambios educativos o pedagógicos pueden convertirse en los recursos privilegiados para una mediación psicoterápica.

Cada encuentro educativo o pedagógico puede ser orientado hacia la comprensión de estos elementos y su integración.

Una psicoterapia individual podrá, siempre que realizada en un momento oportuno, contribuir al tratamiento, y ser útil para unir las diferentes transferencias parciales.

Lo que introduce la dimensión psicoterapéutica no son los instrumentos técnicos, si no como se utilizan. En otras palabras un método de juego o de educación se vuelve fructífero cuando permite al equipo de medir como el adolescente, a través las actividades propuestas, accede al encuentro, establece una relación, expresa una exigencia…

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

Todos los miembros del equipo, independientemente de sus específicas funciones, tienen que poder contribuir plenamente a la evolución del tratamiento.

El objetivo terapéutico es el de devolver al adolescente la posibilidad de ciudadanía en una red de relaciones.

Por lo tanto la tarea de las instituciones encargadas (Ayuntamiento, Servicio Sanitario, Tercer Sector…) no es el de considerar la hospitalización en la Comunidad como una "delegación", sino de comportarse como agente de trasformación dentro del ambiente, familiar y social, para producir apropiados cambios.

Cuando se ha intervenido en favor de adolescentes difíciles, muy a menudo se ha definido el tratamiento residencial como la última opción después de una serie de acciones decepcionantes (ambulatorias, de apoyo, de terapia familiar y/o individual) quitándole dignidad técnica y espacio terapéutico , como si el uso de la Comunidad Terapéutica anulara los principios de una recuperación social.

Personalmente estoy de acuerdo con los que piensan que la Comunidad Terapéutica no pueda ser reconocida simplemente como un lugar de "tratamientos", sino que hay que configurarla como un eslabón de la cadena de las acciones que se pueden imaginar como "espacio terapéutico" para establecer recursos dirigidos al tratamiento de los problemas del adolescente y de la familia.

Entonces no es un lugar donde solo se realizan "curas", "terapias", "rehabilitaciones"…, es un lugar donde la cura y la terapia son partes integrantes de la vida diaria, y, además, donde cada momento de la vida diaria se vuelve "terapéutico" y dirigido.

Terapia ocupacional, atelieres, musicoterapia, arte terapia, farmacoterapia, danza terapia, teatro, psicoterapia…etc. componen el cuadro de las posibles acciones destinadas a favorecer la recuperación del adolescente: el hilo conductor de estas acciones sigue siendo la relación con el adulto competente, mediada por las diversas actividades propuestas y favoreciendo la descomposición de una situación que a menudo es caótica, relación que se propone ofrecer al adolescente, un entorno experimental no afectado por manifestaciones emocionales o inocentes chantajes.

No se pide al adulto competente de ser padre o madre del adolescente, sino de ser coherente y de compartir un proyecto de cura, funcional a las necesidades por las cuales ha sido preparado.

Hay un último aspecto: se refiere a la oportunidad de integrar los padres en el proceso terapéutico.

Las relaciones con los padres desempeñan un papel importante en la evolución del proceso de cura, ya que existe una inter-relación entre la Comunidad y el ambiente socio-familiar. Salvo que se indique el contrario los contactos con la familia están favorecidos en varias formas, desde el contacto ocasional hasta una psicoterapia sistematizada.

El objetivo consiste, por lo menos, en evitar las intrusiones y las rupturas causadas por los padres.

En el mejor de los casos el objetivo será de integrarlos en el procedimiento de cura. Los padres no están por tanto presentes en la Comunidad, solo de una manera fantasma, pero allí entran realmente, y el lugar que se crea de esta manera entre el ser fantasma y la realidad adquiere un valor de corrección para ellos y para nosotros.

En el educador el distanciamiento es importante porqué de forma espontánea puede identificarse en el adolescente proyectando imagos arcaicos sobre los padres: la determinación objetiva de sus problemas reales ayuda a reconocer los diversos aspectos de la personalidad.

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

Las reuniones de equipo permiten por supuesto una común elaboración del material recogido en diferentes niveles, y hablar de la complejidad de una doble identificación del educador: por un lado con el adolescente, por el otro con sus padres.

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

CONDUCTA DISRUPTIVA EN LA INFANCIA Y SU RELACIÓN CON EL APEGO Y LA ALEXITIMIA. RESULTADOS PRELIMINARES *

DISRUPTIVE BEHAVIOR IN CHILDHOOD AND ITS RELATIONSHIP WITH ATTACHMENT AND ALEXITIMIA. PRELIMINARY RESULTS

*Jaione Onaindia Rodríguez **, Ana Estévez Gutiérrez**, Patricia Penas Morán**, Alejandra Sainz de la Rica** y Maitane Uriarte Atxikallende ****

RESUMEN

La conducta disruptiva es de uno de los problemas infantiles más prevalentes, con independencia de la edad (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012), sin embargo, factores de vulnerabilidad personal como la alexitimia apenas han sido estudiados. La alexitimia hace referencia al desconocimiento de las propias emociones (Craparo, Gori, Petruccelli, Cannella y Simonelli, 2014) y debe desarrollarse a partir del intercambio con las principales figuras de apego (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). Por tanto, el presente estudio pretende analizar las relaciones entre las mencionadas variables y su valor predictivo respecto a la conducta disruptiva. Para ello, se contó con una muestra compuesta por 408 menores de 8 a 12 años [M(DT) = 10,20(0,94)], cuyos padres valoraron la sintomatología externalizante (CBCL, Achenbach, 1991), mientras que ellos completaron medidas de apego (IPPA, Armsden y Greenberg, 1987) y alexitimia (EAQ30, Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum Terwogt y Ly, 2008). Se obtuvieron interesantes resultados preliminares que confirman la relación entre las variables así como la predictabilidad de las mismas sobre la conducta disruptiva, cuyas implicaciones prácticas se discuten.

Palabras clave: externalizante, apego, alexitimia, infancia, conducta disruptiva

ABSTRACT

Disruptive behavior is one of the most prevalent problems of infants, regardless of their age (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012). However, personal vulnerability factors such as alexithymia, have barely been studied. Alexithymia refers to the lack of knowledge of one's emotions (Craparo, Gori, Petruccelli, Cannella y Simonelli, 2014) and it develops through

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto. Bilbao. *jaione.onaindia@deusto.es*

*** Universidad del País Vasco.

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

the interactions with attachment figures (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). Thus, the present study aims to analyze the relationships between the mentioned variables and their predictive value regarding disruptive behavior. To do so, 408 infants from 8 to 12 years old [M(DT) = 10,20(0,94)] participated in the study. Their parents evaluated the externalizing symptomatology (CBCL, Achenbach, 1991), while the children completed the measures related to attachment (IPPA, Armsden y Greenberg, 1987) and alexithymia (EAQ30, Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum Terwogt y Ly, 2008). Interesting preliminary results were obtained, which confirmed the relationship between the variables as well as their predictive value for disruptive behavior. Practical implications of the results are discussed.

Keywords: externalizing, attachment, alexithymia, infancy, disruptive behavior.

Las conductas disruptivas, también conocidas como conductas externalizantes (Kendler et al., 2010), se caracterizan por una alteración en el desarrollo evolutivo infantil que dificultan el aprendizaje y el desarrollo de las relaciones sociales adaptativas. Se trata de uno de los problemas infantiles más prevalentes, con independencia de la edad (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012), que afecta aproximadamente al 6.9% de niños y 2.8% de niñas de 5 a 10 años (NICE, 2006), suponiendo más de la mitad de los motivos de consulta de toda intervención profesional psicológica, neurológica y psiquiátrica infantil (Egger y Angold, 2006). Asimismo, cabe recordar que tanto la frecuencia como la persistencia de conductas desadaptativas en los menores podría favorecer la aparición y el desarrollo de psicopatología en edades posteriores (López, 2014), siendo la tercera infancia (7-12 años) un periodo especialmente sensible a las posibles consecuencias a largo plazo. En lo que a la etiología se refiere, la mayoría de las investigaciones consideran un origen multicausal (Díaz-Sibaja, 2005) pero aun así, los factores de vulnerabilidad personal como la alexitimia apenas han sido estudiados.

La alexitimia hace referencia al desconocimiento de las propias emociones (Craparo, Gori, Petruccelli, Cannella y Simonelli, 2014). Estudiar su relación con la conducta disruptiva podría ser importante ya que, resulta comprensible que la falta de conciencia y expresión afectiva pudiera generar una salida impulsiva ante situaciones estresantes. Se trata de una variable implicada en la capacidad de mentalización de la persona, y como tal, tiene que primeramente desarrollarse a partir de los primeros años de vida, en el intercambio con las principales figuras de referencia o figuras de apego (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). El apego se refiere al vínculo amoroso primario que se establece entre el niño/a y la persona que lo cuida en sus primeros años (Bowlby, 1980), de manera que a mayor seguridad en el apego mayor sea la actividad exploratoria del niño/a y más rápida la absorción de modelos socialmente adaptados (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978) mientras que a mayor inseguridad mayores son los niveles de agresividad patológica y escolar observada, así como una menor cognición social y autoestima (Del Barrio y Roa, 2006). En este sentido, se ha encontrado repetidamente una relación entre el apego inseguro-evitativo y las conductas externalizantes (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2009). Otros estudios también han encontrado una relación entre el apego inseguro y los componentes cognitivos y emocionales de la agresividad, como puede ser la hostilidad, pero no con comportamientos agresivos (Muris, Meesters, Morren y Moorman, 2004).

Conocer la relevancia de aspectos de carácter personal (como la alexitimia) e interpersonal (como el apego) podría aportar datos para la comprensión de la conducta disruptiva en la infancia, así como para una mejor detección e intervención precoz que proteja al menor de las posibles consecuencias futuras de la problemática externalizante infantil. Se trataría de mejorar el reconocimiento de las emociones propias a través de las relaciones de apego para facilitar una respuesta conductual no sólo más adecuada sino también mejor comprendida por el propio menor. Por ello, el primer objetivo de este estudio ha sido analizar la relación entre apego, alexitimia y conducta disruptiva en niños y niñas de la tercera infancia. En segundo lugar, también trata de analizar la capacidad predictiva tanto del apego como de la alexitimia respecto a la conducta disruptiva.

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

MÉTODO

Participantes

La muestra estaba compuesta por 276 menores de diferentes centros escolares de Bizkaia, de los cuales 134 eran chicas (48,6%) y 142 chicos (51,4%). La edad de los participantes se situaba entre los 8 y 12 años [M(DT) = 10,20(0,94)], correspondientes a los cursos 4º, 5º y 6º de Educación Primaria.

Instrumentos

Child Behaviour Check-List 4-18, CBCL/4-18 (Achenbach, 1991)

Una de las taxonomías más empleadas en el ámbito de la psicopatología infanto- juvenil con objeto de obtener, a través de la persona cuidadora, información sobre las competencias y la conducta del menor (de 4 a 18 años) en un formato estandarizado. Dicha información se recoge a través de 113 ítems tipo Likert de 3 puntos (0 = *No es* verdad, 1 = *Algo cierto o verdad a* veces y 2 = *Muy verdadero o frecuentemente es* verdad) clasificados de la siguiente manera: aislamiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delincuente, conducta agresiva y otros problemas; que a su vez se

engloban en Problemas Internalizantes y Problemas Externalizantes. En este caso, el estudio tomó en consideración la vertiente externalizante, compuesta por las subescalas correspondientes a la conducta delincuente (por ejemplo, *"No parece sentirse culpable después de portarse mal"* o *"Dice mentiras o hace trampas"*) y agresiva ("*Es abusón/a, cruel o desconsiderado/a con los demás"* o *"Se mete en muchas peleas"*, entre otros), la cual obtuvo un alfa de .88.

Inventario de Apego para Padres y Pares, IPPA (Armsden y Greenberg, 1987)

El IPPA es un inventario que permite realizar una evaluación del apego en menores a través de autoinforme. Dicha evaluación se realiza mediante 25 ítems en una escala de Likert de 5 puntos (1 = *nunca o casi* nunca y 5 = *siempre o casi* siempre) el apego percibido hacia las personas más significativas de esta etapa. A pesar de que en su versión original, lo hace de forma diferenciada para Madre, Padre e Iguales, en el estudio sólo se empleó el inventario respecto al apego en los padres en su globalidad, para adaptarlo a la edad de los menores y al objetivo del estudio. La puntuación obtenida a través de las tres subescalas que la componen: confianza (referida a la comprensión, así como al respeto y confianza mutua), comunicación (respecto a la calidad de la comunicación verbal) y alienación (que recoge los sentimientos de alienación y aislamiento). Con todo ello se obtiene una medida sobre la seguridad percibida en el apego, cuyas dimensiones obtuvieron valores alfa de .64, .66 y .61 respectivamente.

Emotion Awareness Questionnaire, EAQ30 (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum Terwogt y Ly, 2008)

Se trata de un autoinforme relativamente nuevo diseñado especialmente para la etapa infanto-juvenil con el objetivo de identificar qué sienten y piensan sobre las emociones propias y ajenas. Para ello, emplea 30 ítems con 3 opciones de respuesta (*No es verdad, A veces verdad* y *Verdad*), que se clasifican en 6 dimensiones: *Diferenciar las emociones* (sobre la capacidad de diferenciar emociones concretas y situar sus antecedentes), *Comunicar verbalmente las emociones* (referido a aspectos verbales de la comunicación), *No esconder las emociones* (tendencia a no procurar ocultar las emociones), *Conciencia corporal de las*

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

emociones (sobre el conjunto de las sensaciones físicas que acompañan a las emociones), *Atender a las emociones de otros*, y *Analizar las emociones propias* (que recoge el interés por abordar las emociones

ajenas y propias, respectivamente). Las dimensiones descritas obtuvieron, respectivamente, valores alfa de .67, .55, .58, .63, .67 y .61. Considerando la implicación del significado de las subescalas, la interpretación respecto a la alexitimia sería inversa, es decir, a mayores puntuaciones, menor alexitimia.

Procedimiento

Al tratarse de menores de edad, en primer lugar se obtuvo el consentimiento informado de los padres, que a su vez completaron el CBCL en su domicilio.

Posteriormente, los menores completaron las medidas que les correspondían en el aula del colegio, durante aproximadamente una hora de clase. Inicialmente, se les explicó la investigación, las características de confidencialidad, anonimato y voluntariedad del cuestionario, las instrucciones generales sobre el mismo así como aclaraciones de forma colectiva sobre algunos ítems o vocabulario que podían presentar alguna dificultad.

Cabe señalar también que este estudio sigue los procedimientos éticos concordantes con la Declaración de Helsinki (Word Medical Association, 2013).

Diseño

Se trata de un diseño correlacional transversal.

RESULTADOS

En primer lugar se analizaron las relaciones entre las tres variables de estudio, la conducta disruptiva, el apego y la alexitimia (véase Tabla 1). Los resultados mostraron correlaciones significativas negativas entre la conducta disruptiva y la subescala referida a "*Analizar las emociones propias*" (r = -.16, p = .02), indicando que a menor interés por abordar las propias emociones (relacionado con la alexitimia), mayor conducta disruptiva mostrada por el menor. En referencia al apego, también se encontraron correlaciones negativas significativas (r = -.32, p = .00), mostrando que a mayor seguridad en el apego, menor es la conducta disruptiva. Por último, el apego y las diferentes subescalas del EAQ30 correlacionan de forma positiva y significativa en todos los casos (excepto para las subescalas de "*Conciencia corporal de las emociones*" y "*Atender a las emociones de otros*"), que considerando la interpretación inversa del

EAQ30 como representación de la alexitimia, implica que a mayor seguridad en el apego menor alexitimia.

Por otro lado, se analizó la capacidad predictiva tanto del apego como de la alexitimia respecto a la conducta disruptiva a través de un análisis de regresión lineal múltiple por pasos (véase Tabla 2), encontrándose dos modelos predictivos significativos. Por un lado, el modelo compuesto únicamente por el apego como predictor del 7% de la varianza de la conducta disruptiva [F(1) = 10.37, R = .27, R2 =

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

.07, R2 corregida = .07, *p* = .002]. Por otro lado, cuando el modelo incluye la subescala referida a "*Analizar las emociones propias*", llega a explicar hasta un 10% de la varianza [F(2) = 7.58, R = .32, R2 = .10, R2 corregida = .09, *p* = .001].

DISCUSIÓN

El primer objetivo de este estudio ha sido analizar la relación entre apego, alexitimia y conducta disruptiva en la tercera infancia y los resultados preliminares obtenidos confirman las fuertes conexiones entre las mismas. Por un lado, se confirma la relación entre inseguridad en el apego y conducta disruptiva (Del Barrio y Roa, 2006). Por otro lado, también se ha encontrado que la alexitimia se asocia a la conducta disruptiva, tal y como se había hipotetizado. Incluso se ha encontrado una relación entre alexitimia y apego, lo cual vendría a confirmar que se desarrollan conjuntamente y que las intervenciones dirigidas a mejorar uno de los aspectos revertirían en mejoras en el otro.

El segundo objetivo propuesto se dirigía al análisis de la capacidad predictiva tanto del apego como de la alexitimia respecto a la conducta disruptiva, obteniéndose dos posibles modelos predictivos. En este sentido, la capacidad predictiva del apego por sí solo, podría estar indicando que la asociación del apego respecto a la conducta es más potente en comparación con la alexitimia, y que dada la relación entre ambas, es posible que la alexitimia sea un paso intermedio entre apego y conducta, de manera que incrementa ligeramente la predictabilidad al considerarla.

Todo ello, nos lleva a pensar en el relevante papel que juegan de ambas variables en cuanto al desarrollo, prevención e intervención de las conductas disruptivas. A pesar de tratarse de resultados preliminares, y de contar con una muestra de población general, el

hecho de haber encontrado asociaciones fuertes entre el apego y la conducta indica que éste debería ser el primer punto a trabajar por los profesionales.

Sin embargo, dada la confirmada relación entre apego y alexitimia, y el incremento de la predictabilidad al considerarla, esto abre la posibilidad de ajustarse a los recursos disponibles y las necesidades en cada caso. De esta manera, si el trabajo con las figuras de apego no es viable, o sólo queremos trabajar de manera preventiva en un aula de escolares, por ejemplo, podríamos focalizarnos en la variable personal de alexitimia en lugar de en el apego, puesto que dadas sus relaciones los efectos a este nivel no sólo revertirían en la conducta sino también en la seguridad en el apego.

El estudio no está exento de limitaciones a nivel de tamaño muestral y transversalidad. Asimismo, el hecho de que los menores completaran las medidas en el aula puede que conllevara que sus respuestas se vieran influidas por la presión grupal o la deseabilidad social (sobre todo de cara a la medida de apego). Por último, debe considerarse el sesgo de confirmación, que implica que sólo se muestren los resultados de lo que se pretende analizar, de manera que pueden existir otras variables relacionadas que no es posible identificar por no haber sido incluidas para su análisis.

En resumen, este estudio preliminar sobre la conducta disruptiva, el apego y la alexitimia sugiere relaciones de interés entre las mismas que podrían incidir en una mejor atención de esta problemática y que señala la necesidad de que la investigación profundice en este sentido para una mejor comprensión y repercusión de estas asociaciones. Dado que se trata de resultados preliminares, es necesario seguir investigando las variables evaluadas controlando las mencionadas limitaciones, para lo que además de aumentar la muestra, cabría analizar más variables emocionales que reduzcan el sesgo de confirmación y faciliten una comprensión más amplia.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile.* Burlington: University of Vermont.

Ainsworth, M. D. S. Blehar, MC, Waters, E. y Wall, S.(1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. *Infant mental health journal, 1*(1), 68-70.

Armsden, G., y Greenberg, M. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 16*, 427–445. doi:10.1007/BF02202939

Bakermans-Kranenburg, M.J., y van Ijzendoorn, M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development, 11,* 223- 263.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Loss, sadness and depression.* New York: Basic Books.

Craparo, G., Gori, A., Petruccelli, I., Cannella, V. y Simonelli, C. (2014). Intimate partner violence: relationships between alexithymia, depression, attachment styles, and coping strategies of battered women. *The journal of sexual medicine, 11*(6), 1484-1494.

Del Barrio, V. y Roa, M. L. (2006). Factores de riesgo y protección en agresión infantil. *Acción psicológica, 4*(2), 39-65.

Díaz-Sibaja, M. A. (2005). Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En M. I. Comeche y M. A. Vallejo- Pareja, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 465-517). Madrid: Dykinson.

Egger, H. L. y Angold, A. (2006). Common emocional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 313–337.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. y Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Nueva York: Other Press.

Kendler, K. S., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Neale, M. C. et al. (2010). The structure of genetic and environmental risk factors for syndromal and subsyndromal DSM–IV axis I and axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry, 168,* 29–39.

López, P. (2014). Un caso de comportamiento disruptivo infantil: tratamiento conductual en el ámbito familiar. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes, 1*(2), 117-123.

Muris, P., Meesters, C., Morren, M. y Moorman, L. (2004). Anger and hostility in adolescents: relationships with self-reported attachment style and perceived parental rearing styles. *Journal of psychosomatic research, 57*(3), 257-264.

National Institute for Health and Clinical Excelence (2006). *Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders*. London: NICE.

Navarro-Pardo, E., Meléndez, J. C., Sales, A. y Sancerni, M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema, 24*(3), 377-383.

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

Rieffe, C., Oosterveld, P., Miers, A. C., Meerum Terwogt, M., y Ly, V. (2008).
Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The Emotion Awareness Questionnaire revised. *Personality and Individual Differences, 45*, 756-761.

World Medical Association (octubre de 2013). *Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.* En 64ª Asamblea General. Asambllea llevada a cabo en Fortaleza, Brasil.

Tabla 1

Correlaciones entre la conducta disruptiva, el apego y la alexitimia (a través de las subescalas correspondientes al EAQ30)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Conducta Disruptiva	-							
2. Apego	-.32**	-						
3. Diferenciar emociones	-.10	.33**	-					
4. Comunicar verbalmente las emociones	-.03	.17*	.25**	-				
5. No esconder las emociones	-.11	.31**	.41**	.52**	-			
6. Conciencia corporal de las emociones	-.05	.12	.34**	.13	.19**	-		
7. Atender a las emociones de otros	-.01	.14	.23**	.24**	.12	-.05	-	
8. Analizar las emociones propias	-.16*	.26**	.02	.15*	.13	-.21**	.36**	-

* p < .05; ** p < .01

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

Tabla 2

Regresión múltiple lineal por pasos, modelos resultantes como predictores de la conducta disruptiva

	B	Error	β	t	Sig.
1. Apego	- 1.27	.40	-.27	-3.22	.002
2. Apego +	-1.05	.40	-.22	-2.61	.01
Analizar las emociones propias	-.47	.22	-.18	-2.13	.04

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

"CONSTRUYENDO MENTES": UNA EXPERIENCIA GRUPAL CON NIÑOS TEA*

"BUILDING MINDS": A GROUP EXPERIENCE WITH ASD CHILDREN.

*Silvia Acosta García***, Olga Ibáñez Salvador**** y Teresa Ferret Piñol*****

RESUMEN

Este trabajo muestra la experiencia de un modelo de intervención grupal de enfoque psicodinámico aplicado a niños con TEA (trastorno del espectro autista).

Se describe el formato del grupo, el perfil de pacientes y el encuadre en el que transcurre dicha intervención.

Se presenta un instrumento de medida diseñado para tal efecto con el propósito de sistematizar la observación clínica y objetivar la presencia de mejoras tras el tratamiento.

Se recogen varias viñetas clínicas que reflejan de forma muy descriptiva tanto el marco de la intervención grupal como las dificultades en los procesos mentales primarios que presentan estos niños.

La administración pre y post del instrumento presentado evidencia la presencia de cambios y mejoras muy relevantes en todos los sujetos evaluados.

Nuestro estudio identifica beneficios claros en relación a la aplicación de este tipo de intervención grupal y señala su relevancia como herramienta diagnóstica.

Palabras clave: Intervención grupal con niños TEA, Esquema psicopedagógico, Calibración, Escala Observacional para Niños con Funcionamiento TEA.

---

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psicóloga Clínica, Adjunta Centre de Salut Mental Infanto-juvenil de Tarragona. HPU Institut Pere Mata. *acostas@peremata.com*

*** Trabajadora Social, Centre de Salut Mental Infanto-juvenil de Tarragona. HPU Institut Pere Mata. *ibanezo@peremata.com*

**** Psicóloga Clínica, Psicoanalista (SEP-IPA), Supervisora del Centre de Salut Mental Infanto-juvenil de Tarragona. HPU Institut Pere Mata. *teresaferret@gmail.com*

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

ABSTRACT

This work shows the experience of a group intervention model of psychodynamic approach applied to children with ASD (autism spectrum disorder).

The format of the group, the profile of patients and the setting in which this intervention takes place are described.

A measurement instrument designed for this purpose is presented in order to systematize the clinical observation and objectify the presence of improvements after the treatment.

Several clinical vignettes are collected that reflect in a very descriptive way both the framework of the group intervention and the difficulties in the primary mental processes that these children present.

The pre and post administration of the presented instrument reflects the presence of very relevant changes and improvements in all the subjects evaluated.

Our study identifies clear benefits in relation to the application of this type of group intervention and points out its relevance as a diagnostic tool.

Key words: Group intervention with ASD children, Psychopedagogical scheme, Calibration, Observational Scale for Children with ASD Functioning.

AGRADECIMIENTOS

Para hacer posible este trabajo, así como la labor clínica y asistencial que con él pretendemos reflejar, han sido necesarios e imprescindibles diferentes elementos. Entre ellos, la confianza que los pacientes y sus familias depositan en nosotros día tras día, la esperanza que compartimos, la ilusión y la determinación por el trabajo que realizamos juntos.

Queremos dedicar este trabajo a una de las personas que, convencida de sus beneficios, apostó por el uso de la psicoterapia grupal con niños TEA en un servicio como el nuestro, una persona que trabajó con dedicación y amor, intentando rescatar "momentos felices" en todos estos niños. Va por ti Blanca, porque tu luz nos sigue acompañando siempre.

INTRODUCIÓN

Viloca (2012a) define el autismo como un trastorno de la intercomunicación y de la interrelación que se organiza en los primeros treinta meses de la vida y que da lugar a una detención y/o deterioro del desarrollo emocional y cognitivo. Estudios recientes apuntan a la posible detección de síntomas de alarma desde los 2-3 meses de vida (Negri, 2011).

Estas alteraciones del desarrollo de los procesos mentales primarios se relacionan con las dificultades en la adquisición del periodo sensoriomotriz y por lo tanto con el acceso a la simbolización y al lenguaje (Larbán, 2011). Los niños con diagnósticos de TEA presentan una afectación en diferentes capacidades como la atención conjunta, la intersubjetividad primaria y secundaria, la construcción de un esquema corporal propio y por tanto en la consciencia de un Yo diferenciado y de la concepción del otro como alguien dotado de mente, con pensamientos, necesidades y deseos diferentes a los propios (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985).

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

Los hallazgos neurocientíficos sugieren la presencia de un déficit de las neuronas espejo (Ramachandran, 2007) en este tipo de pacientes que explicaría las dificultades de imitación, empatía e identidad tan características que presentan (Iacoboni, 2009).

De la misma forma, hay estudios que destacan una disminución de las neuronas que ayudan a conectar las vivencias sensoriales con las emociones y la consciencia de estas vivencias (Viloca, 2012b).

Tal como dice Anne Álvarez (2001) los niños TEA son niños "sin casa" y requieren de una intervención desde los fundamentos para ir construyendo su estructura mental.

A nuestro entender, el trabajo grupal es muy importante en niños que presentan graves dificultades en sus relaciones, ya que les ofrece la posibilidad de vivirlas con los iguales de otra forma, favoreciendo la comunicación y el desarrollo. Muchos de estos niños no tienen habilidades para compartir con los demás y han tenido o tienen experiencias de incomprensión y rechazo, sobretodo en la escuela, bien por sus repliegues, bien por sus dificultades de entender el mundo y ser entendidos.

Paradójicamente, la utilización de la psicoterapia grupal aplicada en ámbitos clínicos ha estado sistemáticamente puesta en duda en el tratamiento de niños con TEA. En la bibliografía encontramos numerosas explicaciones sobre la experiencia en grupos de habilidades sociales, pero no sobre la intervención en terapia de grupo desde una comprensión psicodinámica, de la que incluso en algunos trabajos se contraindica su aplicación (Viloca, 2012).

A nuestro entender, la falta de interacción y el escaso interés por el otro que caracteriza a los con TEA complica, pero no imposibilita su abordaje grupal y de hecho actualmente existen algunos estudios que avalan el uso y los beneficios de este tipo de intervenciones con estos niños (Arias y Mestres, 2012).

Desde nuestra experiencia en la práctica clínica asistencial en la red pública, compartimos la visión del grupo de profesionales del Carrilet (Arias-Pujol, 2015) que considera que al tratarse de niños que no pueden aprender de manera intuitiva sobre la relación y la comunicación humana, el grupo puede ofrecerles una experiencia muy positiva. Siguiendo a Viloca (2012), esto resultará especialmente adecuado cuando se trata de niños que ya son capaces de empezar a pensar sobre sí mismos y sobre los demás; en tal caso la experiencia grupal constituirá una herramienta importante para desencallar el anclaje sensorial hacia procesos de concienciación, pensamiento y emocionalidad, promoviendo así un paso hacia la interacción y la comprensión del mundo social que les rodea.

MÉTODO

ENCUADRE TERAPÉUTICO

Los grupos de orientación psicodinámica para niños diagnosticados de trastornos graves del desarrollo se han venido realizando en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Tarragona desde los años noventa, en el contexto de lo que posteriormente constituirá en Catalunya el Programa de atención al trastorno mental grave del Plan Director de Salud Mental y Adicciones. El objetivo de este programa es ofrecer un abordaje más completo, intensivo y focalizado a los niños que sufren patologías graves y a sus familias.

La edición de cada grupo se configura a partir de la propuesta de casos que hacen los diferentes profesionales del equipo. En la configuración del grupo se intenta potenciar la homogeneidad en relación a la edad, el sexo y los diferentes niveles de fun-

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

cionamiento. Se favorece la inclusión de ambos sexos, así como que ésta sea mínimamente equitativa (evitándose por ejemplo que haya un único individuo varón o mujer). Las edades iniciales de los pacientes oscilan entre los 6 y 7 años.

Se trata de un grupo cerrado, con sesiones de carácter semanal de una hora de duración y compuesto por un máximo de 5 niños. El grupo se extiende durante todo un curso escolar, con descansos que coinciden con las vacaciones. En función de cada caso individual se valora la posibilidad de prolongar o interrumpir la intervención, por ejemplo, cuando aparecen altos niveles de aislamiento o agresividad que no ayudan al desarrollo del propio niño o del resto de compañeros.

Está orientado a niños que presentan graves dificultades de comunicación e interacción social en el contexto de un diagnóstico de TEA. Son criterios de inclusión al grupo la presencia de lenguaje y una mínima o incipiente capacidad de mentalización, así como la ausencia de discapacidad mental.

Coincidiendo con la intervención grupal los pacientes mantienen seguimiento individual y familiar en nuestro servicio, centrado en el acompañamiento del niño y su familia.

El grupo está conducido por dos terapeutas pues consideramos necesaria la presencia de dos "mentes pensantes" dada la intensidad de la experiencia emocional, así como la gran necesidad de atención e intervención que requieren estos niños.

Nuestra intervención contempla un espacio de supervisión diferenciado del grupo en el que la introducción de un observador externo sirve como interlocutor que ayuda a pensar sobre la experiencia vivida y a poder darle un sentido.

El objetivo general del grupo es facilitar la interacción a través del desarrollo de la comunicación verbal y no verbal, así como de aquellas funciones cognitivas y emocionales necesarias para la comprensión de uno mismo y del entorno; funciones tales como la capacidad de pensar (mentalización), de representación simbólica, de diferenciación (yo - no yo), de contacto emocional con los propios sentimientos y emociones, de regulación emocional, de tolerancia a la frustración y de relación.

En palabras de Elena Fieschi (2016), el grupo busca vivir una experiencia de "existir juntos", busca despertar en el niño algún interés relacionado con sí mismo, los otros niños, las terapeutas, el grupo; buscando momentos de placer compartido siempre en función del grado de afectación de cada niño.

El grupo favorece la observación y promueve la capacidad de juego y de transformación de la realidad. A los niños se les ofrece la posibilidad de expresarse y jugar de forma distendida, favoreciendo una situación que comporta contactar con las propias dificultades y capacidades, convirtiéndose en un potente vehículo terapéutico. En este contexto el proceso creativo sería una forma de acercarse a la posibilidad de explorar, investigar, jugar, crear y por lo tanto de existir y diferenciarse. Se ofrecen oportunidades para comunicarse, pasando de una experiencia sensorial a una experiencia simbólica, partiendo de una actividad solitaria y potenciando la consciencia de la existencia del otro y la posibilidad de establecer un significado compartido (Recio, 2017).

El despacho pasa a ser usado como "caja de juego" (Iglesias, 2016), por este motivo y para evitar fomentar la disgregación de estos niños, se recomienda que haya pocos objetos disponibles. En nuestro caso el material utilizado contiene piezas de construcción, utensilios para la cocinita de la que disponemos, papeles, tijeras, pegamento, celo, lápices, cartones, pinzas, plastilina, telas de colores y en general juguetes sencillos que posibiliten la expresión, comunicación e interacción. El material es común pero cada niño dispone de una carpeta y una caja individual donde poder guardar sus producciones gráficas o plásticas, ya que

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

consideramos muy importante poderlas reencontrar en las siguientes sesiones, potenciando el recuerdo y la permanencia del objeto (Piaget, 2001).

Las sesiones suelen tener una estructura en la que se intenta diferenciar el momento inicial, la propia sesión y el final.

Al inicio y al final aparecen y se abordan las ansiedades del reencuentro y separación. La puesta en marcha del grupo empieza ya en la sala de espera, cuando niños y terapeutas se encuentran y saludan anunciando quien ha llegado, las ausencias y retrasos o se nombra de dónde vienen y familiares que acompañan.

Ya en la sala del grupo se continúa fomentando el recuerdo de la sesión anterior así como aspectos destacados de la misma. Se favorece la expresión libre y se ofrece la compañía constante por parte de las terapeutas que observan, animan, verbalizan y se unen a la actividad de los niños.

Al final de la sesión se intenta construir un relato compartido de la experiencia y, tal y como comentábamos anteriormente, se trabaja la separación y la permanencia del objeto a través de la anticipación del próximo encuentro.

TÉCNICA

Esquema Psicopedagógico de Julia Coromines

La técnica empleada en nuestra psicoterapia de grupo es el Esquema Psicopedagógico desarrollado por la Doctora Coromines en 1991. Para ella, los niños autistas viven adheridos en mayor o menor medida al mundo sensorial que actúa como un refugio psíquico que los aísla de la realidad. Estos núcleos de sensorialidad no mentalizada no pueden ser pensados ni integrados. En este sentido remarca la importancia de favorecer el proceso de consciencia y mentalización de esta sensorialidad no integrada.

Dicho esquema diferencia cuatro niveles de intervención según el funcionamiento y los recursos de cada niño. La observación será una herramienta que nos irá acercando a la comprensión de cada niño, en cada momento y en cada situación.

En un primer nivel se verbalizan las acciones que el niño está realizando con frases sencillas y preguntas simples, por banales que parezcan e independientemente del nivel de comprensión del lenguaje. Por ejemplo: " *hoy es lunes y estamos en el grupo, aquí está la caja...*!". Con esta intervención y aunque ya sabemos que quizá no habrá respuesta, estamos ayudando a la diferenciación. También podríamos incluir en este nivel la imitación significativa, desde la que se describe sin palabras, imitando desde el gesto y la emoción, favoreciendo que el niño pueda ver en nostras lo que debería ser vivido y pensado dentro de él (Arias, 2014).

En un segundo nivel se sugieren las sensaciones y el objeto que las produce para que los niños se puedan ir haciendo conscientes de lo que hacen y de lo que sienten o deberían sentir, sugiriendo, por ejemplo: "h*ace calor aquí!, ¿nos quitamos la chaqueta?*".

En un tercer nivel las terapeutas intentan conectar la experiencia sensorial y el reconocimiento del sentimiento que básicamente será de satisfacción, rechazo o dolor, ejemplificado aquí en el caso de un niño que tiene sed y al beber el agua fresca le podemos decir: "*que bien el agua fresquita!!, te gusta...*".

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

Y en un cuarto y último nivel se intentará estimular el recuerdo mediante preguntas y anticipando situaciones nuevas y posibles cambios. En este sentido podríamos decir "*mira!!, hoy ha venido Juan, estamos todos! . El otro día no estaba porque su mamá no lo pudo acompañar..., ¿os acordáis que lo contamos?, al subir Anna ya se dio cuenta de que Juan no estaba*".

Las terapeutas estimulan el recuerdo de sesiones anteriores, facilitando la sensación de continuidad del tratamiento. Anticipan las situaciones nuevas y las separaciones. A estos niños les ayudará concretar la ausencia de la separación (por ejemplo, transmitiéndoles que podremos pensar en ellos y viceversa), contemplando la dificultad para adaptarse a los cambios y su diferente concepción del tiempo, por ejemplo, con el uso de un calendario personalizado.

Niveles de Calibarción de Anne Alvarez

Otro aspecto relevante en relación a la adaptación del método psicodinámico (de carácter simbólico) que requiere la intervención con niños TEA (asimbólicos) es el papel activo del terapeuta con el objetivo de intentar sintonizar con el niño, tal y como recoge Anne Álvarez cuando habla del trabajo de la calibración o niveles de trabajo analítico. La autora describe tres niveles de intervención.

El primero consiste en la amplificación de los estados mentales que sería cuando las terapeutas hacen uso de la dramatización (versión amplificada de la verbalización), sobreactuando la emoción, como cuando las terapeutas dicen "*Hey!!, mira*!!", *"estoy aquí*", con la intención de REVITALIZAR al niño.

El segundo nivel sería la descripción de lo que está pasando o, dicho de otra manera: ¿QUÉ pasa? Por ejemplo: "*estamos en el grupo, es lunes!, ha venido Juan, Anna, Francisco y María*".

Y el tercero en el que se daría una significación a lo que está pasando, que corresponde a un PORQUÉ, del tipo "*estás contento porque hoy estamos en el grupo"*, o "*estás contento porque te ha salido bien tu dibujo*". Las terapeutas mantienen una atención activa ajustada y ejercen una "compañía viva" (Alvarez, 1992) que permita la relación, conteniendo el grupo más allá de las palabras.

Las terapeutas repiten con cierta imitación mimética y verbalizan las acciones y los juegos mayoritariamente sensoriales y repetitivos que transmiten seguridad. Poco a poco estimulan la comunicación y el compartir y sin crear una vivencia demasiado prematura, el yo se va pudiendo diferenciar del "no yo". Las terapeutas se van adaptando a la necesidad de distancia del niño (ni demasiado lejos ni demasiado cerca) en un intento de evitar ser vividas de forma invasiva. Nombran y describen la experiencia sin situarla aún en el niño, por ejemplo, mediante el uso de la tercera persona: "*los niños se enfadan*" en lugar de "*tú te enfadas*" (Ferret, 2009).

ESCALA OBSERVACIONAL PARA NIÑOS CON FUNCIONAMIENTO TEA

A la hora tanto de incluir un determinado candidato al grupo como de valorar su evolución durante y una vez finalizado el tratamiento, consideramos relevante y de gran ayuda la observación y valoración de los diferentes niveles de funcionamiento del niño que a su vez constituyen los mismos puntos centrales sobre los que pretende incidir la intervención terapéutica grupal.

Ante la ausencia de un instrumento sencillo, útil y sensible, capaz de sistematizar esa observación clínica, así como de identificar la presencia de pequeños o grandes indicios de evolución y progreso, se elaboró un instrumento para tal efecto (Tàrrega, Ibáñez y Ferret, 2008).

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

Este instrumento toma como base aspectos teóricos como el esquema psicopedagógico de Coromines de orientación Kleiniana, el Inventario de Espectro Autista IDEA (Riviere, A. 2004) y la Escala Kleiniana para adultos (Aguilar y cols. 2009), entre otros.

Nuestra Escala Observacional para Niños con Funcionamiento TEA propone ocho criterios de evaluación (*Tipo de Pensamiento; Comunicación y Expresión Verbal; Comunicación y Escucha; Diferenciación; Sentimientos, Emociones y Estados Afectivos; Conflicto Interno/Externo; Estilo Relacional; Juego y Capacidad Simbólica*), constituyéndose cada uno de estos constructos dimensionales en cuatro niveles que nos permiten graduar desde una mayor afectación a un funcionamiento más evolucionado. En el ANEXO 1 se adjunta la Escala.

RESULTADOS

En este apartado recogemos dos viñetas clínicas que reflejan de forma muy sintética y descriptiva tanto el marco de la intervención grupal como las dificultades en los procesos mentales primarios que presentan estos niños. Con estas viñetas también pretendemos destacar la importancia de buscar y dar significado a las expresiones de los niños, sean cuales sean, pues desde una visión psicodinámica entendemos que toda expresión comporta una forma de comunicación (Acquarone, 2007).

VIÑETA 1: "Mi maqueta".

Sesión correspondiente a una fase avanzada de tratamiento.

Jose pide a la Terapeuta 1 (T1) que le construya un barco de papel y T1 le dice que lo intentará. Jose queda despreocupado del barco mientras coge otro trozo de papel y se pone a hacer un avión. T1 va diciendo que no sabe hacer barcos y que no sabe cómo quedará, y le hace notar que Jose no le está contando como tiene que ser este barco ni como lo quiere. Cuando T1 acaba el barco se lo muestra a Jose y éste empieza a canturrear, sin poder parar de repetir ni poder hacer nada más. Los otros niños se empiezan a alterar y también se van excitando. T1 y T2 hablan del malestar que genera esta repetición y finalmente Jose explica que se le queda en la cabeza y no se la puede quitar. T2 dice que a veces los niños se pueden quedar muy tristes porque tienen una idea en la cabeza y piensan que les quedará muy chula y si finalmente queda como "un churro", igual que el barco que ha hecho T1, uno puede quedar desilusionado. Jose vuelve a hablar sobre la maqueta del Titánic que ha visto en el puerto. T1 y T2 recuerdan que hace días nos explicó esta maqueta y que él imaginó que la podríamos construir en el grupo e incluso meternos dentro. Los demás niños del grupo pueden compartir el recuerdo de esta maqueta del puerto.

Comentarios de la sesión:

En esta sesión, Jose utiliza a la terapeuta como una parte de él mismo, expresa su deseo, pero se desentiende de la petición. La terapeuta va verbalizando *que no sabe*. Promueve la diferenciación, aunque construye el barco "deseado". Pero el barco "deseado" y el "real" no es lo mismo. Jose no lo puede aceptar y se produce un conflicto entre el deseo y la realidad que genera una gran frustración. Jose se repliega utilizando una canción que repite de manera insistente con la que se desconecta de la experiencia de frustración. Esta canción repetitiva invade la sesión y el pensamiento, niños y terapeutas comparten el malestar que solo se puede evacuar. Cuando se puede hablar de este malestar los niños pueden conectar con las experiencias de frustra-

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

ción surgidas en relación al "barco de papel" que no corresponde al "deseado" o "imaginado". El acompañamiento empático y compresivo de la sesión ayuda a que se pueda poner palabras a la experiencia.

VIÑETA 2: "Igual y diferente".

Sesión correspondiente a una fase inicial de tratamiento.

Al llegar al grupo apenas nos podemos saludar y un niño dice que hoy hará "una casa diferente". Otra niña se suma a esta propuesta y se ubican en el mismo espacio de siempre, pero intentan una estructura distinta con los cartones, las sillas y las telas. Jordi dice que él quiere "una casa igual", refiriéndose a la casa que hicieron el último día. Cada uno insiste en su idea no pudiendo tolerar la diferencia, hasta llegar al enfado. Mientras dos de ellos mantienen la construcción de la casa diferente Jordi hace una trampa con celo que impide la entrada en la casa. Le preguntamos por lo que quiere decir "una trampa" pero no acaba de poder explicarlo y de hecho nosotras creemos que el uso que hace del significante no es correcto. Aún y así insiste en que "no se puede entrar". Los otros niños quieren entrar en "la casa diferente" pero Jordi lo intenta impedir a toda costa. Este conflicto ocupa prácticamente toda la sesión y las terapeutas tienen que ayudar a contener físicamente la agresividad ya que las palabras no contienen suficiente. Durante la sesión las terapeutas sólo pueden percibir la intensidad del conflicto, la rigidez y el malestar de los niños.

Comentarios de la sesión:

¿Qué quiere decir igual?, ¿Qué es diferente?

En general los niños del grupo suelen realizar los mismos juegos y siguen las mismas rutinas porque hacer cosas diferentes promueve ansiedad, los cambios son todo un reto. Pero el grupo propone hacer una casa diferente de la que construyeron el último día con telas y cartones. Jordi es un niño que se relaciona de manera mimética, jugando a lo mismo que los otros niños sin poderse diferenciar. En esta sesión, hay la propuesta de la casa "diferente", pero él dice quererla "igual" y se diferencia por oposición. A su vez, realiza una acción contraria a la que él mismo ha propuesto y complementaria a la tarea del grupo: "una trampa".

Nos ha interesado mostrar esta viñeta en la que Jordi plantea claramente un obstáculo y por primera vez en el grupo intenta autoafirmarse y diferenciarse del resto de niños. Este aspecto es sumamente relevante sobre todo si tenemos en cuenta que hasta el momento y durante todas las sesiones que llevamos realizadas Jordi se ha mostrado muy adhesivo y sin iniciativa propia para cualquier actividad. En este sentido este funcionamiento constituye un gran avance ya que refleja un intento por mostrar una cosa propia y defenderla ante sus compañeros. Pensamos que en cualquier otro momento esta conducta de Jordi podría ser interpretada únicamente desde la rigidez del niño.

En esta sesión de grupo, algunos de los niños se ponen de acuerdo en construir una casa diferente y la trampa pasa a ser incorporada en el juego, representando la dificultad de entrar y salir, estar juntos y separados, etc. Las terapeutas, en el trabajo de reflexión y supervisión posterior, podemos interpretar el juego de la trampa que impide la entrada como un progreso en el proceso de diferenciación de Jordi. Estos intentos de diferenciación generan mucho malestar en el grupo, pareciendo que Jordi quiera provocarnos y sacarnos de nuestras casillas. La experiencia grupal facilita en este caso que se pueda vivir la rivalidad y el conflicto en un espacio contenedor a pesar de la intensidad, contribuyendo así a la regulación de dichas emociones

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

DISCUSIÓN

El espacio grupal permite de una forma muy especial que las terapeutas puedan conectar con el niño y su sufrimiento, favorecen la comprensión de su mundo externo e interno y genera las condiciones necesarias para intentar facilitar el deseo de relación con el otro.

La dinámica grupal evidencia las dificultades, pero también promueve las capacidades emocionales y cognitivas antes descritas, a la hora de experimentar, tolerar y digerir la presencia del otro; un otro que representa la frustración, la espera, la no consecución de los propios deseos y la pérdida de la exclusividad, en este caso del adulto que tiene que repartir su atención entre todos los niños del grupo.

La administración de nuestra escala observacional al inicio, durante y al final del grupo en diferentes ediciones grupales, aunque pendientes de objetivar a nivel estadístico, refleja la presencia de cambios y mejoras muy relevantes en la gran mayoría de dimensiones y en todos los pacientes evaluados tras la intervención grupal.

Aunque el tratamiento grupal no es la única intervención que reciben los pacientes que configuran nuestro grupo, sí que es la principal y la más intensiva, motivo por el que a nuestro entender podemos atribuir las mejoras acontecidas principalmente a este tipo de intervención.

A continuación, detallamos otros beneficios secundarios, pero no por ello menos relevantes que comporta una intervención grupal como la aquí expuesta:

El trabajo grupal supone una optimización de los recursos asistenciales, aspecto a tener muy en cuenta en el contexto de la red de salud pública.

En el contexto del grupo el paciente no se siente tan solo en sus dificultades, el grupo actúa como espejo y otorga la posibilidad de observar, imitar, introyectar e ir desarrollando el sentimiento de identidad.

A través de la observación, la imitación y la introyección del otro el grupo favorece la experiencia de crecimiento a través de la zona de desarrollo próximo (Vygotsky, 2012).

Puesto que el objetivo principal del tratamiento grupal en TEA es la intervención sobre las dificultades de comunicación y relación de estos niños, el grupo otorga las condiciones necesarias para trabajar estos aspectos.

Para finalizar, queremos remarcar la utilidad del grupo como herramienta diagnóstica, al posibilitar la observación in situ de situaciones que no se dan en la intervención individual. El grupo actuaría como un laboratorio en el que es posible realizar micro-observaciones de aspectos profundos del funcionamiento mental de estos niños, tanto en sus dificultades como en sus potencialidades.

Por todo ello podemos concluir que la terapia grupal de carácter psicodinámico facilita un contexto de trabajo óptimo y comporta efectos muy positivos en niños con dificultades comunicativas y de relación.

LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO

Aunque somos conscientes de las limitaciones de un estudio descriptivo como este, estamos convencidas de la relevancia de una intervención grupal como la que presentamos en este trabajo. En esta línea, nos planteamos como proyecto de futuro

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

la necesidad de validar nuestra Escala Observacional para Niños con Funcionamiento TEA, con el objetivo de confirmar estadísticamente los beneficios a los que apunta la impresión clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acquarone, S. (2007). *Signs of autism in children. Recognition and early intervention*. London: Karnak.

Aguilar, J, Fernández, A, Campo, V. et al. (2009). Análisis factorial y características psicométricas de la Klein Psychoanalityc Diagnostic Scale (KPDS). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, *13,* 9-20.

Alvarez, A. (1992). *Live company. Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abuse Children*. London: Routledge.

Alvarez, A. (2004). A propósito del elemento de déficit en los niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores de desarrollo. En J. M. Brun y R. Villanueva, *Niños con autismo: experiencias y experiencias.* Valencia: Promolibro.

Arias, E. y Mestres, M. (2012). Comunicación libre: Intervención grupal con preadolescentes con autismo de alto funcionamiento. XXIV Congreso Nacional Sepypna "la adolescencia hoy: Intervenciones terapéuticas". Donostia - San Sebastián 20 y 21 abril.

Arias, E., Castelló, C., Fieschi, E., Mentres, M. y Soldevila, A. (2014). Investigación observacional: Una experiencia de intervención con niños con TEA basada en la teoría de las neuronas espejo. *Temas de psicoanálisis, 7.*

Baron-Cohen, S., Lelslie, A. M. y Frith, U. (1985). Does the authistic chlild have a "a theory of mind?". *Cognition, 21*.

Coromines, J. (1991). *Psicopatologia i Desenvolupament arcaics. Assaig psicoanalític.* Barcelona: Espaxs.

Coromines, J., Fieschi, E., Grimalt, A. y cols. (2008). *Processos mentals primaris. Implicacions psicopatològiques i implicacions tècniques.* Barcelona: Fundació Orienta. Grup del llibre.

Ferret, T. (2009). De la bidimensionalitat a la tridimensionalitat. *Revista catalana de Psicoanàlisis, 26*(2).

Fieschi, E. (2016). Descobrir, repetir, jugar: el joc, les sensacions, les ansietats en els nens amb trastorns de l'espectre autista. *Revista Eipea*, *1*, 28-32.

Iglesias, M. (2016). Tratamiento de niños con un trastorno del espectro autista (TEA) desde la comprensión psicoanalítica. Evolución de las ansiedades de separación en el tratamiento de un niño. *Revista Catalana de Psicoanálisis*, *34*(1).

Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros.* Buenos Aires: Katz.

Negri, R. (2011). La consulta terapéutica en els primers mesos de vida. *Desenvolupa, la Revista d´Atenció Precoç, 32*.

Piaget, J. (2001). *Psicología y pedagogía*. Barcelona: Editorial Crítica (Orig.1969).

Ramachandran, V. S. y Oberman, L. M. (2007). Espejos rotos: una teoría del autismo. *Investigación y ciencia, 364*, 22-29.

Recio, M. (2017). Los beneficios del proceso creativo en la terapia de niños con trastorno del espectro autista. *Revista eipea, 2*.

Riviere, A. (2004). *IDEA Inventario de Espectro Autista.* Buenos Aires: Fundec.

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

Vigotsky, L. (2012). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*.). Barcelona: Editorial Crítica (Orig.1978).

Viloca, L. (2012*). El niño autista*. *Detección, evolución y tratamiento.* Barcelona: Col.leccions Carrilet.

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

Escala Observacional para Niños con funcionamiento TEA.
(Tárrega, B., Ibañez, o. Ferret, T. 2008).

1. TIPO DE PENSAMIENTO

A	Disgregado, desorganizado, cuesta mucho seguir un orden lógico. No se entiende. Necesitamos poner orden para entender lo que nos quiere expresar	
B	Pobreza en el contenido del pensamiento. La expresión es lógica pero el contenido es pobre.	
C	Puede haber cierta conexión de secuencias causales (puede comprender dos acontecimientos de manera lógica)	
D	Es capaz de seguir un pensamiento vinculando varias secuencias de manera más completa	
Observaciones		

2. COMUNICACIÓN VERBAL

A	Sin lenguaje o uso de palabras, en determinadas ocasiones de difícil comprensión. La terapeuta tiene que averiguar lo que el niño quiere expresar.	
B	Uso idiosincrático del lenguaje: ecolalias: (repetición exacta de una frase para expresar una idea)	
C	Uso de frases con significado, de manera concreta	
D	Uso del lenguaje simbólico	
Observaciones		

3. ESCUCHA Y RELACIÓN

A	El otro predominantemente no existe , el niño está en su mundo. No escucha.	
B	El niño puede hacer relaciones adhesivas (imitativas) y puede escuchar parcialmente lo que viene del otro.	
C	En determinados momentos puede escuchar al otro y mantener una conversación pero en otros momentos se mantiene aislado	
D	El otro existe, puede mirarlo y mostrar cierto interés por lo que dicen o hacen los compañeros	
Observaciones		

4. DIFERENCIACIÓN

A	Relación autística con los objetos y las personas (lleva objetos en la mano a modo de objeto autístico o utiliza la mano o al otro para realizar alguna actividad)	
B	Tiende a la indiferenciación, y con ayuda, puede diferenciarse y percibir al otro.	
C	Puede reconocer, en determinados momentos, que el otro existe, aunque le cree malestar.	
D	En determinados momentos entiende que el otro es diferente y acepta parcialmente esta diferencia, con o sin nuestra ayuda.	
Observaciones		

5. SENTIMIENTOS, EMOCIONES Y ESTADOS AFECTIVOS

A	Dificultad para percibir o expresar emociones y que estas puedan ser reconocidas por las observadoras y él mismo.	
B	En ocasiones puede expresar cierto malestar vinculado a alguna situación que permite nombrar la emoción (puede expresar de forma más clara el malestar, golpea o hace sentir al grupo su emoción)	
C	El niño, en determinadas ocasiones, puede ir expresando la emoción vinculada a una situación concreta	
D	Puede expresar emociones vinculadas a una situación o relación, dentro o fuera de la sesión, de manera congruente.	
Observaciones		

6. CONFLICTO INTERNO/EXTERNO

A	El niño se muestra en todo momento muy rígido con su idea o juego o actividad y no puede aceptar de ninguna manera otras posibilidades.	
B	Aunque con predominio de la rigidez y con nuestra ayuda, en ocasiones puede adecuarse a otras propuestas o ideas.	
C	Con frecuencia se puede adecuar a las circunstancias, ideas o propuestas de los otros. Puede mantener algunos aspectos de rigidez, o mostrar rigidez en ciertos aspectos y mayor flexibilidad en otros	
D	Puede mostrarse flexible ante los sentimientos, ideas o propuestas de los demás aunque en determinados momentos prefiera la actividad solitaria o mantenga sus ideas más concretas	
Observaciones		

7. ESTILO RELACIONAL

A	No busca a los demás, prefiere hacer las cosas en solitario o predominantemente queda aislado	
B	A pesar de que prefiere estar aislado o solitario, puede aceptar el acercamiento de los demás, o que el otro observe su actividad. En ocasiones puede aceptar que el otro se mantenga cercano pero no acepta las sugerencias o intervención.	
C	Acepta la sugerencia o participación aunque no la busca activamente	
D	Mayoritariamente busca la participación de los demás, aunque en ocasiones pretende que los demás se adecúen a su idea o actividad o se comporte de forma adhesiva	
Observaciones		

8. JUEGO Y CAPACIDAD SIMBÓLICA

A	Ausencia de sentido o finalidad en las acciones que realiza, esparce los juguetes, los remueven, los tocan, huelen…	
B	Utiliza los juguetes de manera estereotipada o pobre, consistente en una repetición de acciones del tipo hacer filas de coches, …	
C	Se muestra más capaz de realizar algún juego sencillo, pero con algún aspecto simbólico, aunque sea con la ayuda de las terapeutas, tipo juego de restaurantes, tiendas, médicos …	
D	Más capacidad para realziar un juego simbólico, siendo más funcional aunque con cierta ayuda del adulto.	
Observaciones		

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

IN-CORPORANDO EXPERIENCIAS EN GRUPO*

THE INCORPORATION OF GROUP EXPERIENCES

*Catalina Martín Gómez** y Luis Miguel Martínez González****

RESUMEN

Presentamos la experiencia de una forma de trabajo grupal con chicos de 10- 12 años ingresados en Hospital de Día-CET del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés. En la pubertad muchos autores refieren importantes resistencias a los tratamientos clásicos individuales y proponen intentar nuevos abordajes grupales o psicodramáticos.

A partir de la experiencia de trabajo en expresión corporal con adolescentes del hospital de día, se decide adaptarlo a los púberes de la unidad de infantil. Se trabaja en coterapia.

La dinámica integra intervenciones desde la expresión corporal, el psicodrama y la psicomotricidad. El objetivo es ofrecer una experiencia emocional compartida en el placer de experimentar el descubrimiento de uno mismo con otros.

Concluimos que este modo de abordaje es útil en la pubertad. Permite una vivencia del cuerpo en movimiento, integrada sensorialmente, en un espacio que se constituye capaz de contener tanto las proyecciones como los aspectos disociados y conductas de oposición, tan frecuentes en este momento del desarrollo.

Palabras clave Hospital de día infanto-juvenil, grupo, expresión corporal, pubertad, trastorno mental grave.

ABSTRACT

We introduced the experience of a group therapy with 10-12 year-old boys who are patients at the Day Hospital-CET of José Germain Psyquiatric Institute. During puberty, several authors referred great resistance to individual classic treatments and they proposed to try new group or psychodramatic approaches.

---

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psiquiatra de la Unidad infantil del Hospital de día del Instituto Psiquiátrico José Germain - Centro educativo terapéutico de Leganés. catimiguel@yahoo.es

*** Terapeuta Ocupacional del Hospital de día Infanto- juvenil del Instituto Psiquiátrico José Germain - Centro educativo terapéutico de Leganés. lumimago2010@hotmail.com

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

Based on the work experience of corporal expression with adolescent patients at the Day Hospital, we decided to adapt this work to younger boys and we did co-therapy. The group dynamic integrated interventions based on corporal expression, psychodrama, and psychomotricity. The aim was to offer a shared emotional experience based on the pleasure of discovering one-self with others.

We concluded that this approach was useful during puberty. It allowed to experience the body in motion and a sensory integrated experience in a space that is able to hold the projections as well as the dissociated aspects and oppositional behaviors which are very common at this period of life.

Key words: Day-Hospital for Children and Adolescents, group, body expression, puberty, major mental disorder.

INTRODUCCIÓN

Presentamos la experiencia de una forma de trabajo grupal con chicos de 10 a 12 años en el marco de un HDD. Nos pareció interesante compartirla, dada la dificultad del abordaje terapéutico que entraña el momento de la pubertad, en especial en niños con trastornos graves.

Muchos autores refieren importantes resistencias a los tratamientos clásicos individuales y por ello proponen intentar abordajes grupales o psicodramáticos.

A partir de la experiencia del trabajo en expresión corporal con adolescentes, realizado por el Terapeuta Ocupacional, decidimos adaptar la propuesta a los púberes de la unidad de infantil trabajando en coterapia.

La dinámica integra intervenciones desde la expresión corporal, del psicodrama y la psicomotricidad y facilita la verbalización de las experiencias desde una escucha psicodinámica. El foco de atención principal es el cuerpo en movimiento y el grupo.

ALGUNAS CUESTIONES TEÓRICAS SOBRE LA PUBERTAD

La pubertad sitúa al sujeto ante la tarea de asumir una identidad sexual determinada y asegurar su autonomía en relación a los padres. (Jeammet,2004),

En este momento de desarrollo, resulta de especial importancia la transformación corporal. En las primeras etapas de la vida el niño contaba con el Otro materno y su mirada, para ser sostenido y para inscribir los cambios en su cuerpo, y construir su historia. Ahora es el sujeto, quien, sirviéndose de su propia experiencia relacional con los pares, y el entorno social, debe realizar la tarea de ser biógrafo de su propia historia.

Utilizamos el mito de Acteón para ilustrar el efecto dramático que puede tener la transformación corporal y la angustia ante la pérdida de la imagen infantil: *"El apuesto héroe Acteón conducido por el destino, penetra en la cueva donde la virginal diosa Diana mojaba y humedecía su cuerpo. Diana enrojece y se enfurece por que la ha visto sin vestido, sin ningún velo y le dice: Ahora ve a contar que me has visto sin velo, si puedes hacerlo, yo consiento, y transforma el cuerpo de Acteón en un ciervo. Este huye y cuando se*

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

mira en el reflejo del agua, se da cuenta de sus cuernos y de su nueva figura. No puede pronunciar ninguna palabra, ninguna voz, sin imagen sólo puede gemir. Únicamente - continua el mito- conservó su espíritu. Finalmente muere atacado y mordido por sus propios perros que no lo reconocen". (Levin, 2005)

Hacemos propias las cuestiones de Levin (2005) sobre el mito: *"¿Cómo hablar sin una imagen donde reconocerse?, ¿Cómo conservar el espíritu sin su propio cuerpo?,¿Si ni siquiera el otro lo reconoce como podría reconocerse? "O la pregunta* fundamental sobre cómo cambiar y seguir siendo uno mismo.

DESARROLLO DE LA TERAPIA

Nuestra experiencia profesional nos ha llevado al convencimiento que para diseñar un modelo de terapia como el que nos ocupa, es imprescindible previamente, hacer un trabajo vincular sostenido y mantenido en el tiempo, que a nosotros como terapeutas nos permita "demandar al grupo" el mayor compromiso posible con la terapia y a ellos poder confiar en nosotros para la tarea. Por tanto, el diseño de esta terapia es el resultado de nuestra convivencia diaria con ellos y no tanto de un determinado posicionamiento teórico y clínico.

El trabajo se divide en tres ciclos*: La sala/el espacio, El grupo y El cuerpo en movimiento*. Cada una de las sesiones está pensada para trabajar sobre diversos aspectos y cumplir determinados objetivos. No obstante, el curso de las mismas puede resultar tan impredecible, que va a demandar de los terapeutas la máxima atención y creatividad posible. Tenemos que presentar respuestas rápidas y acordes a cualquier circunstancia no prevista.

Utilizamos una amplia gama de materiales propios de psicomotricidad (pelotas de distintos tamaños, aros, cuerdas…) para acometer las sesiones como etapas para alcanzar o aproximarse a un objetivo último: tomar conciencia del cuerpo como un lenguaje en sí mismo y ofrecer una experiencia emocional compartida en el placer de experimentar el descubrimiento de uno mismo con otros.

Cuando diseñamos las sesiones que integran el ciclo que llamamos "la sala/el espacio" estamos facilitando un trabajo de exploración vivenciado en grupo de las dimensiones y distancias de las salas, de los objetos que contiene y las posibilidades de juego y trabajo que nos ofrecen y de las modificaciones y transformaciones del espacio que permitan en cualquier circunstancia dar las respuestas más adaptativas posibles.

El segundo ciclo que llamamos "el grupo " hace referencia a cómo identificar y definir un grupo, ¿es tan sólo un sumatorio de individuos o requiere de otras características? también trabajamos cómo evolucionan los grupos y cómo identificar sus etapas, las figuras de liderazgo y otros roles dentro de un grupo, desempeño de dichos roles, lazos afectivos que se establecen, a cuantos grupos simultáneamente se pertenece y por último lo que aportan a y reportan de su grupo de terapia.

El colofón al trabajo lo conforman las sesiones del ciclo " el cuerpo en movimiento ", que están orientadas a potenciar la danza/el baile, la interpretación, la imitación, la postura corporal, las expresiones faciales y el cuerpo en relación con otros objetos (como juega, maneja, se desenvuelve con distintos objetos).

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

Cada sesión está diseñada con una estructura fija en cuanto a inicio, desarrollo y cierre. Se termina la actividad formando un círculo donde se pretende abrochar lo experimentado a las palabras, tarea arduo difícil para algunos: "*me aburro", "quiero seguir jugando", "no se me ocurre nada,"* que tratamos de manejar con la propuesta de que al menos, arriesguen unas palabras para un título, estos son algunos ejemplos:

"En continuo movimiento, es raro, me siento feliz"; "*Pensando en todo, pensando en cómo pensar";* "*Pepito el de los ladrillos… que no es el hermano de Elena"; "Lo que quiero ser de mayor"; "A por mi reto"; "Las zapatillas y las letras" …*

Después cerramos con una frase ritual y un gesto. Durante una época, fue un saludo japonés, Konnichiwa, con inclinación de cabeza. Es un saludo que significa buenos días pero que también encierra otro significado más interesante, según M Cruz Estada, alude a marcar que entre el otro y yo, existe un espacio/hiato, una distancia, y que nos respetamos. El grupo que siguió a este, eligió como consigna final un ¡Kabuuum! repetido tres veces mientras se golpeaba rítmicamente la silla, como si finalizar el grupo y lo construido fuera seguido de un momento de destrucción.

Destrucción y reconstrucción de representaciones psíquicas sobre nuestro cuerpo y el mundo, es una tarea constante que imponemos a nuestro aparato psíquico por el hecho estar vivos y en continuo cambio. *(Aulagnier, 1992).*

Rodulfo (1989) refiere que la problemática de la edificación del cuerpo, el niño la resuelve jugando a ser albañil de su propio cuerpo arrancando materiales para su construcción del entorno que le rodea, de su mito familiar, la cultura etc.

VIÑETA CLÍNICA

Nos hallamos en el trabajo de exploración del espacio**.** Se da la consigna de medir el ancho, el largo y las diagonales de la sala utilizando el propio cuerpo como herramienta de medición. Cada uno es libre de elegir cómo hacer dicha medición. Surgen medidas como pasos de tortuga, pasos de Michael Jackson, pasos de oruga, pasímetros, hacia atrás, volteretas, etc. La siguiente consigna es pedirles que piensen en diferentes maneras de medir las mismas distancias todos juntos. La primera vez optan por agarrarse de las manos y estirarse lo máximo posible y la segunda vez, se tumban en el suelo y se cogen de los pies formando una cadena. No estamos explorando todavía el significado del concepto de grupo y sin embargo C. titula la terapia "el metro de todos". Ninguna medida obtenida fue idéntica, tampoco su forma de medir. Experimentaron que todas esas medidas, pueden coexistir sin anularse, incluso se pusieron de acuerdo para elegir al "*pasímetro*" como la medida patrón de todos.

En otra sesión, se les pide que observen la sala y los objetos que contiene. La consigna es que elijan un objeto y exploren los sonidos que puedan conseguir. Uno elige una silla, otro una ventana, otro un radiador y en un tiempo determinado exploran los distintos sonidos que son capaces de sacar a ese objeto. Pasado ese tiempo sus "descubrimientos" los muestran al resto del grupo que tiene la libertad de sugerir otros sonidos. A continuación, seleccionan un único sonido de cada objeto, con el objetivo de intentar sonar como una orquesta. En la recogida verbal F. nombra la cadena del wáter de su casa Todos ríen, él también. Lo que podría parecer como una interrupción adquiere mayor significado cuando al concluir la terapia sigue hablando de su miedo al ruido de las cañerías del baño de su casa ¡tanto miedo que una vez llegó a hacérselo encima ¡A raíz de esta terapia F. pudo empezar a hablar y tratar su encopresis!

Entre nuestros objetivos está ofrecer un encuadre que organice y vuelva cognoscible el espacio somático.

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

¿CÓMO SE ENTRETEJE EL ESPACIO CORPORAL DENTRO DEL ESPACIO?

En un principio cuando aún no se ha constituido una separación, no se puede hablar de cuerpo / no cuerpo, en este tiempo el espacio es el cuerpo. (…) No está constituido un adentro y un afuera (Rodulfo,1989). En esta indistinción todo lo que se opera y realiza en el espacio se hace sobre el propio cuerpo, esto lo saben muy bien los publicistas de IKEA. Freud (1897) señala que los movimientos del cuerpo le permiten comenzar a discriminar entre un interior y un exterior. La adquisición de la lateralidad le permite al niño leer su espacio con respecto al otro.

Muchos de nuestras dinámicas van dirigidos a experimentar con el espacio. En una ocasión les pedimos que caminaran con los ojos cerrados y al preguntarles por la experiencia decían haberse imaginado como un mapa interior de la sala para orientarse.

REFLEXIONES SOBRE LA TÉCNICA

Que los chicos acepten nuestra propuesta sin sentir que se les trata como pequeños y que puedan despegar a los terapeutas de la imagen de padres, es muy difícil. Nos provocan continuamente con interrupciones y movimientos de oposición. Nosotros pensamos estas conductas como una forma de tomar apoyo en nosotros. "*Oponiéndose el adolescente toma apoyo sobre el adulto al cual se opone sin tener que tomar conciencia de este apoyo y cuidando su narcisismo y su autonomía por la afirmación de su diferencia*" (Jeammet,2005).

A veces lo que entendemos como resistencia o falta de colaboración, se debe a lo intolerable del afecto surgido para el sujeto durante el ejercicio. Es muy importante no dejar fuera del grupo, aquellas manifestaciones que no entendemos o son "disruptivas" y las queremos expulsar, sin darnos cuenta que a lo mejor al que expulsamos, es a *"Pepito el de los ladrillos*" que no era el hermano de E. pero resultó ser el hermano del paciente, quien invadía constantemente su habitación. Es necesario poder "soportar", en el sentido winnicottiano del término, los elementos infantiles, disonantes, creando un espacio que los englobe sin romper el encuadre. Esto también le sucede al cuerpo del púber, tiene que crecer y convivir conteniendo tanto los elementos nuevos, como formas y funcionamientos muy primitivos, defensivos, del niño que aún es.

Los terapeutas representamos, junto con el encuadre, a los límites, pero no sólo en el sentido de un "No", "esto no se puede hacer", sino de la puesta en juego del límite que viene dado por la presencia en una relación con otro.

"El cuerpo (…) en la pubertad. Se transforma independientemente del yo, del adolescente y su voluntad, haciéndole vivir un sentimiento de pasividad que favorece un clivaje cuerpo/psiquis". (Jeamett,2005)

Esta disociación la vemos reflejada en expresiones cotidianas, por ejemplo, *cuando te conviene eres pequeño y cuando no, dices que eres mayor.*

En la pubertad por un tiempo se puede ser grande y pequeño a la vez, sin que la relación entre estos términos sea de oposición sino de ambigüedad. No se trata de indistinción (indiferenciación) sino que la cuestión de las diferencias, queda en suspenso durante un corto lapso de tiempo. ¿Para qué? Pensamos, que para que sea posible mantener una ilusión omnipotente de libertad de elección. Para responder al: ¿Quién soy?,

¿Que puedo ser de mayor?

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

El medio familiar y social tiene la función de ayudar a separar entre lo que es posible y lo que no, introduciendo el "no todo de la realidad", pero muchas veces lo que devuelve, es una mirada en la que no pueden verse. Tal y como vimos en el mito ¿Si no soy grande ni pequeño?… ¿qué/ quién soy?

Nuestro grupo facilita una vivencia del cuerpo en el espacio integrada sensorialmente, en el aquí y ahora. El cuerpo, aunque cambiante supone una continuidad y es una de las certezas que tenemos de nuestra propia existencia, nos hace estar ahí presentes, visibles al otro.

En esta terapia van a experimentar nuevas formas de estar con los otros, conocer mejor sus medidas y sus preferencias, en qué movimiento se sienten más cómodos, a qué distancia y con quien. De lograr ubicarse en un discurso de una forma activa frente a otros.

Del estado de ambigüedad se sale haciendo elecciones. En nuestro espacio terapéutico, no hay una hay una acción "mejor" que otra, todas son decisiones.

Insistimos en facilitar la espontaneidad y la creatividad, para que el chico encuentre su forma de estar con los otros, con aquella que mejor se sienta, según su estilo, el que le permite su subjetividad.

Restablecer para el chico la esperanza, "*la convicción del niño de una adecuación posible, potencial, entre las aspiraciones individuales y las respuestas del entorno" (Aulagnier 1992).*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aulagnier, P. (1992) Fuentes somáticas y discursiva de nuestras representaciones de la realidad. *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, *2.*

Jeammet, P. (1992) Lo que se pone en juego. Las identificaciones en la adolescencia. *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, *2*.

Cartas a Fliess – Manuscrito N (3/4) (C103-127) – [31-05-1897] *https://planetafreud.wordpress.com/category/freud/page/2/?iframe=true&preview*.

Lasa, A. (2010). Logros y fracasos de la latencia como parámetros del diagnóstico clínico. *Psicopatología y Salud Mental , 16,* 21-28

Levin, E. (1995). *La infancia a escena. Constitución y desarrollo psicomotor.* Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Rodulfo, R. (1989). *El niño y el significante. Un estudio sobre la función del jugar sobre en la constitución temprana.* Buenos Aires: Editorial Paidos.

Rodulfo, R. (2008). *Estructuración psíquica y subjetivación del niño de escolaridad primaria. El trabajo de la latencia.* Buenos Aires: Noveduc

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

REFLEXIONES SOBRE LA SUJECIÓN MECÁNICA EN LA INFANCIA*

REFLECTIONS ON MECHANICAL HOLDING IN CHILDREN

*Cristina Catalina Fernández***, Isabel Reyes de Uribe-Zorita**** y Ana Elúa Samaniego*****

RESUMEN

En este artículo se aborda el controvertido tema de las contenciones mecánicas en menores. Las contenciones mecánicas son un método terapéutico destinado a privar a una persona de su libertad de movimiento con el objetivo de salvaguardar su integridad física o la de las personas de su alrededor. Tras conceptualizar el término, trataremos de descifrar cifras de prevalencia y qué consecuencias puede provocar a nivel físico, emocional y conductual. El debate se plantea por ser un método terapéutico controvertido debido a las posibles consecuencias negativas y los dilemas a nivel ético, legal y de los derechos humanos, por lo que analizaremos diferentes alternativas a su uso.

Palabras clave: contención mecánica, salud mental, niños, psiquiatría infantil, infancia, niños.

ABSTRACT

In this article approaches the controversial topic of the mechanical restraint in underage. The Mechanical restraint are a therapeutic method destined to deprive a person of his freedom of movement with the aim to safeguard his physical integrity or the people around them. After conceptualizing the term, we will try to decipher numbers of prevalence and what consequences it can cause at physical, emotional and behavioral level. The debate appears for being a therapeutic controversial method due to the possible negative consequences and the dilemmas to ethical, legal level and of the human rights, for what we will analyze different alternatives to its use.

Keywords: Mechanical restraint, mental health, infant psychiatry, childhood, child.

---

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psicóloga clínica. Hospital Psiquiátrico Casta Arévalo. Valladolid. *cristinacatalina8@gmail.com*
*** Psicóloga clínica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. *isa_zorita@hotmail.com*
**** Psicóloga clínica. Burgos. *anaesamaniego@gmail.com*

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

INTRODUCCIÓN

A lo largo de este artículo trataremos de reflexionar acerca del uso de las sujeciones mecánicas en menores.

Podemos encontrar referencias al tema con diferentes términos como contención o sujeción, pero en cualquier caso nos referiremos a medidas terapéuticas utilizadas con el objetivo de restringir la movilidad del paciente.

En los últimos años, las contenciones mecánicas están adquiriendo mayor protagonismo. Quizás, este protagonismo derive de la angustia y el malestar descritos por los pacientes que han sufrido una contención mecánica, sumado, como veremos, a las consecuencias que acarrea a nivel físico, psicológico, social, ético, legal y de los derechos humanos.

No podemos obviar, que en las unidades de psiquiatría infanto-juvenil, recurrir a este tipo de método como forma de controlar la conducta, es una práctica frecuente. Sigue considerándose una forma de poner freno a los comportamientos perturbadores auto y heterogaresivos.

El uso de esta práctica ha sido considerado históricamente una solución aceptable para el control de las conductas disruptivas. Por lo tanto, el debate actual no es un fenómeno reciente. Las antiguas cadenas siguen reflejando el temor de la sociedad a las personas con enfermedad mental. Y el debate del que hablamos, continúa siendo un antiguo problema no resuelto del mundo de la Salud Mental. Por lo que, la controversia que plantea su uso, nos debería hacer reflexionar sobre posibles alternativas terapéuticas.

Si comenzamos por plantear qué es la sujeción mecánica, cómo y por qué se utiliza, descubriremos que hay muy poca investigación empírica sobre la materia (Knutzen et al., 2012). Reto que se nos plantea a lo largo de este artículo en el que trataremos de descifrar qué entienden los diferentes autores por sujeción mecánica, cuál es realmente su prevalencia, qué consecuencias conlleva, cuáles podrían ser las posibles alternativas a su uso y de dónde deriva su dilema ético, legal y de los derechos humanos.

CONCEPTUALIZACIÓN

El término sujeción mecánica ha recibido una amplia variedad de términos, definiciones y conceptualizaciones según los diferentes autores.

En la literatura científica no encontramos una definición diferencial de sujeción mecánica para la juventud en relación a la que se da para adultos (Pértega, 2016).

Conjugando diferentes conceptualizaciones del término, podemos referirnos a la contención o sujeción mecánica de una persona cuando mediante un dispositivo físico, limitamos su posibilidad de movimiento, de una parte, o la totalidad móvil del organismo, como medida terapéutica excepcional. Su objetivo es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física de la persona o la de otras personas de su entorno (familia, otros pacientes, personal sanitario e incluso de las instalaciones del centro).

A nuestro entender, la reflexión fundamental que plantea esta definición es que la contención mecánica se plantea como medida terapéutica cuando ningún estudio ha demostrado su beneficio curativo.

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

Como apunte, señalar que las contenciones nunca se pueden practicar como castigo por conductas delictivas, siendo en estos casos los órganos judiciales y de seguridad los que han de actuar.

PREVALENCIA

Sabemos, que las contenciones mecánicas se utilizan con pacientes de todos los grupos de edad. Según el Comité de Bioética de España (2016), respecto a la prevalencia del uso de contenciones tanto en el ámbito social como en el sanitario no existen cifras globales exactas, por lo que no podemos cuantificar objetivamente su uso. Sin embargo, como veremos en los datos siguientes, las tasas entre la población infanto-juvenil son significativamente mayores que en la población adulta.

En los Estados Unidos, una investigación (LeBel, Stromberg, Duckworth, Kerner, Goldstein, et al., 2004) indicó que las tasas encontradas en las unidades pediátricas son seis veces más altas que en las unidades de adultos. En Europa y Australia los estudios apuntan hacia tasas más bajas que en los Estados Unidos (Fryer, Beech y Byrne, 2003) pero las razones de esta diferencia aún son desconocidos, ya que, como hemos referido anteriormente, existe una falta de estudio e investigación al respecto. Sin embargo, un dato repetido es el que apuntan LeBel y su grupo de estudio, postulando como en las unidades de menores se sujeta más que en las unidades de adultos, pero sin referir datos empíricos que expliquen su argumentación.

Esta escasez de investigación, también se encuentra en España donde existen datos poco fiables sobre las tasas y características del uso de sujeciones mecánicas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). De las Heras et al. (2005) estimaron que el uso de sujeciones mecánicas existe en más del 25% de los jóvenes hospitalizados. Por lo que uno de cada cuatro menores que ingresan en una planta de psiquiatría infanto-juvenil son sujetados como forma de controlar su comportamiento.

CONSECUENCIAS

Los efectos negativos de las contenciones mecánicas son mayúsculos y comprenden un amplio abanico de respuestas personales. En este apartado, detallaremos las posibles consecuencias que se pueden producir a nivel físico, emocional y conductual.

Las consecuencias físicas de las contenciones mecánicas son numerosas y preocupantes. En primer lugar, vamos a subrayar la más temida, la mortalidad. Una de las posibles causas directas de la sujeción mecánica es la muerte del individuo, además, se ha encontrado que las tasas en niños son más altas que en adultos (Bush y Shore, 2000), por lo que debe obligarnos a llevar un nivel de vigilancia exhaustiva. Otras consecuencias físicas que podemos incluir, y no menos graves, son la aspiración, trombosis, traumatismo en el tórax, lesiones en la piel, etc. (Masters et al., 2002).

A nivel emocional, sabemos que una persona pasa a ser contenida mecánicamente cuando presenta un estado emocional negativo. Por estado emocional negativo en estas situaciones, entendemos fundamentalmente tres emociones: la tristeza, la ira o el miedo. Si el paciente se siente triste, esa tristeza debe de tener una intensidad tan elevada, que lleve al individuo a autolesionarse (quemaduras, cortes, etc.) o querer acabar con su vida. En el caso en que la persona estuviera irascible, rabiosa o agitada, la contención se practicaría cuando hubiese un peligro inminente de agresión a otros o el daño ya se hubiera producido. Y si la persona tuviera miedo, debido mayoritariamente en estos casos, a una ideación delirante en la que se piensa que el otro le

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

quiere hacer daño, el individuo se vería totalmente indefenso y atemorizado ante la contención. Ahora bien, una vez que se ha practicado la sujeción física, sabemos que puede causar la reactivación de experiencias traumáticas previas (Mohr, LeBel, O'Halloran y Preuch, 2010). El sujeto vivencia nuevamente acontecimientos pasados traumáticos que muy posiblemente han sido un factor fundamental de generación de su patología psíquica, lo cual, puede hacer que el individuo empeore.

A nivel conductual, generamos un aprendizaje de métodos coercitivos (Goren et al., 1993). Enseñamos al menor que los métodos coercitivos como forma de controlar el comportamiento son válidos, por lo que fomentamos una forma de aprendizaje basado en la imposición y el control externo. Quizá, sería positivo, y más tratándose de infantes, educar en la regulación de emociones y el control interno.

Como hemos podido comprobar, las sujeciones mecánicas tienes consecuencias perjudiciales para el individuo e interfieren con la libertad personal (De Hert, Dirix, Demunter y Correll, 2011).

Debido a estos planteamientos, muchos esfuerzos se han hecho con el fin de reducir o eliminar el uso de contenciones mecánicas (Koukia, Madianos, y Katostaras, 2009). En el apartado siguiente, detallaremos un programa alternativo a la contención mecánica como forma de mejorar las prácticas terapéuticas y con ello, el de las personas que atendemos en las unidades de psiquiatría.

PROGRAMAS ALTERNATIVOS A LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Como decimos, los profesionales cada vez están más concienciados en la búsqueda de procedimientos diferentes a la contención mecánica, por lo que la revisión de la literatura científica muestra un aumento de métodos terapéuticos alternativos. Hoy en día parece de obligatorio cumplimiento, preguntarnos si existen procedimientos alternativos a la sujeción con el fin de poder evitarla. Es una realidad, que la contención mecánica debe ser la última alternativa a tener en cuenta. Entre las medidas alternativas adoptadas mayoritariamente para retirar con éxito la contención física se describen la estimulación física, la contención verbal, el empleo de psicofármacos, la estimulación cognitiva, etc.

Como vemos, las alternativas a la contención son múltiples y variadas según el modelo aplicado. En este artículo, nos vamos a centrar en mayor profundidad en la propuesta por Lean Bowers y cols. (2015) basado en reducir las tasas de conflicto y contención de las unidades psiquiátricas, en la que se proponen un paquete de diez intervenciones "Safewards":

1. Establecer estándares de comportamiento mutuamente acordados y publicitados por y para los pacientes y el personal.
2. Breves declaraciones de asesoramiento (llamadas "palabras suaves") sobre el manejo de puntos álgidos, colgadas en los botiquines de enfermería.
3. Un modelo de desescalamiento para ampliar las habilidades del personal.
4. Seleccionar y decir algo bueno sobre cada paciente en el cambio de turno de enfermería.
5. Estar atento a las posibles malas noticias que un paciente podría recibir de amigos, parientes o personal e intervenir rápidamente para hablar sobre ello.

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

6. Compartir información personal inocua y estructurada entre el personal y los pacientes (por ejemplo, preferencias de música, películas y deportes favoritos, etc.).
7. Una reunión regular de pacientes para reforzar, formalizar e intensificar el apoyo entre ellos.
8. Una caja de herramientas de distracción y modulación sensorial para usar con pacientes agitados (juguetes de estrés, reproductores de mp3 con música suave, pantallas de luz, mantas, etc.)
9. Dar explicaciones tranquilizadoras a todos los pacientes después de incidentes potencialmente atemorizantes.
10. Proporcionar una muestra de mensajes positivos de los pacientes dados de alta.

Este estudio es el primer ensayo controlado aleatorio que tuvo como objetivo evaluar un programa de reducción de contención mecánica en unidades psiquiátricas, y las intervenciones basadas en el modelo de Safewards demostraron una reducción en la tasa de eventos de conflicto y los eventos de contención en un 15-26,4% en comparación con el grupo de control.

CONSIDERACIONES ÉTICAS, LEGALES Y DE LOS DERECHOS HUMANOS

Para muchos, el uso de sujeciones mecánica en el ámbito sanitario es un problema que limita los derechos, la libertad y la dignidad de las personas. Específicamente, en lo que respecta a los jóvenes, plantea múltiples dilemas legales y éticos.

El concepto de contención mecánica no está definido específicamente, ni tampoco cuándo hay que recurrir a su uso. Además, el comportamiento humano, por mucho que nos empeñemos, no se puede objetivar, y, aunque sepamos que es el último recurso a utilizar, no queda claro cuándo llega ese momento. Por lo que establecer un marco legal más específico que proteja los derechos del paciente parece necesario.

Si hablamos del procedimiento en menores, el uso de sujeciones mecánicas no está regulado, por lo que podrían unificarse criterios en torno a cómo debe realizarse la contención, cuánta debe ser su duración, qué personas deben estar involucradas, dónde debe realizarse y a partir de qué criterios.

Un aspecto importante es el uso de las contenciones mecánicas tras un comportamiento disruptivo, que plantea el uso de este método muy cercano a lo que entendemos por un castigo y que nunca debiera justificarse como tal.

En junio de 2017 el Relator Especial de la ONU, Dainius Puras, emitía un informe sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental centrado, específicamente, en el derecho de toda persona a la salud mental. Dainius reconoce que: "Se deberían ampliar las intervenciones psicosociales eficaces en el ámbito comunitario y abandonar la cultura de la coacción, el aislamiento y la medicalización excesiva" y facilitar así "la transición hacia la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos forzosos y el aislamiento".

Un año antes en España, la Confederación Salud Mental España firmó, junto con la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Federación en "Primera Persona" y la "Federació Veus", el denominado "Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción", un documento que supone el comienzo de un proceso encaminado a terminar con las medidas coercitivas en el ámbito de la atención a la salud mental.

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

Como vemos, no existe una normativa o legislación específica sobre el uso de contenciones, aunque encontremos referencias hacia los derechos, principios y valores que se ven comprometidos por su uso como son la libertad, la dignidad y la autonomía del individuo. Queda claro, que es esencial promulgar una legislación específica del uso de contención mecánica en menores dadas las repercusiones.

CONCLUSIONES

Como hemos visto, el debate de las sujeciones mecánicas va más allá de la práctica clínica, y se dirige, cada vez con más fuerza, al mundo legal, ético y de los derechos humanos.

Nos gustaría terminar reflexionando sobre varios aspectos que hemos ido elaborando a lo largo del artículo:

El primer punto con el que nos hemos topado, es que aún no conocemos qué es una sujeción mecánica en menores, no hay una conceptualización específica y eso nos lleva a no entender cómo se está usando o cuáles son sus motivos. Es necesario realizar un trabajo de consenso para partir de una base común y poder estudiar el ámbito en profundidad debido a la escasez de datos empíricos.

En segundo lugar, hemos hablando de niños, y no podemos obviar que los niños tienen una forma de percibir el mundo diferente a las de los adultos. Es importante conocer las etapas evolutivas que los menores atraviesan a lo largo de su proceso madurativo para entender en mayor medida el motivo de sus comportamientos.

En lo que respecta a las personas que aplican la contención, sería necesario realizar un trabajo de formación y sensibilización sobre las consecuencias y, sobre todo, trabajar habilidades y métodos alternativos.

Dado el impacto ético y de los derechos humanos, los protocolos actuales deberían evaluarse periódicamente con la participación de los Comités de Ética.

Aunque los comportamientos disruptivos en los pacientes generan rechazo entre los profesionales, hay que ser muy cuidadosos en la aplicación de una medida de sujeción, no discriminar a la persona, tratarla con respecto, garantizar su bienestar y protegerla de posibles daños.

Por último, destacar que no existe ninguna prueba de que las contenciones físicas tengan algún beneficio curativo o preventivo, sumado a que los niños son más vulnerables que los adultos y podrían percibir la contención como un suceso altamente traumático, por lo que en todos los centros o unidades que utilicen este procedimiento, se debería disponer de un plan de actuación destinado a disminuir su uso. De acuerdo con los principios éticos universalmente establecidos y los derechos de los usuarios, es necesario que la asistencia sanitaria se dé con humanidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. y Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Revista Internacional de Estudios de Enfermería*, *52*(9), 1412-1422.

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

Busch, A.B. y Shore, M.F. (2000). Seclusion and Restraint: a review of recent literature. *Harvard Rev Psychiatry, 8(*5), 261- 270.

Comité de Bioética de España. (2016). *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario*. Madrid: Comité de Biótica de España.

De Hert, M., Dirix, N., Demunter, H. y Correll, C.U. (2011). Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *European Child Adolescent Psychiatry, 20*, 221-230.

De las Heras, V. F., Mendiola, N., Ramirez, M). Review of aggression management in an emergency setting. *Actas Esp Psiquiatr*, *33*(3), 194- 200.

Fryer, M.A., Beech, M. y Byrne, G.J.A. (2004). Seclusion use with children and adolescents: an Australian experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 26-33.

Goren, S., Singh, N. y Best, A. M. (1993). The Aggression-Coercion Cycle: use of seclusion and restraint in a child psychiatric hospital. *Journal of Child and Family Studies, 2*(1), 61-73.

Knutzen, M., Bjrkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Helen Mjsund, N., Opjordsmoen, S y Sandvik, L. (2012). Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards-Why andhow are they used? *Psychiatry Res*, 0165 1781(12), 00767-6.

Koukia, E., Madianos, M.G. y Katostaras, T. (2009). "On the spot" interventions by mental health nurses in inpatient psychiatric wards in Greece. *Issues in Mental Health Nursing, 30*, 327-336

LeBel, J., Stromberg, N., Duckworth, K., Kerzner, J., Goldstein, R., Weeks, M., Harper, G., LaFlair, L. y Sudders, M. (2004). Child and adolescent inpatient restraint reduction: a state initiative to promote strength-based care. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 43*(1), 37-45.

Masters, K.J., Bellonci, C., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R.S. y Stock, S. (2002). Practice parameter for the prevention in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41*(2), 4S-25S.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Salud Mental. Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Centro de Publicaciones.

Mohr, W.K., LeBel, J., O'Halloran R. y Preustch, C. (2010). Tied up and isolated in the schoolhouse. *The Journal of School Nursing, 26*, 91-101.

Munarriz, M., Romero, M. D., Vinyals, E. y González, N. A. Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los Derechos Humanos y libres de coerción. 2016. Manifiesto leído durante la Asamblea Ordinaria de las XXVI Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Disponible en *http://aen.es/wpcontent/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf* Consultado el 30 de diciembre de 2017.

Pértega Andía, E. (2016). *Health professionals´ decision-making process about the use of physical restraints in inpatient pediatric psychiatric units*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma, Madrid.

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

LA CRISIS Y LA SALIDA PSICÓTICA EN LA ADOLESCENCIA: EL CONTROL DE CONTACTO CON GIOVANI*

CRISIS AND PSYCHOTIC BREAKDOWN IN ADOLESCENCE: INSIGHT FROM CONTATTO GIOVANI

*Nivia-Pilar Nosadini*** y Matteo Paduanello****

RESUMEN

La adolescencia representa una fase en el límite de la existencia humana, donde se entra en contacto con nuevas experiencias internas y externas, a menudo dolorosas o de riesgo, pero no por eso definitivas. Este trabajo muestra la experiencia del Contatto Giovani sobre problemas juveniles y el riesgo de brote psicotico. Se presentan tres escenarios para el cuidado psicológico de adolescentes y adultos jóvenes con diferentes grados de deterioro y angustia psicológica. La terapia se ve en su función de un contenedor, con modalidades específicas que dependen del cuadro clínico y la situación existencial del adolescente. En esta fase del desarrollo, la posibilidad de acceder a un espacio psicoterapéutico, adecuado y flexible, es importante para el pronóstico y los futuros resultados de la vida. Gracias a la flexibilidad que caracteriza a la adolescencia, el momento de crisis, adecuadamente contenido, puede recordarse como circunstancial y transitorio, evitando el riesgo de una estructuración psicopatológica o de verdaderos comienzos psicóticos.

Palabras clave: adolescencia, terapia breve focalizada, crisis, brote psicótico

ABSTRACT

Adolescence represents a phase at the limit of human existence, where it comes into contact with new internal and external experiences, often painful or risky, but not for that reason definitive. This work shows the experience of Contatto Giovani on juvenile problems and the risk of psychotic outbreak. Three scenarios are presented for the psychological care of adolescents and young adults with different degrees of psychological damage and distress. The therapy is seen as a container, with specific

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psicóloga y Psicoterapeuta. "Contatto Giovani"- Teenagers Centre - ULSS (Social and Sanitary Local Unit) - National Health System. Padua. Italia. npnosadini@gmail.com

*** Doctor en Psicología. Psicoterapeuta. "Contatto Giovani"- Teenagers Centre - ULSS (Social and Sanitary Local Unit) - National Health System. Padua. Italia.

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

modalities that depend on the clinical case and the existential situation of the adolescent. In this phase of development, the possibility of accessing a psychotherapeutic space, adequate and flexible, is important for the prognosis and future results of life. Thanks to the flexibility that characterizes adolescence, the moment of crisis, properly contained, can be remembered as circumstantial and transitory, avoiding the risk of psychopathological structuring or true psychotic beginnings.

Key words: adolescence, focused brief therapy, crisis, psychotic outbreak

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período particular de la existencia del ser humano. Representa el momento en que la persona nace en el mundo como un nuevo posible adulto con sus propios deseos y valores. La transición de la vida infatil a la adulta tiene lugar en este período no bien definido temporalmente. Las constantes transformaciones corporales debidas al normal desarrollo evolutivo y la aparición del cuerpo sexual, dan a este momento con muchas tensiones intrapsíquicas, con la tarea específica de identificarse a uno mismo como persona y separarse del niño y de sus padres. El adolescente para efectuar este pasaje difícil necesita pasar por una situación límite. Por esta razón, según nuestra opinión, la fase normal de desarrollo en la adolescencia es una fase "límite". Como resultado de esta necesidad natural de ponerse a prueba al límite, lleva al adolescente a exponerse a todos los riesgos que el límite mismo representa y simboliza. En esta situación, como se mostrará a continuación, la posibilidad de malestar o, lo que es peor, la aparición de problemas psicopatológicos, puede ser frecuente. En este trabajo, proponemos una modalidad de intervención para el cuidado psicológico de adolescentes y adultos jóvenes con diferentes grados de deterioro y angustia psicológica. Recogeremos, específicamente, tres situaciones existenciales particulares, situaciones que afrontamos a diario en nuestro Consultorio Adolescenti "Contatto Giovani". Describiremos nuestra visión de la adolescencia como límite y en consecuencia, nuestro modelo de intervención terapéutica estará basado en la idea de terapia como "contenedor".

2. NUESTRA VISIÓN DE LA ADOLESCENCIA

El término "adolescencia" define la fase de transición de la infancia a la edad adulta, representa un momento de la vida en el que niños y niñas experimentan transformaciones profundas en el nivel biológico, intrapsíquico y social que gradualmente llevan a definir un sentido del Yo adulto y nuevamente estable.

Esta fase de transición representa una "situación existencial límite": las referencias de identificación previas comienzan a colapsar y ya no son útiles, todo se debe redefinirse.

En nuestra visión de la adolescencia, las transformaciones psicofísicas están asociadas con el intento de encontrar un nuevo significado a la propia existencia, una dirección y nuevas formas de enfrentarse al mundo.

El adolescente trata de encontrar un nuevo marco de referencia, una identidad personal que sea consistente y estable respecto a las variables internas y externas que caracterizan la entrada gradual en la edad adulta. Esto es en sí mismo una tarea compleja que requiere la integración de formas nuevas y antiguas. A través del proceso de individuación, los adolescentes intentan responder preguntas, tales como: ¿quién soy? ¿Qué me está pasando? ¿Cuál es el significado de la relación conmigo mismo y con los demás? (Aliprandi, Pelanda, Senise, 1990).

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

La redefinición de la propria imagen ocurre en varios niveles, se activan procesos y tareas evolutivas específicas que tienen el objetivo de volver a encarnar la propia identidad. Estos pasos evolutivos incluyen: la mentalización del cuerpo, el proceso de separación y individuación, la definición de un rol social y de nuevos valores e ideales (Charmet, 2000). Podemos considerar estos procesos evolutivos como la redefinición y actualización de los Modelos Operativos Internos (Bowlby, 1969) que originalmente garantizaban la existencia y la supervivencia de la persona durante la primera infancia. Las representaciones internas inherentes al Yo y a los demás, que permanecían desde hace mucho tiempo inconscientes y se originaron a partir de los primeros marcos de referencia, requieren en la adolescencia que se revisen con una nueva conciencia.

El adolescente se debe mentalizar de los cambios corporales que está viviendo especialmente en relación con la sexualización del cuerpo y su propia vulnerabilidad y mortalidad. El límite temporal de la vida humana está tan dolorosamente situado en comparación con un espacio ideal que todavía contiene infinitas posibilidades. En este "espacio psíquico ampliado" (Jeammet, 1980, 1981, 1984) los nuevos elementos se vuelven significativos y contribuyen al proceso de individualización: grupo de pares, nuevas experiencias, hechos y personas del entorno externo, el mundo virtual, todos los elementos que contribuyen a mantener un sentido de cohesión y estabilidad.

En el proceso de mentalización de los cambios corporales y de la propria imagen, la posibilidad de un reflejo/*mirroring* tiene un valor muy significativo, así como en la primera infancia fue la mirada de la madre en dar un primer sentido del Yo, en esta fase son el mundo y las relaciones los que proporcionan una nueva imagen del sí mismo. Teniendo en cuenta que la intensidad y la forma del reflejo cambian de manera apropiada en función de la edad (Wolf, 1982), en este momento los jóvenes sienten la necesidad de experimentar y reconstruir una imagen dinámica y articulada, ya no a través de la referencia parental si no gracias a nuevos elementos tales como las relaciones con los compañeros, el impacto en el contexto escolar y en el mundo social. La vida real y el mundo virtual se convierten así en un espacio de encuentro y relación, donde el "no lugar" de la red se convierte en la posibilidad de construir y gestionar comunicaciones, afectos y conflictos (Lancini, 2015).

El adolescente también tiene la responsabilidad de separarse y individuarse de sus padres, un proceso que involucra tanto funciones cognitivas como emocionales. Los padres a menudo se ven obligados a aceptar, permitir y facilitar un proceso de separación que también los involucra en su papel de padres. Podemos identificar procesos que ocurren simultáneamente e involucran la completa funcionalidad del sistema familiar. Los chicos renunciando al sentido de protección garantizado durante la infancia por las figuras paternas, sienten la necesidad de moverse en territorios desconocidos, de experimentar y liberarse en la búsqueda de una nueva narración que desde el caos pueda conducir a un proceso de conocimiento, de un nuevo significado existencial (Meltzer, 1978) que contribuirá a la definición de una nueva identificación.

La nueva "familia afectiva" se caracteriza por la reducción de las frustraciones y por la evitación de las heridas narcisistas durante la infancia. Los jovenes son sensibles, frágiles y necesitan ser aún admirados y valorados como en el período de la infancia (Lancini, 2015). Por esta razón, las experiencias y las relaciones afectivas permiten al adolescente de involucrarse, entenderse, encontrar un límite realista, combinar la dimensión subjetiva con la objetiva de la realidad.

El adolescente, como un *Bricoleur Hig Tech* (DrusianyRiva, 2010), combina y une fragmentos de la experiencia real y el potencial del mundo virtual, insertándolos en el proceso de construcción continua de la propia experiencia identitaria. Abordar y reelaborar estas etapas se le presenta una prueba límite en un territorio desconocido, todo debe ser revisado y redefinido, se pueden encontrar aquí las modalidades de la "vieja" adolescencia como la transgresión y ponerse en riesgo, junto a modalidades

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

históricamente "nuevas", caracterizadas para los adolescentes de hoy en día, como agredir el cuerpo, abandonarse al miedo y retirarse de la tarea evolutiva. El sentimiento de culpa que ha caracterizado a las generaciones anteriores de familias tradicionales parece dejar espacio, en los adolescentes de hoy en día, a un sentimiento de vergüenza típico de la nueva familia afectiva (Charmet, 2000). La vergüenza es un sentimiento más penetrante a nivel de identidad. Si bien el sentimiento de culpa está relacionado con la propia responsabilidad en referencia a una acción o regla, la vergüenza se refiere al miedo a no estar a la altura con las expectativas tanto de sí mismo como de los demás.

También debido a estas nuevas peculiaridades, la fase adolescente se expande con el tiempo y adquiere nuevos significados. Representa por su naturaleza, un proceso dinámico, discontinuo y flexible en el que el adolescente pasa de forma intermitente de estados lúgubres a estados maníacos en busca de una nueva individualización (Aliprandi, Pelanda, Senise, 1990). Existe la prueba en un territorio nuevo y desconocido que representa un camino límite que pone a la persona de frente a nuevas experiencias internas y externas, a menudo dolorosas o en riesgo, pero no siempre permanentes.

En este sentido, consideramos que en el riesgo psicopatológico de esta fase afectan muchas variables: la calidad de las etapas evolutivas previas, los recursos intrapsíquicos del propio adolescente y de los padres, la dinámica dentro de la familia, las experiencias con las que la persona tiene que afrontar o el tipo de entorno sociocultural en el que se inserta. El joven podría llegar a esta etapa más o menos equipado, pero de todos modos todo podría volver a ponerse en juego en la adolescencia (Kestemberg, 1980). La crisis adolescente es en sí misma un momento de callejón sin salida existencial, de límite, oportunidad de resurgir conflictos y traumas evolutivos previos que encontrarán una integración más funcional precisamente en la calidad del proceso de re-individuación. La flexibilidad que caracteriza esta etapa de la vida nos permitirá evolucionar rápidamente hacia nuevas operaciones si las necesidades de esta fase y la necesidad de encontrar nuevos marcos de referencia encuentran una resolución adecuada.

Por todos estos motivos, vemos la adolescencia como una fase, tanto temporal como espacial, límite, de frontera. Gracias a esta peculiaridad de estar detrás de lo "desconocido" en ambos términos de experiencias y aprendizaje por hacer tanto lo sobre que es el Yo como sobre lo que son los otros, permite un crecimiento del desarrollo normal pero, al mismo tiempo, expone al riesgo psicopatología.

3. EL SERVICIO

El Contatto Giovani (CG) es un centro de orientación para adolescentes creado en 2004 dentro de la organización de salud social de Padua por algunos operadores que a través de los años y de su experiencia en el campo han constatado una necesidad cada vez mayor de que los jóvenes encuentren un "lugar" exclusivamente dedicado a ellos. De hecho, la experiencia y la literatura confirman que los jovenes se acercan involuntariamente a los servicios "tradicionales" que perciben como adecuados para los adultos que aún no lo son o para los niños que no quieren o no sienten ya de ser.

El GC se ocupa de prevenir y recibir los problemas que trasladan los jóvenes y que conciernen sobre todo al área de separación-individuación; de la búsqueda de identidad, no solo sexual, de la autonomía, y de temas cruciales en la adolescencia. Los adolescentes que recurren al CG parecen luchar más en el llamado camino de la subjetivación, pasando por un proceso más accidentado y tortuoso para convertirse en adultos. Piden una escucha atenta, comprensión, empatía y acompañamiento gra-

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

cias a una relación "más clara" en comparación con la relación que tienen con padres, maestros y adultos en general. La relación con un adulto competente permite o facilita el proceso de separación, el restablecimiento de las "distancias" o la mitigación de los conflictos y la imagen totalmente negativa que algunos adolescentes tienen de sus padres.

El CG es un lugar donde los jóvenes que tienen entre 14 y 21 años encuentran a alguien que sabe cómo escuchar, hacer orden en la confusión, que sabe cómo mediar, crear requisitos previos para una relación efectiva con la realidad, alguien que también sabe estimularlos a expresarse.

La idea contempla un espacio en el que se potencia el protagonismo de los adolescentes y en el que se involucran otros entes como las escuelas, los barrios y el sector social privado. En este sentido, además de la sede central del CG donde los jovenes pueden presentarse libremente en las áreas de recepción, se activan otros proyectos en las instituciones de educación superior de la ciudad y de la provincia, como la educación afectivo-sexual o el Sportello CIC-P (Centro de Información y Orientación Psicológica) que garantizan una acción generalizada dentro del territorio y permiten al adolescente presentar su propia solicitud en un territorio aún neutral, sin connotaciones clínicas.

El primer contacto se lleva a cabo con los operadores que se encargan de la recepción, a quienes se les confía la tarea de leer la solicitud que los traen los jóvenes. Durante este primer enfoque, se rellena un formulario de recopilación de datos. Con base a la información y a las necesidades obtenidas en la primera entrevista en la recepción, se llevará al joven a cargo o se lo enviará a servicios especializados.

El enfoque clínico utilizado en el asesoramiento psicológico sigue el modelo de intervención propuesto por Thomas Senise (Aliprandi, Pelanda, Senise, 1990) de terapia breve de individuación. En el servicio no se realiza una evaluación de prueba, tal como lo propuso el autor, pero procedemos con la asesoría y la posterior terapia breve enfocada. Por lo tanto, el terapeuta se encuentra con el adolescente para una consulta inicial que dura de 3 a 4 reuniones en las que se define la situación de dificultad que experimenta el niño / niña. En el caso de que se valide la necesidad de hacerse cargo, se crea un pacto terapéutico con el propio adolescente y se iniciaba un primer ciclo de 10 reuniones, que luego podía renovarse con un ciclo posterior dependiendo del progreso del curso clínico.

Estos aspectos de procedimiento representan criterios de referencia y no reglas rígidas e inflexibles del Servicio. De hecho, reflexionamos sobre el hecho de que la adolescencia, como se dijo, representa una fase evolutiva por su naturaleza dinámica, discontinua y flexible, consistente también con que la intervención clínica es más funcional y se puede adaptar con flexibilidad, proponiendo tomas a cargo más o menos duras de acuerdo con la especificidad de la situación individual y el proyecto de intervención clínica. En este sentido, algunos jóvenes acceden al Servicio solo para algunas sesiones, otras permanecen a cargo por un período más largo.

La intervención de consulta es por lo tanto específica y concreta en términos de diagnóstico diferencial entendida no como descriptiva, sino de acuerdo con la calidad y cantidad de los síntomas que traen los jovenes. Luego, el terapeuta inicia un diálogo clínico empático y cuidadoso dirigido a observar cómo los índices sintomáticos como ansiedad, depresión, crisis de identidad, cualquier conducta antisocial o conflictos con las autoridades son fenómenos de fase específicos o, por el contrario comprometen significativamente la adaptación del adolescente, su examen de la realidad o su capacidad de resiliencia.

En estos términos, el adolescente está en el centro del proyecto de intervención, viene así cuidadosamente estudiada y desarrollada una trayectoria clínica personalizada, consecuentemente, los padres/cuidadores son o, por el contrario, no son implicados dependiendo de la especificidad del tratamiento.

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

Estos aspectos de procedimiento siguen algunas suposiciones básicas: primero que el adolescente puede acceder fácilmente al Servicio, por esta razón el acceso es gratuito y no requiere reserva; en segundo lugar, que puede llevar a cabo un curso apropiado que le permita resolver los problemas de manera adecuada y oportuna, para que pueda reanudar su camino evolutivo lo antes posible.

4. LA TERAPIA COMO CONTENEDOR

En esta fase evolutiva, el tratamiento terapéutico representa la posibilidad de usar un contenedor momentáneo. Su función no es solo la de mantener unidos y contener los fenómenos de malestar de fases específicas, sino que representa un proceso real de adquisición de forma. La sala de terapia se convierte así en un lugar privilegiado para enfrentarse a las propias ansiedades, para definir nuevas modalidades, nuevos elementos que contribuyen a la identidad propia, entendida como una demanda relacional.

El terapeuta se ocupará de poner al adolescente frente a la imagen que tiene de sí mismo, favoreciendo un proceso de integración que conecta las diversas partes del Yo (Aliprandi, Pelanda, Senise, 1990) y resalta su naturaleza histórica y funcional, con el fin de reactivar al joven con respecto a su posición existencial.

Por lo tanto, el contenedor de la terapia permite que el adolescente experimente un espacio "transicional" real, así como en los primeros vínculos afectivos el *holding* materno (Winnicott, 1971) permitió que el niño se sintiera acogido, tranquilizado, alentado y la emocionalidad y la sensación de incomodidad somática podrían ser contenidas y devueltas adecuadamente gracias a la *reverie* materna (Bion, 1962), por lo que ahora, en esta nueva fase de desarrollo, el adolescente puede encontrar en el espacio de consulta un interlocutor significativo capaz de empatizarlo, ayudarlo a tomar conciencia de la naturaleza de la incomodidad, facilitar la reflexión sobre sí mismo, estimular en su organización psíquica, un mejor uso de los procesos de individuación y una reanudación del camino evolutivo.

La posibilidad de acceder a una contención temporal, en los casos en que aparecen experiencias internas o externas cursadas con angustia, es un factor de protección contra el riesgo de ruptura psicopatológica donde las defensas, a menudo arcaicas, ya no pueden soportar la presión de la angustia y conflictos intrapsíquicos.

Para comprender mejor la eficacia de este contenedor momentáneo, a medida que cambia la situación clínica, es útil definir los 3 escenarios principales de intervención posibles, con el fin de explicar y describir los procedimientos operativos específicos del Servicio y cómo la función de contención puede adaptarse a la crisis adolescente sea simplemente en un sentido evolutivo o siendo en relación con situaciones psicopatológicas más evidentes. Cada escenario irá acompañado de la presentación de un ejemplo de caso clínico.

4.1 El contenedor para la adolescencia como fase límite no patológica

Como premisa, la adolescencia representa en sí misma, en su aspecto de fase de desarrollo, un momento de crisis existencial, de dificultad, cuyo objetivo es la búsqueda de un nuevo equilibrio psíquico y la definición de una propria imagen nuevamente estable y coherente. Esta encuentra nuevos significados en la sociedad actual: en la "familia afectiva" (Charmet, 2000)

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

los jóvenes, a diferencia de las generaciones anteriores, no tienen un ideal para luchar, un padre para rebelarse (de hecho, hay asimetrías en los roles familiares), la separación y la individuación ya no tienen la sensación de ser un trampolín del conflicto generacional y el proceso de subjetivación parece expandirse con el tiempo.

Los padres, a menudo en un clima social de precariedad, se encuentran redefiniéndose a sí mismos en el trabajo y en la familia en una edad madura, la identidad personal ya no es concebiblemente rígida y está siempre abierta a futuras metamorfosis. El sentido de las posibilidades que ofrece la vida, típico de la juventud, por lo tanto, sigue siendo fuerte incluso en la edad adulta. Y aquí, padres e hijos se encuentran viviendo una especie de vida paralela (Ammaniti, 2015). Los adolescentes de hoy a menudo se incluyen en familias donde el valor de la relación está más invertido y psicologizado, el límite está menos presente y, por el contrario, debe ser entendido. En este escenario, la emancipación es a menudo más lenta, los adultos ya no tienen verdades absolutas (Lancini, 2015) y el adolescente busca una nueva pertenencia en el grupo de pares y se mide con una publico digital de pares infinito y no cuantificable.

En este contexto, los nuevos elementos representan una ocasión para la limitación: el cuestionamiento de viejos "pilares" como la institución educativa o la autoridad paternal parece haber implementado el poder del grupo de compañeros, donde a menudo se asienta por un largo tiempo como en una segunda familia. La sociedad real fomenta la planificación individual y una precariedad general que parece socavar los patrones culturales tradicionales. Las membresías y representaciones viejas y nuevas frecuentemente reportan una brecha en la comunicación entre generaciones y una mayor desorientación en ausencia de etapas, una vez más convencionales, como el matrimonio y el deseo familiar.

En este escenario social, la crisis de la adolescencia como un momento evolutivo fisiológico y natural a menudo se convierte en un callejón sin salida existencial, una búsqueda de límites en un escenario desconocido y en el futuro todo por construir.

El cuidado de la crisis adolescente representa un espacio donde es posible vivir y experimentar de forma limitada las emociones relacionadas con la incomodidad. La terapia está pensada como un contenedor de frustraciones de fase específicas y como un lugar donde es posible adquirir una posición activa con respecto al Yo, identificarse con nuevos significados y continuar en el camino evolutivo sin invadir aspectos desviados (más allá del límite). La intervención tiene como objetivo evitar conductas autolesivas o destructivas, conductas de retraimiento, falta de planificación y sedimentación de creencias disfuncionales sobre uno mismo y sobre otros que podrían influir en las futuras inversiones y adaptaciones de la vida del adolescente.

El fácil acceso al Servicio y la posibilidad de utilizar un espacio terapéutico flexible y adaptable es capaz de dar una respuesta inmediata a un momento transitorio de pérdida y malestar, lo que facilita la reanudación de un camino de crecimiento funcional.

4.1.1 El caso de Federica

Federica tiene 16 años y accede espontáneamente al Servicio por sugerencia de un amigo que lo usó en el pasado. Es una niña tímida, inhibida en sus manifestaciones, desde el comienzo expone en dificultades relacionales en las que se siente involucrada y de la fuerte incertidumbre sobre si misma que comienza a no ser capaz administrar. Ha interrumpido hace varios meses su primera relación afectiva con un compañero coetáneo, admite que comenzó porque se sentía atrasada en comparación con sus amigas que ya han tenido varios novios. Por lo tanto, no parece ser una elección hecha de forma autónoma sino adaptada

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

a la necesidad de unirse al grupo. Confrontado con estos aspectos, refleja el hecho de que no estaba segura de querer esa experiencia. A pesar de esto, ella estuvo involucrada de forma pasiva y ahora que ha terminado, se siente confundida, no sabe lo que quiere y lucha por retomar un rol en el grupo de amigos al que pertenecía.

Federica se siente muy triste, durante un mes se encuentra en una posición de retiro, se siente bloqueada, mientras sigue asistiendo a la escuela pasa las tardes en casa a pesar de tener un intenso deseo de encontrar puntos de referencia en el contexto externo. Por esta razón, incluso a través de las redes sociales, comienza amistades virtuales en las que comparte y reflexiona sobre su experiencia actual. Así comenzó un primer ciclo de terapia en el Servicio en el que emerge una situación de angustia incluso en la familia: los padres se ven atrapados por una fuerte crisis conyugal y ella, hija única, participa repetidamente en sus confidencias y dinámicas, casi con la responsabilidad de mantener un equilibrio y compensar sus frustraciones, especialmente las de la madre.

La terapia es un contenedor temporal en este escenario. Federica logra reelaborar sus últimas experiencias y centrarse en su diálogo psicoterapéutico sus experiencias emocionales de tristeza, sus necesidades específicas de aceptación, de poder emerger y verse en su individualidad sin adaptarse al Otro. La niña comienza a experimentar en un curso de fotografía, se gratifica con esta nueva actividad y recibe al respecto los primeros premios en la escuela que asiste. Confía en sentirse más viva, más ella misma, más capaz de moverse incluso para la ciudad, parece haber reanudado un movimiento evolutivo en busca de su identificación.

4.2 El contenedor para adolescentes con vulnerabilidad estructural y riesgo de rotura

La adolescencia como fase evolutiva limite, dirigida a redefinir el Yo, puede representar una oportunidad para resurgir vulnerabilidades y traumas previos. Por lo tanto, la adolescencia puede envolver a los jovenes en un verdadero vértigo existencial con la aparición de experiencias de alejamiento, disociación, hasta llegar a pensamientos delirantes y persecutorios.

Se encuentran en este contexto, los jóvenes que se autocuran con sustancias, trastornos de la alimentación, retiros sociales o que, quizás más simplemente, tomados de su propio proceso de crecimiento, comienzan a desarrollar repentinamente un pensamiento delirante.

Lo que une estas experiencias es un descarrilamiento momentáneo “más allá del límite”, un desapego que, si no está adecuadamente contenido, puede conducir a rupturas psíquicas con resultados más definitivos de un verdadero desorden psicótico.

La tarea del clínico será, por lo tanto, considerar el fenómeno en marcha de una manera compleja, interviniendo con una planificación efectiva capaz de considerar la condición del adolescente como parte de un camino más amplio, interviniendo así con el objetivo de preservar las habilidades adquiridas y protegiendo las actuales y futuras posibilidades de adaptación en el contexto de la vida.

Siguiendo esta suposición, la terapia representa en estos casos un contenedor adecuado y protegido, que permite la expresión de experiencias angustiosas y potencialmente alienantes, “aquellas más allá del límite” que inducen a un descanso. La presencia del terapeuta puede contener y facilitar la expresión y comprensión de los mismos, apoyar el examen de la realidad y ayudar a desarrollar defensas más maduras. La posibilidad de utilizar un espacio temporal de contención terapéutica permite dejar una vida aún adaptativa fuera de la sala de terapia, evitando mayores compromisos.

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

Dada la facilidad de acceso al Servicio, la intervención se implementa con rapidez y permite no quedarse demasiado tiempo "más allá del límite". El aspecto de la temporalidad es altamente significativo en relación con el pronóstico y el posible curso, consideramos de hecho que cuanto mayor es el tiempo que una persona pasa en una "condición psicopatológica" mayores seran las repercusiones en su camino de vida.

Dada la flexibilidad y el dinamismo característicos de la adolescencia, la experiencia "más allá del límite" puede recordarse solo como una experiencia circunstancial, sin sedimentar contenidos de perturbación definitivos a nivel de identidad y relacional. En este sentido, lo momentáneamente vivido "más allá del límite", si se acepta adecuadamente dentro de un espacio terapeutico de transición y contención, puede superarse y metabolizarse de una manera funcional, sin estructuración en un sentido psicopatológico o y un brote psicotico con resultado permanente.

4.2.1 El caso de Alice

Alice es una niña de 17 años que vive todos los sucesos de su existencia de una manera bastante ansiosa. Desde una descripción "externa" su vida parece bastante regular: vive con su hermana en una familia sin grandes problemas, tiene una relación afectiva estable y en la escuela su rendimiento es excelente. A pesar de esto, Alice desde hace un tiempo ha comenzado a tener varios pensamientos ansiosos y molestos. Se siente "obligada" a repetir compulsivamente acciones o gestos que debe cumplir, de lo contrario algo terrible les sucederá a sus seres queridos. Si bien reconoce la ilógica de estos pensamientos y el hecho de que sus rituales "obsesivos" no tienen un impacto real en la realidad de los acontecimientos, Alice no puede evitarlos. Cuando se presenta en el servicio, su día está completamente invadido por estos pensamientos y miedos. Todo se ha vuelto más complicado, el instituto, las relaciones, la familia, ya no funcionan bien porque sufren la constante influencia de sus pensamientos invasivos y persistentes.

La terapia, en este caso, se ha instituido como un espacio y un tiempo para resolver estas ansiedades. A medida que se avanza, los pensamientos delirantes de Alicia se sitúan cada vez más dentro del contenedor de la terapia, dejando sus contextos de vida "limpios" de tal angustia. Los diversos contextos existenciales de la vida de Alicia, ya no están sujetos a obligaciones obsesivas, han comenzado a funcionar correctamente y traen un equilibrio fundamental para poder seguir creciendo. En el contenedor terapéutico, paralelamente, fue posible abordar y analizar los miedos y creencias desmotivadoras, reconsiderarlos y aceptar la incertidumbre inherente a la existencia. De esta manera, conteniendo sin suprimir sus ansiedades, Alice ha podido retomar su desarrollo evolutivo normal recordando que tuvo un mal período, afortunadamente terminado.

4.3 El contenedor para adolescentes con estructura patológica

Entre los usuarios que acceden al servicio también incluye adolescentes que tienen problemas de salud mental explícitos y más evidentes, cohesionados por la presencia de defensas más arcaicas, ansiedades y conflictos que han influido fuertemente en el individuo en el nivel bio-psico-social. Podemos detectar diversas categorías de diagnóstico que van desde trastornos generalizados del desarrollo hasta trastornos de la personalidad. Se trata de jóvenes que a veces ya han tenido acceso a servicios de atención psicológica y se han beneficiado de asistencias personalizadas. En otros casos, se trata de adolescentes que ingresan por primera vez a un servicio de tratamiento pero que cuadros diagnósticos con la misma gravedad. Si la normalidad, en palabras

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

de Bergeret (Bergeret, 1974), coincide con una feliz adaptación a una estructura fija, en estos casos la presencia de una red de apoyo personal y la presencia de recursos, internos y externos, han mantenido a estos adolescentes durante mucho tiempo al abrigo de frustraciones significativas permitiendo hasta ese momento un equilibrio de la vida, aunque precario.

Observamos cómo estos adolescentes en el proceso de tener que renegociar su rol social o tener que afrontar importantes cambios vitales en el proceso de crecimiento, como la separación de los padres, el final de un ciclo escolar o la entrada a la Universidad, sufren la aparición de experiencias y pensamientos delirantes que representan una demanda urgente de contención. La urgencia y a menudo la sintomatología aguda y evidente, señalan la ausencia de recursos internos personales y también del sistema en el que se inserta.

Los operadores del CG se ocupan de dirigir al adolescente por primera o segunda vez hacia un servicio adecuado, ocupandose de reconstruir la red de "defectos" que se ha creado la nueva situación de desequilibrio en el adolescente.

La adolescencia también representa una oportunidad para que estos jóvenes rompan el equilibrio previamente establecido. En este escenario, a menudo notamos una brecha con respecto a sus coetáneos y la consiguiente necesidad de redefinir de manera más adecuada los elementos de la red que han permitido durante mucho tiempo una buena adaptación, como la familia, los servicios y las instituciones educativas, que se vuelven fundamentales.

El terapeuta actúa de puente, de aglutinante, interpelando a los miembros de la familia, reconstruye antecedentes y ayuda a redefinir la posible gestión en sinergia con otros servicios más especializados. La intervención clínica considera todo el sistema en el que se inserta el joven y ayuda a redefinir un nuevo contenedor que externamente, en el contexto de la vida, pueda sostener al adolescente.

Este diseño requiere un tiempo adecuado, a menudo prolongado, por esta razón la sala de terapia es un contenedor interno para las experiencias de alienación que han aparecido, el "lugar de la psicosis". El joven viene mantenido en una situación de contención, detenido por la presencia de un interlocutor, sin que la angustia lo lleve más allá del límite y lo empuje a situaciones psicopatológicas que sean demasiado críticas. Dentro de este espacio transicional, de contención, la relación terapéutica ayuda a sostener el examen de la realidad, promueve defensas y formas funcionales para mantener una buena adaptación, en este sentido también se implementan intervenciones psicoeducativas para el joven y cuando sea necesario, también para miembros de la familia o maestros.

La intervención de consulta clínica, incluso como un contenedor temporal, apoya significativamente a estos jóvenes en la fase de emergencia, ayuda a restaurar la contención interna y externa que pueda conducir a un nuevo equilibrio personal, una nueva red de apoyo que, a pesar de la problemas estructurales, podrá permitir transformaciones y acciones futuras, como en el pasado se había garantizado las etapas de desarrollo previas.

4.3.1 El caso de Said

Said es un chico de 17 años que accede a través de un profesor de apoyo al Sportello CIC de su instituto de secundaria. Desde hace unas semanas, el joven tiene fuertes cambios de humor acompañados de pensamientos persecutorios con referencia a un maestro. Él informa que no está seguro de poder controlar la fuerte ira que siente, tiene miedo de realizar un acto agresi-

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

vo e interpreta la realidad que lo rodea de una manera paranoica. En el momento de la consulta, se observa un examen de la realidad fuertemente alterado, una posición egosintónica con respecto a las propias dificultades y todo el cuerpo docente y la familia están alarmados por la condición del joven.

Se descubre que Said ha tenido acceso inicial a los Servicios de Neuropsiquiatría a la edad de 5 años, en este servicio se ha definió un diagnóstico de Síndrome no especificada por deterioro del desarrollo psicológico (ICD-10: F89). La observación clínica, en las evaluaciones posteriores, devuelve un perfil cognitivo que es ampliamente en regla y altamente funcional. Sin embargo, hay deficiencias en las habilidades metacognitivas, una dificultad para captar los aspectos abstractos de la comunicación y la falta de iniciativa en la comunicación. Said muestra dificultades para socializar, especialmente con sus compañeros, la rigidez psíquica y una marcada sintomatología ansiosa con contenido situacional y de rendimiento.

El joven se encuentra en un ambiente familiar muy acogedor, sólido, sensible y preparado para comprender sus necesidades. A lo largo de los años, se ha beneficiado de asumir algunas ocupaciones, especialmente en contextos grupales, parece de este modo de haber sido capaz de mantener un buen equilibrio personal y una adaptación funcional al contexto, donde el estudio desempeña una función protectora y de apoyo con respecto a la realidad cotidiana.

Said, en este momento de crisis, parece plantear preguntas sobre su existencia y su posición en el contexto social. Explica de esta manera, experiencias de extrañamiento, una dificultad para regular sus propios estados emocionales cuando experimenta una frustración, el aumento progresivo de los pensamientos paranoicos y persecutorios encuentran un chivo expiatorio en la figura del maestro que enseña una asignatura en la encuentra dificultades reales.

La adolescencia, como un momento de conflicto existencial, parece haber dado a Said a la oportunidad de revisar su propia imagen desvelando una vivencia diferente en comparación con sus pares. Así que, a su manera, la crisis parece acarrear el reclamo de ser adecuadamente apoyado en esta etapa.

La toma a cargo terapeutica ha incluido un total de 3 ciclos de terapia y seguimiento posterior, representando una posibilidad de expresión y contención de las experiencias "más allá del límite", angustiantes y persecutoriasa, efectuando intervenciones de apoyo al examen de la realidad, a través de un enfoque integrado entre el modelo dinámico, técnicas cognitivo-conductuales y verdaderas intervenciones psicoeducativas. De esta manera fue apoyado en la redefinición de un contenedor interno, omitido durante la adolescencia.

En este espacio, Said logra gradualmente reflexionar sobre su propia experiencia, comprender el significado de su diagnóstico, encontrar nuevos significados y centrarse en nuevas posibilidades de adaptación, incluso en las actividades cotidianas.

Fue fundamental redefinir paralelamente un contenedor externo, relacionando los antiguos y nuevos elementos involucrados en la red a la que el joven pertenecía.

En este sentido, el CG ha sido un puente y un aglutinante en la experiencia de hacerse cargo del joven, ayudándolo y apoyándolo en la transición desde el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil hacia el Servicio de Discapacidad Adulta, con una valiosa colaboración también con el Servicio de Integración Laboral que ha ayudado a proyectar las prácticas escolares de forma individualizada para acompañar a Said de forma eficaz al cierre del ciclo escolar y al logro del diploma final.

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

5. Conclusiones

La adolescencia representa por lo tanto una fase "límite" en el camino de la existencia humana donde todo se pone de nuevo en juego y debe ser redefinido. La búsqueda de un nuevo marco de referencia, tiene lugar en un escenario nuevo y desconocido, el adolescente busca así una nueva imagen de si mismo, coherente y estable, a la que contribuyen elementos de la experiencia tanto real como virtual. Los jóvenes se desenvuelven en nuevos espacios híbridos (Drotner, 2005) que actualizan las formas de su sociabilidad y se descubren activos en la búsqueda de nuevos significados, a menudo fuera de los patrones familiares tradicionales.

Este momento de impasse evolutivo que conduce a la pregunta: *¿quién soy y cuál es el significado de mi existencia?* requiere la redefinición de la propria imagen en múltiples niveles. Es un proceso por su naturaleza dinámica y discontinua que en la familia afectiva actual a menudo transcurre con tiempos dilatados (Charmet, 2000) en un escenario donde los adultos ya no son reconocidos como una autoridad y un juicio al que oponerse y la búsqueda del límite ocurre en nuevos contextos, en el grupo de compañeros y en contextos virtuales.

Las nuevas experiencias externas e internas requieren que los jóvenes se reconcilien con nuevas y antiguas formas; estas experiencias a menudo pueden ser experiencias dolorosas o riesgos reales, pero no por ello definitivas en su resultado, la flexibilidad que caracteriza este momento evolutivo podrá efectivamente hacer evolucionar rápidamente hacia fases sucesivas, reestableciendo nuevas dinámicas y nuevos equilibrios funcionales si las relaciones y la posibilidad de diálogo mantienen abierta una narración sobre el Ser Yo sin conducir a soluciones destructivas o aniquiladoras.

La crisis de la adolescencia como una fase al "límite", de riesgo, puede ciertamente implicar también un riesgo psicopatológico con motivo del resurgimiento de conflictos, traumas evolutivos previos o fragilidades estructurales más evidentes. Los jóvenes descubren en estas circunstancias, que no pueden mantener el equilibrio que han disfrutado durante mucho tiempo, por lo que a veces observamos un riesgo real de ruptura psicopatológica que puede dañar la adaptación lograda o una estructura que ya es francamente psicótica revela un riesgo existencial con el ruptura de la red que lo había sustentado. Pueden así emerger durante la consulta de experiencias angustiantes, pensamientos delirantes, índices sintomáticos "más allá del límite" que, si no están contenidos de manera rápida y adecuada, pueden conducir a la ruptura de ese "cristal" (Bergeret, 1974) aún en formación es la estructura de la personalidad.

Ciertamente convenimos sobre el hecho de que la aparición de un rasgo o comportamiento no representa necesariamente un resultado psicopatológico en la adolescencia, pero debe incluirse en el proceso de individuación que, gracias a la flexibilidad que caracteriza a este momento de la vida, puede encontrar un efecto en diferentes escenarios sucesivos. La crisis adolescente es en sí misma un momento importante para la propia identidad y la ocasión para integrar y comprender algunos aspectos conflictivos aún no resueltos, modificar en este sentido posibles inversiones futuras. Luego notamos cómo la adolescencia, en el camino existencial de cada persona, representa una fase altamente significativa, si "todo se juega en la adolescencia" (Kestemberg, 1980), de hecho la calidad del proceso de individuación puede reservar a los jovenes diferentes destinos.

Cada condición psicopatológica y psiquiátrica "representa la cola de un camino biopsicosocial complejo" (Kernberg, 2000) para intervenir por lo tanto de manera oportuna y apropiada durante una experiencia de crisis que involucra la propria imagen y el proceso de individuación permite proteger el equilibrio psíquico de los jovenes, sus funciones metacognitivas y la posibilidad de adaptación social.

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

En conclusión, la posibilidad de acceder durante la adolescencia a un espacio de consulta como contenedor momentáneo es un instrumento de prevención, intervención y tratamiento secundario que puede influir de manera significativa en el pronóstico y en la vida posterior. La intervención debe poder implementarse de manera rápida y flexible, adaptándose a la situación específica del adolescente, a menudo dinámica y en rápida evolución. Por lo tanto, la terapia será un espacio de contención y redefinición de los fenómenos específicos de la crisis adolescente, el espacio de transición y la realineamiento en casos de riesgo de aparición psicótica y, especialmente en casos con una estructura más comprometida, incluirá una intervención más personalizada en la planificación clínica, extendiendose a la red y al sistema en el que se inserta el adolescente para mantener las habilidades y adaptaciones logradas, para evitar resultados psicopatológicos serios y con pronóstico negativo más allá del "límite".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aliprandi M., Pelanda E., Senise T. (1990). *Psicoterapia breve di individuazione*. *La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con l'adolescente,* Milano, Feltrinelli

Ammaniti, M. (2015). *La famiglia adolescente*, Roma, Laterza

Bergeret, J. (2002). *La personalità normale e patologica*, Milano, Raffello Cortina Editore (Orig. 1974)

Bion, W.R. (1996). *Apprendere dall'esperienza,* Roma, Armando Editore (Orig. 1962)

Bowlby, J. (1999) *Attaccamento e Perdita. L'attaccamento alla madre.* Torino, Bollati Boringhieri (Orig.1969)

Pietropolli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti,* Milano, Franco Angeli

Drotner K. (2005) *Mediatized Childhoods: Discourses, Dilemmas and Directions*. In: Qvortrup J. (eds) Studies in Modern Childhood. Palgrave Macmillan, London

Drusian, C., Riva, M. (2010) Bricoleur high tech. I giovani e le nuove forme della comunicazione, Milano, Guerini Scientifica

Jeammet, P. (1980). *Réalué externe ci interne importance ci spécificité de leur 10 articulation a l'adolescence*, «Revue française de Psychanalise», 3, 4, 481-521.

Jeammet, P. (1981). *Peut-on parler d'une spécificité de la psychopathologie de l'adolescence?*, «L'information Psychiatrique», 60, 2, 169-182

Jeammet, P. (1984). Corp et psychopathologie de l'adolescent, «L'information Psychiatrique», 57, 8, 887-903.

Kernberg, P., Weiner, A.S., Karen K. Bardenstein (2001), *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Fioriti (Orig. 2000)

Kestemberg, E. (1980). *Mondo interno e realtà esterna*. Torino, Bollati Boringhieri.

Lancini, M. (2015). *Adolescenti navigati.* Trento, Edizioni Centro Studi Erickson

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

Meltzer, D. (1978). *Teoria Psicoanalitica dell'adolescente,* in Quaderni di Psicoterapia infantile n.1, Roma, Borla.

Winnicott, D. W. (1974). *Gioco e realtà*, Roma, Armando Editore (Orig. 1971)

Wolf, E.S. (1982), *Adolescence: psychology of the Self and Self-objects*. in Feinstein, S.C.et al., Adolescent Psychiatry, «Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry»,University Press, Chicago.

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

LA SANCIÓN DE EXPULSIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS EN EL MARCO REGULADOR DE LA CONVIVENCIA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS. ANÁLISIS Y CUESTIONAMIENTO

THE SANCTION OF EXPULSION OF GIRLS AND BOYS WITHIN THE REGULATORY FRAMEWORK OF COEXISTENCE IN THE EDUCATIONAL CENTERS. ANALYSIS AND QUESTIONING

Rafael Delgado Campos*

RESUMEN

En el presente artículo se realiza un análisis sobre la naturaleza sancionadora y disciplinaria del marco regulador de la convivencia en los centros educativos, concretamente respecto de la sanción de expulsión de alumnos del centro escolar. Se realizan di*ferentes reflexiones sobre si son o no tenidas en cuenta las situaciones emocionales y psíquicas de las niñas y niños así como los posibles efectos que dicha medida puede dar lugar en los mismos. Se propone el interrogante sobre si la* acogida legal de la sanción de expulsión de los menores en el ámbito escolar supone una manifestación de la agresividad colectiva derivada de la pulsión de muerte a nivel social.

ABSTRACT

In the present article an analysis is made on the disciplinary and punitive nature of the regulatory framework of coexistence in educational centers, specifically with regard to the sanction of expulsion of students in the school. There are different reflections on whether or not they are taken into account the psychic and emotional situations of girls and boys as well as the potential effects that such a measure may result in them. It is proposed the question of whether the legal acceptance of the sanction of expulsion of minors in school is a manifestation of the collective aggressiveness derived from the impulse of death at the social level.

Palabras clave: Expulsión Escolar, Agresividad Social, Pulsión de Muerte.

Key words: School Expulsion, Social Aggression, Pulsion of Death.

* Psicólogo. Práctica profesional en Servicios Sociales de Familia e Infancia. Abogado.
Práctica privada. *rafadelgados@yahoo.es*. DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Postal: C/Viña Virgen, nº2 28029 Madrid. E-mail: *rafadelgados@yahoo.es* Teléfono: 663538887

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

LA SANCIÓN DE EXPULSIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS EN EL MARCO REGULADOR DE LA CONVIVENCIA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS. ANÁLISIS Y CUESTIONAMIENTO.

INTRODUCCIÓN

El trato a la infancia encuentra diferentes expresiones en la sociedad tanto en su exteriorización de relación respetuosa con las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y relacionales de niños, niñas y adolescentes como en las diferentes conductas que constituyen el maltrato a los menores en sus diversas manifestaciones. La exteriorización de este último en el orden real es la más significativa por sus consecuencias perjudiciales más evidentes en el desarrollo físico, emocional, psicológico y relacional de los niños y niñas expuestos al mismo, y acreedora de la necesaria respuesta preventiva, educativa, terapéutica y legal. A su vez, el maltrato a la infancia halla una expresión en diferentes producciones culturales de la sociedad a nivel simbólico como los mitos, el refranero o los cuentos populares. En la mitología, ciñéndonos a la grecorromana, aparecen numerosos ejemplos de maltrato de los progenitores a su progenie llegando al filicidio (Cronos, Hércules, Medea, Agamenón), ofreciendo, también ejemplos, la mitología del buen trato a la infancia como son los casos de Héctor con su hijo Astianacte o el de Ulises con Telémaco. En el refranero español ejemplos del maltrato infantil se encuentran en refranes como <<Al hijo querido, el mejor regalo es el castigo>>, <<Al hijo malo, pan y palo>>, <<Al niño llorón, boca abajo y coscorrón>>, <<Azote de madre, ni rompe hueso ni saca sangre>>. Y entre los diferentes cuentos populares que se hacen eco de esta realidad son significativos los de Hansel y Gretel, Blancanieves, Pulgarcito o Piel de Asno.

Otra manifestación simbólica destacada de la expresión cultural de una sociedad es la constituida por las creaciones normativas que conforman el ordenamiento jurídico de dicha colectividad, tal y como Freud (1930) señaló en *El Malestar en la Cultura*. En dicho texto incluye el autor vienés como uno de los componentes significativos de la cultura el relativo a las regulaciones sociales, localizando el fundamento del Derecho en una contribución por parte de todos mediante la renuncia pulsional y la proscripción de la violencia entre los individuos. De igual manera a otras producciones sociales, las normas jurídicas expresan, de forma sintomática, las tendencias inconscientes de la sociedad, en particular hacia la infancia, siendo un objeto privilegiado para la plasmación de mociones cuidadoras, pero también de mociones de las que se desprende un déficit de la protección y del cuidado que la sociedad debería dispensar a la infancia. Esta incidencia de lo pulsional en lo cultural jurídico estaría relacionada con la existencia de perturbaciones en la vida colectiva dimanantes del instinto de agresión y autodestrucción. Este planteamiento desplegado en El Malestar en la Cultura se encuadraría en la idea freudiana relativa a cómo la evolución de la cultura *"…muestra el combate entre Eros y muerte, pulsión de vida y pulsión de destrucción, tal y como se desarrolla a nivel de la especie humana."* (Freud, 1930).

Con anterioridad, Sigmund Freud (1920) había establecido en Más Allá del Principio del Placer la distinción pulsional entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte evolucionando desde la primera propuesta de pulsiones sexuales y pulsiones de autoconservación o pulsiones del yo a la dualidad pulsional especificada en el texto citado. La incidencia de esta dualidad y su dinámica de funcionamiento encuentra su influencia y aplicación no sólo a nivel individual, sino también en la esfera social y en las producciones culturales de ésta, entre ellas las relacionadas con las producciones jurídicas y las normas que la sociedad establece para regular las relaciones humanas a través del Derecho.

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

La incidencia de los dos polos de la dualidad pulsional, Eros y Tanathos o pulsiones de vida y pulsiones de muerte, comprendiendo éstas la manifestación de la agresividad colectiva derivada de la pulsión de muerte a nivel social, continúa presente en la actualidad, por medio de su plasmación en las manifestaciones jurídicas de la sociedad, y, en concreto, en las normas reguladoras de aspectos relacionados con la infancia. Dicha concreción tiene lugar de una manera no sabida y no buscada de manera consciente, acogiendo la influencia de lo inconsciente social, y dando lugar a una disociación de efectos en la que, junto a la puesta en práctica del objetivo de cuidado y protección a la infancia, tienen lugar también efectos perturbadores no buscados a nivel emocional, psicológico y relacional en los destinatarios de la norma; lo que hemos denominado, en otro lugar, como Iuspatología[10]

CONTEXTO Y PLANTEAMIENTO

Una muestra de esta sintomatología jurídica, expresiva de la agresividad y frustración colectivas, como formas de expresión de la pulsión de muerte a nivel social, tiene lugar en la manera en que la estructura normativa está regulando el área disciplinaria en los centros docentes y en relación con las dinámicas comportamentales, relacionales y psicológicas que ocurren en los mismos.

En este contexto regulador se encuentra el Real Decreto 732/1995, de 5 de mayo, sobre los derechos, deberes y normas de convivencia de los alumnos de centros sostenidos con fondos públicos. El capítulo III contempla las conductas gravemente perjudiciales para la convivencia en el centro, recogiéndose dichas conductas en el artículo 52 y estableciéndose en el artículo 53 las formas en que serán corregidas, contemplando el apartado e) la suspensión del derecho de asistencia al centro durante un período superior a tres días lectivos e inferior a un mes.

En la normativa de las Comunidades Autónomas que legislaron en el ámbito de las competencias delegadas en materia de educación se recogió dicho espíritu sancionador, del que es un ejemplo el Decreto *15/2007, de 19 de abril, por el que se establece el marco regulador de la convivencia en los centros docentes de la Comunidad de Madrid.*

El objeto de aplicación de esta norma, recogido en su artículo 1 es el establecimiento del marco regulador para que los centros públicos y privados concertados de la Comunidad de Madrid, que impartan la educación básica y secundaria postobligatoria elaboren su propio Plan de Convivencia y establezcan las normas que garanticen el cumplimiento del mismo. Dicho Plan de convivencia debe incluir un reglamento para los alumnos en el que figuren con claridad aquellas normas de conducta que cada alumno debe respetar y cuya infracción se encuadraría en una serie de infracciones que dan lugar a las correspondientes sanciones de mayor o menor gravedad en función de las circunstancias. Otro de los objetivos de la norma es el reforzamiento de la autoridad del profesor.

El Real Decreto 732/1995 recoge e*n el Título II y Título III* respectivamente los derechos y deberes de los alumnos en el ámbito educativo. Por su parte, *el Decreto 15/2007 contempla en el artículo tercero del capítulo primero las normas de conducta aplicables a los alumnos. Se pretende dar respuesta, de esta manera, a la importante función de establecer la referencia normativa a nivel simbólico en el ámbito de relaciones educativo. Se cumpliría en esta sección declarativa con el establecimiento de las escenas*

10. En *Psicoanálisis, Iuspatología y Juridicidad* se desarrolla esta tesis ejemplificándola con diferentes muestras de la incidencia de lo inconsciente colectivo y de la pulsión de muerte a nivel social en normas concretas del ordenamiento jurídico, con consecuencias lesivas para el psiquismo y los derechos de las personas. (Delgado, 2017).

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

fundadoras, caracterizadas por ser puestas en discurso que configuran lo permitido y lo prohibido en una determinada sociedad, en este caso en la esfera educacional de acuerdo a las tesis del jurista y psicoanalista Pierre Legendre (1989).

Hay otra parte de la normativa examinada sobre la que es útil dirigir una reflexión sobre su conveniencia en relación a la finalidad que las normas concretas pretenden conseguir y a los fines generales del sistema educativo orientados, en parte, al pleno desarrollo de la personalidad del alumno, según lo establecido en el artículo 2 de la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de Educación. En efecto, la opción en que se plasman las referencias normativas señaladas, el simbolismo que concretan desde su lugar de escenas fundadoras y las acciones que legitiman desde su potestad dan lugar a diferentes reflexiones en relación a si son o no tenidas en cuenta las situaciones emocionales y psíquicas de los menores así como las consecuencias a que pueden dar lugar en los mismos.

Concurre en las normas objeto de análisis un posicionamiento normativo con predominio de la naturaleza sancionadora y disciplinaria como criterio regulador de la convivencia en los centros educativos. En efecto, resulta significativo el protagonismo de las sanciones y de las faltas en los textos legales analizados. La lectura del Decreto 15/2007 de 19 de abril ofrece una perspectiva en la que parece relacionarse la regulación de la convivencia y el reforzamiento de la autoridad del profesor con una estructuración en la que tiene un protagonismo considerable la naturaleza punitiva en relación con las relaciones y comportamientos que infringen las normas de convivencia en el contexto escolar. Es difícil extraer otra conclusión si atendemos a la terminología y procedimientos, en los que, como si de un código penal se tratara, se habla de faltas leves, graves, muy graves; circunstancias atenuantes y circunstancias agravantes; sanciones, prescripción de las faltas y de las sanciones; incoación e instrucción del expediente disciplinario, con términos como pliego de cargos, hechos imputados, fundamentos jurídicos de la sanción impuesta y otros conceptos que se encuentran en todo ordenamiento penal.

Esta alineación en posiciones punitivas, que define la naturaleza del decreto, es más significativa si es puesta en relación con la ausencia de referencia a propuestas relacionadas con la necesidad de mantenimiento del lazo social del niño/a o adolescente con la institución que representa de manera privilegiada en este momento evolutivo el vínculo del menor con la sociedad. O con la no referencia a intervenciones en las que se concrete una dinámica reparadora a través de la contención y el sostenimiento de un espacio en el que se continúen ofreciendo la palabra y el pensamiento como medios favorecedores del desarrollo psíquico alternativos a la actuación y la repetición. O con la falta de previsiones de espacios y dinámicas que favorezcan la canalización de la agresividad en los alumnos de una manera legítima y constructiva.

En este contexto, entre las sanciones que se contemplan en el Decreto 15/2007 de 19 de abril se encuentran las recogidas en el artículo 14.2 como Faltas muy graves y, concretamente, la referida a la expulsión del alumno. Se recogen diferentes sanciones:

d) Expulsión de determinadas clases por un período superior a seis días e inferior a dos semanas.

e) Expulsión del centro por un período superior a seis días lectivos e inferior a un mes.

f) Cambio de centro, cuando no proceda la expulsión definitiva por tratarse de un alumno de enseñanza obligatoria.

g) Expulsión definitiva del centro[11].

11. En fecha 16 de abril de 2019 ha entrado en vigor el Decreto 32/2019 de 9 de abril por el que se establece el marco regulador de la convivencia en los centros docentes de la Comunidad de Madrid. En el mismo se establece una sanción de expulsión inferior a veinte días así como la expulsión del centro escolar, siendo de igual aplicación los argumentos que a continuación se desarrollan.

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Las faltas de conducta recogidas en las disposiciones normativas hacen pensar en actuaciones en los niños, niñas y adolescentes en las que pueden subyacer diferentes dinámicas psicológicas, emocionales, relacionales y conductuales, con frecuencia difíciles de identificar, y merecedoras de su consideración singularizada. Entre las causas que pueden sustentar determinados comportamientos que podrían dar lugar a las faltas recogidas en las normas se encuentran fragilidades yoicas con dificultades en las funciones de adaptación, características de impulsividad con déficits de la función reflexiva, funcionamiento personal con instalación precaria del principio de realidad, dinámicas de actuación en las que se reeditan ansiedades inconscientes relacionadas con experiencias de abandono o rupturas vinculares.

En tales comportamientos parece necesario considerar, además, la probable incidencia de experiencias precoces de insuficiente narcisización o intercambios deficitarios con el objeto, que supondrán dificultades considerables en los procesos de simbolización, en la capacidad de afrontamiento de duelos relacionados con las capacidades en rendimiento académico o integración grupal, y en el desarrollo de los movimientos identificatorios. Disposiciones y elementos como los descritos determinarán episodios en que tengan lugar un exceso de tensión y excitación así como un funcionamiento mental desbordado que, en muchas ocasiones, se descargará a través del movimiento y la acción compulsiva. (Hernández, 2013)

Es necesario tener en cuenta, además, el papel de la agresividad como componente integrante de la naturaleza humana y su presentación en las dinámicas psicológicas, relacionales y comportamentales descritas. Resulta necesario, en este punto, integrar las tesis y trabajos ya conocidos de algunos autores para entender este tipo de manifestaciones y dar lugar a una amplitud del campo de comprensión que permita integrar la complejidad de la realidad examinada.

Freud (1930) se referirá en *El Malestar en la Cultura* a la agresividad como una disposición pulsional autónoma, originaria del ser humano, considerando a la cultura como el instrumento más eficaz contra la misma. La cultura sería un medio al servicio de las pulsiones de vida que tiende a la unión de los individuos aislados, a diferencia de las pulsiones de muerte que propenden a su disolución. En 1932, Freud retomará las tesis de su primera teoría de las pulsiones, haciendo derivar la agresividad de los instintos de conservación, opuestos éstos a las pulsiones amorosas.

Para Melanie Klein (1969) los impulsos destructivos constituyen una parte integral de la vida mental de todos los seres humanos, si bien encuentran diferencias de una persona a otra. La agresividad innata se incrementaría por circunstancias externas desfavorables, reduciéndose por obra del amor y la comprensión que recibe el niño; y esos factores siguen actuando a lo largo de todo el desarrollo. Estos impulsos agresivos existen aun en circunstancias favorables y por lo tanto el desarrollo del niño y las actitudes del adulto deben ser consideradas como un resultado de la interacción de influencias internas y externas.

Anna Freud (citada por Londoño Bernal, 2010) señalará, por su parte cómo la agresividad es el resultado de una fuerza instintiva innata. Si bien no se produce por influencias externas, puede ser provocada por ellas. Las reacciones incontroladas de agresión que pueden observarse en los niños y niñas cuando no se les quiere, cuando son privados de satisfacciones y cuando son frustradas sus actividades sólo sirven para hacer más fuerte una tendencia que en sí misma constituye una parte esencial de la naturaleza humana del niño. En esta línea argumental apuntará la autora de *El psicoanálisis y la crianza del niño* cómo *"Los progenitores deben atenuar la agresión del niño, modificarla y orientarlo para que la use en dirección correcta, no pretender inhibirla."* (Freud, A., 1980)

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

Winnicott (1959) se referirá a las tendencias humanas del amor y el odio, que se hallan tanto en los niños como en los adultos. El autor británico considera que existe en los niños una agresión primaria que se manifiesta en las relaciones externas. La fusión de las dos raíces de los impulsos instintivos (la agresiva y la libidinal) es característica de una etapa del desarrollo infantil en la que tiene lugar una dependencia muy grande. No existiría ninguna posibilidad de que un infante, cuyo ambiente falle en la adaptación a sus necesidades al principio de su vida, alcance un estado de fusión de la agresividad y los deseos eróticos, con su aporte de capacidad para la satisfacción libidinal.

En el ámbito escolar, Freire de Garbarino et al. (1980) señalan cómo en muchos supuestos de comportamientos disruptivos se observa el surgimiento de una agresividad que no conlleva un deseo de destrucción sino más bien una forma de búsqueda de identidad o reafirmación de un yo incipiente, una búsqueda de lugar en el mundo que trataría de alcanzarse a través del propio cuerpo.

Por su parte, Bergeret (2007) se referirá a la importancia de la promoción de actitudes educativas y preventivas que den lugar a progresos relacionales y no coercitivos, con objeto de prevenir los desbordamientos de la agresividad.

No parece que la opción recogida en la normativa tenga en cuenta la realidad mencionada y su complejidad. Las sanciones analizadas se decantan, por el contrario, por una opción correctiva que da una respuesta, en primer lugar, genérica por no contemplar un posicionamiento que dé entrada en lo educativo a la subjetividad del niño, niña o adolescente en concreto; y en segundo lugar superficial por limitarse a la apariencia de la expresión de la agresividad a través de conductas violentas, respondiendo, en una dinámica de acción-reacción, con la imposición de la sanción prevista. Es, desde estas características, una propuesta limitada a lo disciplinario que no tiene en cuenta otra alternativa de respuesta definida por el ofrecimiento de espacios y dinámicas que permitan singularizar la situación del menor en particular; considerar el riesgo de incremento de las tendencias agresivas por la imposición de sanciones severas; y primar la necesidad de mantener el protagonismo de la palabra, la contención y regulación de las conductas difíciles, así como el fomento de la inscripción de la responsabilidad desde la subjetivación como alternativas a la actuación y a la ruptura de la relación.

Por otro lado, el hecho de que el objeto del decreto sea la enseñanza básica sin distinción de etapa académica o momento evolutivo, hace que dichas sanciones puedan establecerse no sólo para cursos y edades superiores como el bachillerato, sino también para secundaria, e incluso primaria. De este modo pueden encontrarse supuestos en que expulsiones de veintinueve días se imponen en centros escolares para alumnos de primaria. El objetivo manifiesto parece ser la puesta de un límite que intente dar lugar a una modificación en comportamientos disruptivos y conductas infractoras, en ocasiones reiteradas. No obstante conocerse hace tiempo el efecto que puede tener la gravedad de las sanciones a nivel psicológico y comportamental en niños y niñas, la normativa analizada obvia su toma en consideración en la regulación de dichas dinámicas.

En este sentido Ferenczi (1932) establecía en *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la* pasión, lo siguiente: "*Sabemos desde hace tiempo que el amor forzado, lo mismo que las medidas punitivas insoportables, tienen un efecto de fijación. Posiblemente es más fácil comprender esta reacción en apariencia insólita, refiriéndonos a lo que acabamos de decir. Los delitos que el niño comete, como si jugara, son llevados a la realidad por los castigos pasionales que reciben de los adultos curiosos, encolerizados, lo que supone para un niño hasta entonces no culpable, todas las consecuencias de la depresión. Un examen detallado de los procesos del trance analítico, nos enseña que no existe choque ni temor sin un anuncio de la división de la personalidad.*"

A su vez dejan de tenerse en cuenta consecuencias que pueden influir en el desarrollo personal y académico del alumno y que pueden contravenir el objetivo establecido en el propio decreto de no imponer sanciones contrarias a la propia dignidad del discente

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

establecido en el artículo 17.d como un criterio para la imposición de las sanciones. De igual manera podría dar lugar a una contravención del fin general de promover el desarrollo de la personalidad del alumno establecido en el antes citado artículo 2 la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de Educación. Ello como consecuencia del riesgo de estigmatización en el niño o niña como alumno expulsado durante un periodo de tiempo prolongado, la incidencia en su autoestima y el riesgo de incorporación a su personalidad y comportamiento de la imagen de alguien sancionable y expulsado. De igual forma, debido a la ruptura que la expulsión supone durante un tiempo considerable con el orden social, en ocasiones durante veintinueve días ya que se observa la ausencia de lugares donde los niños y niñas de primaria puedan permanecer como alternativa al centro escolar y donde puedan ofrecerse herramientas diferentes a expulsar a un niño o niña. Dichos espacios y habilidades deberían estar relacionados por un lado con la promoción del pensamiento y la toma de conciencia de los comportamientos y su relación con antecedentes y consecuentes, así como con la canalización de la agresividad en los menores hacia formas legítimas y constructivas.

Parecen, tales espacios y herramientas más compatibles que la expulsión del niño o niña durante un prolongado periodo con el espíritu que pretende el R.D. 732/1995 de 5 de mayo, cuando se refiere a que las correcciones deberán tener un carácter educativo y deberán contribuir al proceso general de formación y recuperación del alumno.

Otra situación a analizar en la normativa es la consideración de la reiteración como circunstancia agravante en el artículo 18.3. a) *del Decreto 15/2007, de 19 de abril de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid. La genérica alusión al concepto de reiteración deja de tener en cuenta realidades que concurren en algunos niños y niñas y adolescentes donde la reproducción de comportamientos de efecto perturbador para el entorno y para sí mismos puede estar relacionada con el mecanismo de <<compulsión a la repetición>> expuesto por Freud ((1920) en Más allá del principio del placer. Dicho mecanismo expresa una dinámica inconsciente, compulsiva y pulsional con un importante protagonismo del factor destructivo. Ocurre que, como plantea Bonnet (2002) la repetición está directamente relacionada con lo que se ha interiorizado en las relaciones más precoces del niño o niña, y en los casos en que han tenido lugar dificultades vinculares en las interacciones tempranas, déficits de narcisización o rupturas relacionales podrán dar lugar a disposiciones psicológicas y relacionales que se manifiesten en el comportamiento del menor con una apariencia y efectos perturbadores, también en el ámbito educativo. Una interpretación desconocedora de esta realidad será atribuir a dichos actos una intencionalidad dolosa, en línea con el posicionamiento punitivo descrito, en lugar de considerar los mismos, siguiendo a Winnicott (1956) como conductas representativas de una llamada de esperanza dirigida al entorno con el objetivo de convocar un medio y actitud que ofrezca experiencias diferentes a aquellas traumáticas y deficitarias, y que presente, por el contrario, una respuesta de permanencia, solidez y contención que suponga una experiencia distinta de la ya vivida, y por ello, reparadora. La expulsión del centro escolar se encuadra más en la ruptura vincular y en el déficit de contención y constituye una reedición de la experiencia traumática con un efecto de fomento de la repetición.*

Quizá consciente de la inconveniencia de la aplicación de la terminología penal en el ámbito educativo, el Real Decreto 732/1995 se refería a dichas circunstancias atenuantes y agravantes como paliativas y acentuantes respectivamente (2). Dicho deslizamiento hacia posiciones punitivas por parte del Decreto 15/2007 de 19 de abril hace preguntarse por este endurecimiento en la concreción de la norma estatal por las normas autonómicas y su identificación de la autoridad con un régimen penalista en el medio pedagógico. ¿Cómo puede interpretarse esta aplicación a niños y niñas de un régimen aplicable por la sociedad a las conductas más graves y a los mayores de edad, o en todo caso a mayores de catorce años en la justicia penal juvenil con las adaptaciones previstas a su edad? ¿Acaso no puede leerse una tendencia hacia el borramiento de diferencias entre la adultez y la niñez? ¿No tiene lugar, de esta manera, una adultificación de niños y niñas, ubicándolos en un emplazamiento

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

inconveniente por su edad e iatrogénico por los efectos de interiorización de una imagen de transgresión de manera indeleble por la severidad de la sanción? ¿No aparece definida una evidente *confusión de lenguas*, recurriendo a Ferenzci, al confundir el mundo adulto institucional determinadas actuaciones infantiles en los centros docentes con conductas "dolosas" cuando puede haber diferentes significados subjetivos relacionados con padecimientos y angustias personales que demandan ser escuchados y tener la opción de ser expresados en forma más simbólica o sublimada? Si en el texto de Ferenzci el adulto confunde la ternura del infante con pasión adulta y da una respuesta desde la sexualidad adulta que traumatiza al niño o niña, en las expulsiones y sanciones severas en los centros docentes, el mundo adulto educacional, confunde la motivación de la acción del niño, atribuyéndole una significación dañosa e intencional y desconoce otros mensajes como el de llamamiento al sistema educativo adulto para que regule un estado de descontención o inestabilidad y abra la posibilidad de expresiones diferentes a la repetición.

(2) Otras normas autonómicas han recogido también la terminología penal de circunstancias atenuantes y agravantes así como la expulsión del centro escolar en términos similares, entre las que se encuentran la Ley 2/2011, de 1 de marzo, de autoridad del profesor y de la convivencia en los centros educativos de la Comunidad Autónomos de La Rioja. el Decreto 30/2017, de 11 de mayo, que modifica el Decreto 53/2009, de 25 de junio, que regula la convivencia escolar y los derechos y deberes de la comunidad educativa en la Comunidad Autónoma de Cantabria; o el Decreto 3/2008, de 08 de enero de 2008, de la Convivencia Escolar en Castilla-La Mancha.

En la consideración freudiana de las pulsiones de vida como tendentes a la conservación de la vida y la reunión en unidades cada vez mayores está comprendida la manifestación de las mismas como la unión del ser humano con otros miembros de su especie. Por su parte, la pulsión de muerte perseguiría la disolución de estas unidades de relación en el ser humano y el retorno al estado inanimado inicial. (Freud, 1920) Podemos preguntarnos, desde el estado de cosas descrito, por la expresión que supone la acogida legal de la expulsión de un niño, niña o adolescente en el ámbito escolar como una manifestación social de la pulsión de muerte. Por un lado en lo simbólico como consecuencia de su recepción en las estructuras normativas que constituyen las referencias fundadoras en la sociedad. Y desde dicha legitimación simbólica, también en lo real y a nivel individual en niños y niñas concretos. Tales efectos reales se materializan a través de la separación y exclusión de la unidad de relación del alumno tanto con el profesor como con el grupo de iguales, que dificulta, cuando no impide, las opciones de subjetivación, elaboración e interiorización de responsabilidad. De igual forma, por lo que dicha actuación representa de retorno a lo inanimado, escenificado en este ámbito por la ruptura con el vínculo social y la ubicación en un lugar de vacío dada la precariedad, si no inexistencia, de recursos en la infancia que ofrezcan un espacio de reflexión y no desconexión cuando se decide la expulsión del niño o niña del centro educativo.

Cabe preguntarse, por otro lado, por otras necesidades sociales que pueden incidir de manera inconsciente en la adopción de la medida. Freud (1930) analiza en *El malestar en la Cultura* el funcionamiento hallado en los pueblos primitivos de atribución de culpas a un objeto fetiche eludiendo, de esta manera, la responsabilidad propia ante una situación adversa. La tesis freudiana plantea cómo entre las motivaciones del castigo, no siempre se encuentra la de hacer cumplir la ley, existiendo un mecanismo en los sujetos y grupos para eludir sus culpas proyectándolas en un tercero, en quien depositan la hostilidad y frustración. La incidencia de este mecanismo es aplicable en diferentes áreas, no pudiendo descartarse su protagonismo en el ámbito educativo (Mejía Correa, 2015) donde, junto a las experiencias positivas, concurren dificultades y frustraciones que podrían descargarse, en ocasiones, en el alumno o alumna desempeñando una función fetiche a través del castigo. Entre dichas dificultades no aparece como la menor la desorientación y la necesidad de ajuste del sistema educativo en un tiempo y entorno social en evolución

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

que produce formaciones reactivas como la omnipotencia resultante de un narcisismo social perdido vinculado con las fallas de autoridad a nivel social y educacional.

Junto a la tesis freudiana, son de aplicación al supuesto que nos ocupa los planteamientos de Arnaldo Rascovsky (1973) relativos a las actitudes agresivas inconscientes en la sociedad contra la infancia, expresadas a través de las sucesivas generaciones y actuadas a nivel institucional. Dicha tendencia agresiva de la sociedad hacia sus niños y jóvenes habría hallado expresión en diferentes manifestaciones a lo largo de la historia como en conflictos bélicos, manifestaciones culturales o disfunciones parentales. Las producciones legales de la sociedad integrarían, desde esta perspectiva, un área más de concreción institucional de dicha propensión inconsciente en las que se trasluce esta inclinación agresiva social hacia la infancia, en este caso en el ámbito educativo.

PROPUESTAS DE REFLEXIÓN Y PREVISIÓN

La complejidad de la realidad descrita y la necesidad de ser tenida en cuenta para el desarrollo de la personalidad de los menores y el respeto a su dignidad hace que deban ser consideradas previsiones como las siguientes en los textos legales por parte de los responsables de establecerlos como referencias sociales en lo educativo. De igual forma pueden ser reflexiones a pensar en la práctica de los profesionales del ámbito docente en la cotidianeidad educativa:

Consideración de la autoridad y respeto al profesor como un concepto fundamental en el ámbito escolar, basado en la capacidad del mismo para tolerar la tensión de las situaciones reubicando al niño o niña en su lugar sin permitir ser sacado de su posición de adulto y profesor y siendo consciente del riesgo de deslizamiento a la entrada en la rivalidad con su consecuente pérdida de lugar y autoridad.

Comprensión del conflicto como una dinámica relacional propia del crecimiento en la que entender la necesidad de los límites como una función que, lejos de expulsar, contiene y estructura al niño o niña. Prevención, desde dicha concepción, de situaciones de ruptura como la expulsión y garantía de la promoción de actitudes de contención hacia las conductas de enfrentamiento en el entorno escolar. Precaución de no actuar la pérdida de consistencia de la figura de autoridad mediante el pasaje a la adopción de una medida extrema y expulsiva.

Concreción del término “dignidad” de los alumnos de una forma que no desconozca el menoscabo que a dicho bien jurídico y psicológico puede suponer la estigmatización del niño o niña como alumno expulsado durante un periodo de tiempo prolongado, la incidencia en su autoestima y el riesgo de incorporación a su personalidad y comportamiento de una imagen de alumno o alumna sancionable.

Establecimiento de consecuencias educativas que promuevan la asunción de la responsabilidad por parte de los adolescentes, niños y niñas por las consecuencias de sus comportamientos y acciones desde la toma en consideración de la dignidad con las implicaciones arriba desarrolladas. Consideración, en este sentido, de la expulsión como una segregación, que desliga al alumno de la institución y de las personas, docentes y compañeros, que dificulta, cuando no impide, que opere la asunción e interiorización de la responsabilidad.

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

Consideración del discente no como mero objeto de normas y sanciones en el que recae y hacia el que se dirige la necesidad de compensación social por las contingencias y ajustes que el sistema educativo y la sociedad están experimentando, relacionadas con las fallas de autoridad a nivel social y educacional. Percepción del mismo como sujeto al que atender en el ámbito educativo desde su singularidad dando mayor importancia a despertar en su subjetividad la motivación del deseo de aprender.

Preservación del lazo social del alumno con la sociedad y el espacio educativo en que se manifiesta, así como prevención de un lugar de ruptura con el orden social como forma importante de dar contenido al respeto a la dignidad del alumno y al pleno desarrollo de su personalidad.

Planteamiento de espacios que posibiliten el desarrollo psíquico mediante la promoción del pensamiento, la palabra y el diálogo con los alumnos en relación a las dinámicas, relaciones y episodios que tienen lugar en el entorno escolar.

Existencia de espacios, dinámicas y actitudes en el ámbito escolar y por parte de sus profesionales que permitan la regulación y modulación de los afectos y emociones en los niños, niñas y adolescentes y favorezcan la canalización de la frustración y la agresividad en los alumnos de una manera legítima y constructiva. (Torres, 2006).

Incremento de los recursos profesionales y técnicos para la adecuada detección y comprensión de las situaciones personales, relacionales y psicológicas que subyacen a la superficie comportamental de los discentes.

Aumento de la formación y apoyo al profesorado con objeto de promover el conocimiento de las consecuencias de situar el castigo como herramienta protagonista de la regulación de la convivencia en el entorno escolar. Igualmente de la importancia de conocer la dinámica derivada de responder a la provocación con la recriminación y castigo funcionando en el registro tensión-reacción, con la devolución al niño o niña de la agresividad recibida y la consecuente cronicidad de la situación. (Myrabent y Torras, 1997)

CONCLUSIONES

Las producciones simbólicas y culturales de la sociedad han recogido el castigo en su manifestación de severidad tanto en la mitología, como reflejan las penas vindicativas impuestas a Prometeo, Sísifo o Tántalo, como en las producciones jurídicas. En éstas las sanciones han evolucionado, no por el mero paso del tiempo, sino por el protagonismo del pensamiento y la reflexión que han dado lugar al crecimiento de la cultura jurídica, a través de la introducción de la proporcionalidad y la humanización en las penas. Resulta necesario considerar la falta de eficacia de la severidad del castigo y su consideración como herramienta inconsciente en que se expresa de manera socialmente aceptada la agresividad colectiva con objeto de ofrecer un referente normativo en el que la convivencia en el ámbito educativo acoja una visión en la que la autoridad y respeto a la misma, estén basadas no exclusivamente en faltas y sanciones y en medidas como expulsar a un niño, niña o adolescente, y se ofrezca el protagonismo necesario a la palabra, el pensamiento, la contención, la elaboración y el ofrecimiento de espacios de reparación, con más motivo en las situaciones consideradas como faltas graves o muy graves.

Resulta, en consecuencia, necesario para que la norma analizada cumpla el objetivo que la misma pretende en el ámbito educativo y no se deslice hacia consecuencias prácticas no deseadas el tomar conciencia de la necesidad de prevenir esta forma polarizada y punitiva de regulación jurídica con consecuencias en los menores. Lo contrario podría suponer el riesgo

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

de viraje hacia una *cultura* pura de la pulsión de muerte, en consonancia con la expresión "*cultivo puro de la pulsión de muerte*" planteada por Freud (1923) en *El Yo y el Ello,* si no hay una conciencia de esta escora hacia uno de los polos pulsionales y de la disociación de efectos psicológicos y jurídicos que puede ocasionar. Parece, en este sentido, que existiría un mayor riesgo de dicho viraje sin la concurrencia de una regulación equilibrada de ambos polos que dé entrada al fortalecimiento de la autoridad del profesor entendida no como facultad de imponer sanciones, sino como la capacidad de permanencia coherente sin ser desubicado de su lugar de educador; priorizando la necesidad de preservar la continuidad del lazo social de la niña o niño; previniendo dinámicas de expulsión y ruptura; y promoviendo la reflexión y la canalización de la agresividad y frustración cuando las mismas se presentan en las complejas relaciones que tienen lugar en el medio educativo. Se posibilitaría, de esta forma, la concreción de la referencia jurídica en el ámbito educacional no tanto como yo ideal normativo que trasluce una omnipotencia evocadora de un narcisismo social perdido en relación con las fallas de autoridad a nivel social y educativo, sino como referencia simbólica sostenedora del progreso y favorecedora de la inclusión social. Esta previsión merece ser tenida en cuenta por la normativa reguladora de la convivencia en el ámbito educativo, con mayor motivo, precisamente en los menores en que concurre un riesgo de ruptura con los referentes sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS

- Bergeret, J. (2007) Agresividad. En De Mijolla, A. *Diccionario Internacional de Psicoanálisis.* (I) Madrid: Ediciones Akal. (Orig. 2002).
- Delgado, R. (2017) *Psicoanálisis, iuspatología y juridicidad*. Madrid: Editorial Manuscritos.
- España. *Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de Educación. Recuperado de https://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf.*
- España. Real Decreto 732/1995, de 5 de mayo, sobre los derechos, deberes y normas de convivencia de los alumnos de centros sostenidos con fondos públicos. Recuperado de *https://www.boe.es/boe/dias/1995/06/02/pdfs/A16185-16192.pdf*.
- Ferenczi, S. (1984) Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. En *Obras completas*. Madrid: Espasa-Calpe. (Orig.1933).
- Freire de Garbarino, M.; Casas, M. et al. (1980) *La agresividad, un enfoque psicoanalítico*.Recuperadodehttp://www.bvspsi.org.uy/local/TextosCompletos/appia/079737211981081-205.pdf.
- Freud, A. (1980). *El psicoanálisis y la crianza del niño*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Freud, S. (1978). Más Allá del Principio del placer. En *Sigmund Freud. Obras Completas.* Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1920).
- Freud, S. (1978) El Yo y el Ello. En *Sigmund Freud. Obras Completas* Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1923).
- Freud, S. (1978) El malestar en la cultura. En *Sigmund Freud. Obras Completas.* Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1930).
- 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.
- Klein, M. (1969). *Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

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

- Legendre, P. (2009) *El crimen del cabo Lortie. Tratado sobre el padre.* Mexico D.F.: Siglo XXI Editores (Orig. 1989).

- Londoño Bernal. M.V. (2010) Agresividad en niños y niñas, una mirada desde la psicología dinámica. "Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31. (pp.274-293).

- Madrid. Decreto *15/2007, de 19 de abril, por el que se establece el marco regulador de la convivencia en los centros docentes de la Comunidad de Madrid. Recuperado de* http://www.madrid.org/dat_capital/novedades/pdf/marco_convivencia.pdf.

- Mejía, M. P. (2015). Castigo y agresividad. *Katharsis,* 20, (pp. 68-77).

- Myrabent, V. y Torras, E. (1997) La comprensión psicodinámica y la salud mental. El psicólogo en la escuela. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. Nº23-24. (pp. 111-120).

- Rascovsky A. (1992) *El filicidio. La mutilación, denigración y matanza de nuestros hijos*. Buenos Aires: Beas Ediciones. (Orig. 1973).

- Torres C., N. (2006). Una propuesta de desarrollo psíquico en la escuela. Una manera de pensar y abordar las violencias. *Universitas Psychologica*, *5*(2), (pp. 223-238).

- Winnicott, D. (2006) La tendencia antisocial. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: RBA. (Orig. 1956).

- Winnicott, D (1959). *La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

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

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente

Nº 66 - Marzo 219

UNA EXPERIENCIA PREVENTIVA MATERNO-INFANTIL
L. Fernando Cabaleiro Fabeiro.....5

PALABRA DE PSICÓTICO
Alberto Lasa Zulueta.....23

PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA PERINATAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE
Encarnación Mollejo Aparicio y Natalia Valverde Mendizabal.....37

LA PSICOPATOLOGIA PERINATAL: UNA CUESTION DE SALUD PÚBLICA. HISTORIA DE DOS ANGELITOS BLANCOS
María Teresa Piñeiro Jericó.....47

SI NO LO VEO NO LO CREO, LA NEGACIÓN DEL DUELO PERINATAL: REFLEXIONES A PARTIR DE LA PÉRDIDA DE UNA HIJA POR MUERTE SÚBITA
Natalia Valverde Mendizábal y Encarna Mollejo Aparicio.....51

LA INTERVENCION EN PROTECCIÓN INFANTIL
Michel Socoró Carrié.....61

INCIDENCIA DE LOS FACTORES SOCIO-FAMILIARES EN LA PSICOPATOLOGÍA DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL DE DÍA
Daniel Cruz-Martínez, Gloria Trafach-Ricart y Jaume Claret-Rovira.....73

EL ENCUENTRO CLÍNICO CON EL ADOLESCENTE EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA
Ludovico Perulli.....87

CONDUCTA DISRUPTIVA EN LA INFANCIA Y SU RELACIÓN CON EL APEGO Y LA ALEXITIMIA. RESULTADOS PRELIMINARES
Jaione Onaindia Rodríguez, Ana Estévez Gutiérrez, Patricia Penas Morán, Alejandra Sainz de la Rica y Maitane Uriarte Atxikallende.....93

"CONSTRUYENDO MENTES": UNA EXPERIENCIA GRUPAL CON NIÑOS TEA
Silvia Acosta García, Olga Ibáñez Salvador y Teresa Ferret Piñol.....101

IN-CORPORANDO EXPERIENCIAS EN GRUPO
Catalina Martín Gómez y Luis Miguel Martínez González.....113

REFLEXIONES SOBRE LA SUJECIÓN MECÁNICA EN LA INFANCIA
Cristina Catalina Fernández, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Ana Elúa Samaniego.....119

LA CRISIS Y LA SALIDA PSICÓTICA EN LA ADOLESCENCIA: EL CONTROL DE CONTACTO CON GIOVANI
Nivia-Pilar Nosadini y Matteo Paduanello.....127

LA SANCIÓN DE EXPULSIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS EN EL MARCO REGULADOR DE LA CONVIVENCIA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS. ANÁLISIS Y CUESTIONAMIENTO
Rafael Delgado Campos.....141

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.)