

Abella, Adela
Ahijado Guzmán, Zulema
Blanco González, Almudena
Bilbao-Bilbao, Itziar
Buiza Aguado, Carlos
Cabot, Anna
Calavia Balduz, José M.
Calvete, Esther
Carmona, Marta
Cruz, Daniel
Delfa Álvarez, Alonso
Espigares Escudero, M^a José
Esteban Arroyo, Angélica
Fandiño-Pascual, Ricardo
Galán-Rodríguez, Antonio
Gámiz-Ruiz, Jesús
Gavaldà, Xènia
Gener, Manel
González-Serrano, Fernando
Gracia, Carme
Gude-Saiñas, Raquel
Hernanz-Ruiz, Manuel
Ibáñez-Ortiz, Guzmán
Jara-Segura, Ana Berta
Lanza-Castelli, Gustavo
López, Nuria
López-Quintela, Silvia
Mabres Boix, Mercè
Manzano, Juan
Mañosa-Mas, Maite
Martin-Gómez, Catalina
Noel Firpo-Rifici, Maria
Oller, Jaume
Ortega Rojo, Elena
Prados Arjona, José Ramón
Redondo, Iratxe
Requejo-Baez, Berta
Rodríguez Aznar, Paula
Rodríguez-Pousada, Vanesa
Rubio Plana, Amanda
Serrano Coello de Portugal, África
Solana, Begoña
Tarragó-Riverola, Remei
Torres-Gómez, Bárbara
Uria Rivero, Teodoro
Vaccari, Francisco
Villanueva, Rafael

N.º 57
1º semestre

2014

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN: 1575-5967

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

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

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

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

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

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Fernando González Serrano (Bilbao)

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)

María Dolores Gómez García (Sevilla)

Ainara González Villanueva (Bilbao)

Cristina Molins Garrido (Madrid)

Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Alicia Sánchez Suárez (Madrid)

Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)

Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)

Alain Braconnier Centro Alfre Binet (Paris)

M^a Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)

Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo

Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)

Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)

Marian Fernández Galindo (Madrid)

Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)

Pablo García Túnez (Granada)

Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (Paris)

Carmen González Noguera (Las Palmas)

Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)

Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)

Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)

Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)

Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †

Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)

Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)

Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)

Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Roger Misès (Paris)

Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)

Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)

Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)

María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)

Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)

Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)

Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Jorge Tizón García (Barcelona)

Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)

Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)

Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)

INDICE:

La etiología y la etiopatogenia de los trastornos mentales	
<i>Juan Manzano</i>	9
Sugestión y seducción en la psicoterapia de adolescentes	
<i>Adela Abella</i>	17
El divorcio de los padres y su repercusión en los hijos	
<i>Mercè Mabres-Boix</i>	27
Aplicaciones clínicas en el tratamiento de niños prematuros	
<i>Remei Tarragó-Riverola y Maite Mañosa-Mas</i>	35
La intervención psicológica con la infancia en desprotección. Hacia intervenciones específicas	
<i>Antonio Galán-Rodríguez</i>	43
Uno para todos y todos para uno	
<i>Catalina Martín-Gómez</i>	57
Programa de soporte a los docentes de alumnos con TEA	
<i>Daniel Cruz, Rafael Villanueva, Xènia Gavalda, Manel Gener, Jaume Oller, Anna Cabot, Carme Gracia y Nuria López</i>	61
Método para la evaluación de la mentalización en el contexto interpersonal (MEMCI) aplicado a la relación parento-filial	
<i>Itziar Bilbao-Bilbao, Gustavo Lanza-Castelli, Iratxe Redondo, Bárbara Torres-Gómez y Esther Calvete</i>	69
Psicoanálisis multifamiliar. Una experiencia para pensar en la piel enferma	
<i>Berta Requejo-Baez</i>	79
La formación afectivo-sexual en los adolescentes: Conocerse desde la sensorialidad	
<i>Vanesa Rodríguez-Pousada</i>	85
Star Wars, en una terapia grupal infantil	
<i>Marta Carmona, Francisco Vaccari y Begoña Solana</i>	89
La prevención de la conducta antisocial del adolescente en su contexto: Programa de intervención socioeducativa con menores infractores de 12 a 14 años	
<i>Jesús Gámiz-Ruiz, Guzmán Ibáñez-Ortiz, Paula Rodríguez-Aznar y M^a José Espigares-Escudero</i>	95
La importancia del constructo Mind-Mindedness (mente-mentalizante) en el diseño de un programa de intervención como promoción de la salud mental infantil	
<i>María Noel Firpo-Rifici</i>	101
El niño herido del adulto con psicosis	
<i>Almudena Blanco-González</i>	107
La gestión emocional del profesional como elemento determinante en la intervención con adolescentes en conflicto	
<i>Ricardo Fandiño-Pascual y Raquel Gude-Saiñas</i>	111
Escuchando a los niños de hospital de día	
<i>Zulema Ahijado-Guzmán, Carlos Buiza-Aguado, José M^o Calavia-Balduz, Alonso Delfa-Álvarez, Elena Ortega-Rojo, José Ramón Prados-Arjona, Amanda Rubio-Plana, África Serrano-Coello de Portugal, Teodoro Uria-Rivero</i>	123
El alma del objeto: relaciones precoces y organización de la personalidad	
<i>Silvia López-Quintela, Ana Berta Jara-Segura, Manuel Hernanz-Ruiz y Fernando González-Serrano</i>	127
Intervenciones psicoterapéuticas en la institución pública. condiciones, condicionantes y posibilidades	
<i>Angélica Esteban-Arroyo</i>	131

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid.

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepyrna.com

Página Web: <http://www.sepyrna.com/revista-sepyrna/>

Depósito Legal: BI-1.383-95 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

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

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=ulcinea&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/?!sisScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias 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.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

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

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

The etiology and etiopathogenesis of mental disorders	
<i>Juan Manzano</i>	9
Suggestion and seduction in psychotherapy with adolescents	
<i>Adela Abella</i>	17
Parents divorce and its impact on children	
<i>Mercè Mabres-Boix</i>	27
Clinical applications in the treatment of premature children	
<i>Remei Tarragó-Riverola y Maite Mañosa-Mas</i>	35
Psychological intervention with vulnerable children. Towards specific interventions	
<i>Antonio Galán-Rodríguez</i>	43
One for all and all for one	
<i>Catalina Martín-Gómez</i>	57
Program of support to teachers of students with ASD	
<i>Daniel Cruz, Rafael Villanueva, Xènia Gavaldà, Manel Gener, Jaume Oller, Anna Cabot, Carme Gracia y Nuria López</i>	61
Method for the assessment of the mentalization in the interpersonal context (MEMCI) Applied to the parent-child relationship	
<i>Itziar Bilbao-Bilbao, Gustavo Lanza-Castelli, Iratxe Redondo, Bárbara Torres-Gómez y Esther Calvete</i>	69
Multi-family psychoanalysis. a experience to think about the sick.skin	
<i>Berta Requejo-Baez</i>	79
The emotional-sexual education in adolescents: knowing oneself from the sensoriality	
<i>Vanesa Rodríguez-Pousada</i>	85
Star Wars in a child therapy group	
<i>Marta Carmona, Francisco Vaccari y Begoña Solana</i>	89
Prevention of anti-social behavior of adolescent in context: Social-educative intervention programm with juvenile offenders 12 to 14 years	
<i>Jesús Gámiz-Ruiz, Guzmán Ibáñez-Ortiz, Paula Rodríguez-Aznar y M^a José Espigares-Escudero</i>	95
The importance of the construct of mindmindedness in the design of an intervention programme to promote the infants' mental health	
<i>María Noel Firpo-Rifici</i>	101
The hurt child of the adult with psychosis	
<i>Almudena Blanco-González</i>	107
The professional's emotional management as a key element in the intervention with adolescents in conflict	
<i>Ricardo Fandiño-Pascual y Raquel Gude-Saiñas</i>	111
Listening to children in day-care hospital	
<i>Zulema Ahijado-Guzmán, Carlos Buiza-Aguado, José M^a Calavia-Balduz, Alonso Delfa-Álvarez, Elena Ortega-Rojo, José Ramón Prados-Arjona, Amanda Rubio-Plana, África Serrano-Coello de Portugal, Teodoro Uria-Rivero</i>	123
The soul of the object: early relations and organization of the personality	
<i>Silvia López-Quintela, Ana Berta Jara-Segura, Manuel Hernanz-Ruiz y Fernando González-Serrano</i>	127
Psychotherapeutic interventions in public institution. conditions, constraints and possibilities	
<i>Angélica Esteban-Arroyo</i>	131

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON LA INFANCIA EN DESPROTECCIÓN. HACIA INTERVENCIONES ESPECÍFICAS*

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION WITH VULNERABLE CHILDREN. TOWARDS SPECIFIC INTERVENTIONS*

Antonio Galán-Rodríguez**

RESUMEN

La atención psicológica de los menores en recursos residenciales del sistema de protección requiere adaptaciones de los formatos estándares de tratamiento. Analizamos características específicas de los menores, como su carácter resistencial, las limitaciones en el funcionamiento simbólico, la diversidad de figuras de referencia, o la frecuente desconsideración hacia los síntomas internalizados frente a los disruptivos. Consideramos también temáticas específicas a trabajar (abandono, cuidado, lealtad familiar, reconocimiento y perdón), y formulamos recomendaciones relativas al formato de intervención, distinguiendo entre propuestas específicas y adaptadas, y señalando la necesidad de abordar la trayectoria vital, los aspectos deficitarios del funcionamiento psíquico, el papel de los cuidadores, la clarificación de las demandas, y los criterios de finalización. Finalmente, apuntamos la necesidad de aumentar el conocimiento sobre la infancia maltratada, analizar de forma crítica los modelos teóricos que sostienen la intervención, y sistematizar la organización de los dispositivos asistenciales que los atienden.

Palabras clave: Maltrato infantil, Intervención psicológica, Servicios de Protección de Menores.

ABSTRACT

Standard psychological treatments must be modified when applied to children fostered in Child Protection residential centers. Specific features about minors are analyzed, such as resistances, symbolic thinking handicaps, the wide array of caretakers, or the usual disregard for internalizing behavioral problems. Besides, specific topics to deal with are considered (abandonment, care, family loyalty, forgiveness), and some advises about intervention formats are provided, by making a difference between specific and modified proposals, and pointing out some topics to take into account (vital trajectory, deficits in psychological functioning, role of the caretakers, referral clarification, and termination criteria). Finally, we highlight the need to increase knowledge about abused children, analyze theoretical models critically, and organize systematically the services to attend to them.

* Comunicación presentada en el XXVI Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Niños, adolescentes y su entorno. Intervenciones preventivas y psicoterapéuticas” tuvo lugar en Sevilla los días 4 y 5 de abril de 2014. Acreditado por la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía

** Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico. Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia, Mérida. E-mail: antgalan@hotmail.com

Key words: Child abuse, Psychological treatment, Children Protection Services.

1. UNA COMPLEJA REALIDAD PENDIENTE DE ANÁLISIS Y REFLEXIÓN.

La atención psicológica y psiquiátrica a los menores del Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia demanda ciertos ajustes a múltiples niveles, desde el más técnico de la relación profesional-paciente, hasta el referido a la organización de los recursos asistenciales. Frente a esta necesidad de aportaciones específicas, son muchos los profesionales que aplican esquemas conceptuales y procedimientos técnicos genéricos, lo que podría contribuir a explicar las altas tasas de abandono de tratamiento o de incumplimiento de los objetivos terapéuticos. En los foros de encuentro profesional y en las publicaciones especializadas resulta habitual encontrar casuística que nos muestra que son muchos los profesionales que atienden a estos menores, y que algunos de ellos tratan de ajustarse a esa especificidad de las intervenciones. No obstante, aún no contamos en nuestro país con un marco en el que se hayan compartido de forma profunda y sistemática conocimientos y reflexiones en torno a quién, cómo y dónde atender a estos niños y adolescentes.

La población que estamos considerando nos remite a una amplia red de recursos asistenciales, configurados como contextos vitales de desarrollo, en los que los menores son cuidados por personas designadas por las administraciones públicas para sustituir a sus familias. Hablamos de niños y adolescentes en situaciones muy diferentes y frente a desafíos muy variados; desde bebés que han nacido con el síndrome de abstinencia, hasta jóvenes que han vivido conflictos tan intensos con sus padres, que el problema ha derivado en una ruptura de la convivencia. Los dispositivos donde se les atiende configuran un sistema formado por una amplia variedad de recursos, desde viviendas similares a cualquier otra de su vecindario, donde viven cinco o seis menores con los profesionales que les cuidan, hasta grandes centros de acogida. E incluyen a cuidadores de muy distinto tipo, desde parejas que asumen esta tarea de manera profesionalizada, hasta grupos amplios de profesionales donde confluyen una diversidad de categorías profesionales (educadores sociales, técnicos de educación infantil, psicólogos...) (Galán, 2011). Aunque resulta difícil ofrecer cifras exactas, estaríamos considerando

para todo el país alrededor de unos 14.000 menores en acogimiento residencial, es decir, unos 170 por cada 100.000 menores (Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2013).

Pensar en los menores acogidos en el Sistema de Protección como un grupo de riesgo para sufrir dificultades emocionales o comportamentales, resulta obvio si se atiende a los desafíos a los que se enfrentan. Han vivido situaciones de desprotección que han implicado su salida del hogar familiar, y con ello sufren tres experiencias con un potencial componente patógeno:

- El maltrato, donde podemos encontrar al menos dos componentes. Por un lado, el golpe/negligencia/abuso/rechazo que lo define; y por otro, la relación emocional disfuncional y dañina que lo sustenta, y que frecuentemente se habrá mantenido a lo largo de los años más sensibles del desarrollo de un ser humano.
- Una separación de su hogar que, si bien será vivida de una u otra manera en función de las relaciones familiares, la experiencia cotidiana nos muestra que esta ruptura tiende a ser vivida como algo terrible y catastrófico.
- Cuando se produce el ingreso en un recurso residencial (un centro de acogida o un piso/hogar tutelado), estamos considerando el hecho de vivir en un contexto artificial (versus natural); se trata de un dispositivo que cuidará del menor y le aportará experiencias necesarias y valiosas, pero que no dejará de ser un sustituto precario al contexto natural de crianza y convivencia. En el peor de los casos, un mal funcionamiento del recurso hará que el menor se vea expuesto a los componentes iatrogénicos que tienen muchos contextos institucionales.

Considerando estas circunstancias, resulta razonable plantearse que estos menores requieren un cuidado especial, y que muchos de ellos pudiesen necesitar atención psicológica o psiquiátrica. Dirigiéndonos a los datos de investigación, comprobamos que las cifras de prevalencia tienden a mostrar que para este grupo poblacional los niveles de sufrimiento psíquico, y la cristalización de estos en forma de psicopatología, son más altos que en la población general (Del Valle, Sainero y Bravo, 2011). Por ello, parece evidente que desde un punto de vista clínico nos encontramos ante un grupo de riesgo. A partir de aquí surgen otras cuestiones de interés,

referentes a qué tipo de asistencia prestarles y cómo hacerlo, tanto a un nivel de atención directa como en el de la organización de los dispositivos.

El objetivo de este trabajo es plantear algunas cuestiones en relación a la intervención psicológica y psiquiátrica con estos menores, a través de aportaciones muy ancladas en el espacio clínico y con un carácter práctico. Todo ello como una contribución más a la necesaria creación de un marco conceptual e institucional aún pendiente de abordaje.

2. LA ESPECIFICIDAD DE LOS MENORES.

Algunos rasgos que configuran la especificidad de este campo de intervención nos remiten a las propias características de estos menores (Grimau, 2011). Una de las que primero llama la atención es el carácter resistencial ante las intervenciones, que a veces adopta un formato paradójico. La intervención psicoterapéutica supone una oferta de relación interpersonal significativa, y estamos considerando a niños y adolescentes que han sufrido al menos un doble fracaso en las relaciones interpersonales significativas más importantes de sus vidas. Que reciban con resistencia una nueva oferta sería lo esperable. Pero esa resistencia es ambivalente en la medida en que se trata de una población muy carenciada, que recibe con anhelo una atención específica, exclusiva y sensible. Un resultado posible es que se muestren orgullosos y satisfechos por tener un psicólogo o psiquiatra... ante el que actúan con mucha reservas. Todo esto demanda paciencia, sensibilidad y en ocasiones mucha creatividad para poder establecer un contacto emocional mínimo que permita iniciar y/o continuar la intervención. Y en muchas ocasiones va a requerir del profesional un nivel inicial de actividad y de búsqueda de recursos relacionales que ante otros menores serían innecesarios.

También es frecuente encontrar dificultades en el manejo simbólico, lo que puede hacer que algunos instrumentos frecuentemente utilizados para acceder a otros niños (como el dibujo o los relatos) no sean fácilmente accesibles, al menos en los primeros momentos. Así, es habitual encontrar a niños que no saben jugar más allá de una actividad sensoriomotora, y que no están acostumbrados a un juego de representación, lo que puede resultar frustrante para el profesional que espera intervenciones simbólicas muy elaboradas. Al menos en parte, esta limitación pudiera tener que ver con el hecho de que muchos de estos niños no han tenido la experiencia evolutiva de descubrir y desarrollar el

placer del funcionamiento psíquico y la capacidad de sublimación propias del período de latencia, que llevan a convertir en dibujos o relatos los conflictos internos (Lasa, 2010).

Una dificultad importante en el abordaje de estos casos proviene de la existencia de muchos cuidadores en la vida actual del niño. Si en una intervención estándar el profesional se enfrenta al reto de conciliar visiones no coincidentes de los dos progenitores, y a veces añadir el posicionamiento discrepante de otros miembros significativos de la familia extensa (por ejemplo, los abuelos), aquí nos vamos a encontrar a muchas más personas asumiendo funciones de cuidado (numerosos educadores, equipos técnicos, los padres...). Con ello, ciertas dinámicas relacionales que incluyen al profesional (alianzas, triangulaciones, etc.), y las diferentes (y a veces contrapuestas) percepciones que los adultos tienen de los problemas del niño, van a ser más numerosas que en una intervención estándar. Un elemento relacionado con esto es el referente a la confidencialidad de la información. Es frecuente que estos menores se muestren especialmente desconfiados y escépticos respecto al mantenimiento del secreto profesional; en efecto, están acostumbrados a que la información sobre sus vidas se encuentre al alcance de una gran cantidad de personas, con una extensión que ellos no pueden precisar. Cuando se aborda un trabajo emocionalmente comprometido con estos menores es fácil que acabe surgiendo la cuestión de los límites de los secretos, a veces de forma explícita (si el profesional ayuda a hacerlo) y otras veces de forma subrepticia (por ejemplo, poniendo a prueba al profesional). Obviamente, lo que inicialmente aparece como un obstáculo (los límites de la confianza), puede ser convertido en un ámbito a trabajar y por tanto en una fuente de aprendizajes significativos.

Otro elemento que debe ser tomado en consideración es la visibilidad y la urgencia de los problemas que puede presentar un niño. En cualquier hogar familiar es importante mantener un clima de cierta tranquilidad; pero dentro de los contextos residenciales, el mantenimiento de una convivencia sin conflictos graves se convierte para los educadores en una prioridad de primer orden, y esto agudiza el riesgo de focalizar la atención (y por tanto las demandas a los profesionales externos) en los síntomas que deterioran el funcionamiento del dispositivo; con ello, es muy posible que se desconsideren vivencias con un carácter más interno, en forma de sufrimiento personal. Un elemento de muestra lo encontramos en la diferencia que frecuentemente se

establece en cuanto a la sintomatología internalizante y externalizante. Los estudios realizados con población residencial muestran cómo los educadores son mucho más sensibles a esta última, es decir, que son más capaces de identificar las manifestaciones clínicas disruptivas que las ansioso-depresivas (Del Valle et al., 2011). De forma complementaria, las derivaciones a profesionales del ámbito psicológico-psiquiátrico, responden más frecuentemente a la búsqueda de tratamiento de los problemas de agresividad, mal comportamiento, desobediencia... que a los relativos a la tristeza, la ideación suicida, o la ansiedad. De forma inmediata podríamos plantear dos explicaciones. La primera es que obviamente resulta más fácil percibir lo público que lo privado, especialmente si no se adopta una actitud inquisitiva y proactiva de indagación que busque esas dificultades más discretas. Y la segunda respuesta es que tendemos a dirigir nuestra atención sobre los problemas más inmediatos, los que irrumpen (e interrumpen) en la vida cotidiana. Así, es más fácil detectar a un muchacho golpeando con violencia una puerta que a otro tumbado en su cama rumiando ideas depresivas; y parece más urgente intervenir con una chica descontrolada que agrede a sus compañeras, que atender a otra cuyos síntomas agorafóbicos le obstaculizan salir del hogar.

Imanol era descrito por sus educadores y profesores como un "chico duro". Su apariencia física (un muchacho robusto, con un gesto de tensión en su rostro), su forma de hablar (rotunda, sentenciosa) y las experiencias que había tenido y narrado (peleas, contactos sexuales...) sostenían esta percepción. La demanda de atención psicológica se basó en los frecuentes momentos de tensión con los profesionales. Habitualmente surgían cuando el menor recibía una crítica o una negativa; en esos momentos, de forma brusca adoptaba una actitud muy agresiva y podía apreciarse el gran esfuerzo que realizaba para controlarse y no golpear; a pesar de que no había llegado a consumir una agresión, el temor a que en algún momento pudiera perder el control era algo muy presente para todo su entorno. Ya en el contexto de la exploración psicológica, las entrevistas con él resultaban difíciles; aparentemente colaborador, la falta de elaboración de sus respuestas acababan dirigiendo la entrevista a un diálogo parecido a un interrogatorio policial. El período de valoración (programado inicialmente para ser realizado en tres encuentros) se alargó hasta las seis entrevistas; en la última, el psicólogo le planteó sus dudas acerca de qué le ocurría a Imanol, y le trasladó su dificultad para comprender qué

le estaba pasando. Finalmente, le dio su opinión de que Imanol sufría una depresión, que adoptaba un formato propiamente adolescente, en el que la rabia sustituía a la tristeza; le explicó de dónde creía que procedía esa depresión, que vinculaba a una acumulación de duelos no resueltos. En esos momentos, los ojos del menor se humedecieron, y reveló que muchas veces deseaba subir a un edificio y tirarse; entonces se aislaba, dejaba pasar algo de tiempo y volvía a la normalidad. Esa idea de matarse o hacerse daño era vivida como una pesada carga que reaparecía periódicamente, y a la que en algún momento temía.

3. LA ESPECIFICIDAD DE LAS TEMÁTICAS.

Además de las características propias de estos menores, encontramos también algunas temáticas específicas de esta población (o que siendo comunes con niños que viven con sus familias, en estos casos adoptan unas connotaciones especiales), que van a hacer acto de presencia en el momento en que se despliegue una intervención comprometida. Algunas son obvias, como el maltrato, la desatención, la confianza o la sexualidad. Pero de todas las temáticas posibles escogeremos cuatro que habitualmente no son consideradas en intervenciones genéricas, y que demandan una especial atención y sensibilidad para que encuentren su espacio en la intervención psicológica.

A. El abandono.

Una intervención profunda con estos menores acabará encontrando una serie de contenidos muy cargados afectivamente que giran en torno al abandono. Esto significa enfrentarse a duelos pasados (frecuentemente no resueltos), y a una especial sensibilidad a los abandonos presentes y futuros. Se trata de contenidos que de forma imperceptible tienden a ser descuidados por el entorno de estos menores; por ejemplo, se es poco sensible al efecto que tienen en ellos los frecuentes cambios de profesional, quizá como mecanismo de defensa del propio Sistema asistencial que reproduce con el menor un cuidado deficitario a través de la frecuente rotación de las plantillas.

La primera infancia de Germán ha estado plagada de abandonos; el ingreso en un centro de acogida en su temprana infancia dio comienzo a una larga serie de rupturas con las figuras de convivencia, entre las que se han encontrado sus padres como pareja, estos por separado, los abuelos, y algunos recursos residenciales.

A los diez años el centro de acogida donde reside en esos momentos propone su ingreso en un recurso especializado para menores con trastornos graves del comportamiento; nos encontramos ante un chico violento, seriamente disruptivo, y en el que destaca la frialdad con la que hace daño sin mostrar arrepentimiento. El estudio del caso nos permite comprobar cómo esta crisis actual parece haber sido disparada por un momento de grandes cambios en la plantilla del Centro. Al describir la dificultad de Germán para vincularse con sus educadores, estos señalan cómo uno de los profesionales que se fue y más tarde volvió, fue recibido por el menor con desinterés e incluso cierta hostilidad, en lugar de ilusionarse con su retorno; esta reacción era presentada como la muestra de su incapacidad para vincularse emocionalmente. Desde la teoría del apego, esta respuesta es precisamente la manifestación de que existía un vínculo con el educador. La falta de sensibilidad a estos aspectos relativos al apego y al abandono, llevó a los profesionales a interpretar como desvinculación lo que en realidad era la manifestación de un vínculo que se estableció y cuya ruptura dolió.

La sensibilidad a estos aspectos relativos al abandono nos ha llevado a enfatizar algunos aspectos bien recogidos en la psicoterapia tradicional, como la importancia de aportar regularidad y constancia en la atención psicológica, avisar con toda la antelación posible de los cambios, o prestar una especial atención a los períodos de separación (como las vacaciones). Todo ello, oponiéndose a la respuesta inmediata de los propios menores verbalizando el carácter innecesario de estas medidas, igual que frecuentemente niegan sentirse afectados por el abandono de profesionales con los que habían establecido una estrecha relación. De la misma manera, ayudamos al menor a establecer una conexión entre algunas de sus emociones y conductas con los “micro-abandonos” que jalonan su vida (por ejemplo, señalando cómo se ha alterado emocionalmente cuando se ha hablado de la anulación de una cita, o cómo está más enfadado desde que un educador se fue del centro).

B. El cuidado.

Hay determinados conceptos, palabras o metáforas que pueden tener un especial valor en este contexto; y entre ellos puede ser muy útil la referencia al “cuidado” (en el sentido de cuidar, de hacerse cargo, de proteger). El cuidado ocupa un lugar fundamental en los casos de desprotección; de hecho, lo que se está valorando en las familias es la capacidad de los padres para ejercerlo

sobre los hijos; la imposibilidad o incapacidad de cuidar es lo que determina la salida de un menor de su hogar; lo que las instituciones proponen es un nuevo contexto de cuidado; y las relaciones profesionales pueden y deben quedar definidas como la prestación de un cuidado. Estamos hablando por tanto de “cuidar” en un sentido amplio, pero a la vez muy profundo y lleno de significaciones. Es un significado que va más allá de categorías profesionales y que nos remite a un tipo de relación interpersonal en la que alguien se hace cargo de las necesidades de otro más débil o incapaz. Definir la relación con un niño desprotegido como una acción de “cuidado”, es remitirle al núcleo de su problema y de sus necesidades. De hecho, es algo que está en juego en cualquier relación que él establece. Usar ese concepto y esa palabra en la relación psicoterapéutica, señalando lo que se hace y lo que no se hace como una forma de cuidado, está transmitiendo un mensaje que se dirige a lo nuclear de su relación con el profesional.

C. La lealtad familiar.

El hecho de que en estos menores la familia esté físicamente poco presente en sus vidas (y a veces está totalmente ausente), no significa que no exista; de hecho, ocupa un lugar importantísimo en el mundo interno del niño y por tanto hará acto de presencia en la intervención psicológica. Trabajar todos los aspectos relativos a la familia requiere una especial sensibilidad, junto con ciertos conocimientos específicos acerca del funcionamiento familiar y de las dinámicas maltratantes. Entre otras cosas, demanda acercamientos muy sensibles y respetuosos; aunque por definición se trate de familias disfuncionales (si no, se hubiese mantenido la unidad familiar), es habitual que se conserve la lealtad familiar, incluso cuando explícitamente se reniegue de la familia. Conseguir hacerse un lugar dentro de la vida del niño para poder cuestionar algunas visiones de su familia, de modo que la respuesta de aquél no sea una acomodación ni una defensa, demanda paciencia y mucha sensibilidad. Por otra parte, existe un miedo que puede surgir en el profesional cuando se avanza en el desarrollo de una visión más realista de la familia; combatir la idealización de los padres aboca al menor a cierta clase de vacío, al que aparecería en el momento en que tomase conciencia de su soledad, de que no puede contar con sus padres y que la Administración sólo puede ofrecer un cuidado precario con fecha de caducidad.

Para muchos profesionales es difícil comprender la defensa que los niños hacen de familias tan disfuncionales

y maltratantes. Son muchas la aportaciones teóricas que ofrecen una explicación a esta conducta aparentemente ilógica, y de entre ellas nos gustaría destacar una, que gira en torno al concepto de “identificación con el agresor”, especialmente si atendemos a su doble lectura histórica (Frankel, 2002). Este concepto fue planteado por dos autores diferentes, muy cercanos en el tiempo y en el espacio, y cuya visión resultaría diametralmente opuesta. Por un lado se encontraba Anna Freud, que describía la identificación con el agresor como un movimiento psíquico por el que se asumen los atributos del agresor, de modo que el amenazado se transforma en la persona que amenaza (Freud, 1971). Por otro lado, Sandor Ferenczi (1933/1984) habla de un cambio en un sentido contrario: ante una amenaza ineludible, para sobrevivir nos convertimos en lo que el atacante espera de nosotros; estamos por tanto ante una renuncia a nuestra identidad, y el resultado será el opuesto al descrito por Anna Freud: acomodación y sumisión. A esta forma de entender la relación con el abusador, se suma la idea de que el trauma implica una división en la personalidad (Ferenczi, 1933), lo que permite abrir la puerta a la comprensión de muchas características de los niños maltratados; por ejemplo, la sumisión al agresor, los síntomas disociativos (lagunas de memoria, incoherencias en el pensamiento, falta de ajuste entre experiencias y emociones...), el sentimiento de culpa, o la exposición futura a nuevas experiencias traumáticas. Estas dos visiones contrapuestas describen la realidad cotidiana para muchos de estos niños y adolescentes. Así, es frecuente encontrar en menores maltratados que asuman una de estas dos partes de la polaridad, como si el crecer en un contexto violento o negligente llevase a interpretar la vida en términos agresor-víctima, identificándose con uno de ellos.

D. El reconocimiento y el perdón.

Los expertos en el tratamiento de niños y adultos que han sido víctimas de abuso sexual nos han sensibilizado al papel del perdón y de la reconciliación con el agresor. Esto responde a que el proceso terapéutico con la víctima acaba recalando en algún momento con la cuestión de cómo posicionarse ante una figura de referencia que ha sido amada y de quien, al mismo tiempo, ha llegado un gran daño. En ese proceso de esclarecimiento de quién soy yo respecto a mi abusador, la actitud de este último va a jugar un papel muy relevante. Y en este punto, un elemento esencial va a ser su reconocimiento del abuso, lo que no debe ser entendido en términos de presencia/ausencia, ni tan siquiera de grado de aceptación, puesto

que la negación puede adoptar formas diversas (Cirillo, 2012). Así, podremos hablar de una negación del hecho (“yo no he hecho eso”), de la conciencia (“no sabía lo que hacía”), de la responsabilidad (“no fue culpa mía”) o del daño (“eso no le ha afectado”). Negar el hecho supone hacer dudar a la víctima de la realidad de sus propias experiencias. Rechazar la conciencia del acto, es una forma sutil de negar la culpa, colocando el daño causado en un limbo de responsabilidad que deja a la víctima inerte con su dolor. Negar la responsabilidad constituye una forma a veces cobarde y otras cruel de culpabilizar al niño que ha sufrido el abuso. Finalmente, desconsiderar el daño es una forma de invalidar y descalificar la vivencia emocional de la víctima.

Cuando se piensa en un padre que ha abusado sexualmente de sus hijos, la respuesta inmediata viene impulsada por una reacción visceral de rabia y asco, que impulsa a pedir su alejamiento definitivo de la víctima. Esa respuesta se hace más vehemente cuando (y ésta es la actitud más habitual) aparece alguna de las formas de negación que hemos recogido antes. Por ello, cuando se habla de un trabajo terapéutico con los abusadores, y de planes de reencuentro familiar, es habitual que encontremos escepticismo o un franco rechazo. Lo que nos han enseñado los terapeutas que trabajan en el ámbito del abuso sexual es que este trabajo con los padres abusadores puede ser necesario... por el bien de la víctima. Y esto es así por dos motivos. El primero, porque los lazos afectivos persisten, y los niños pueden pedir insistentemente retomar la relación con una persona que les ha hecho daño pero en quien también han encontrado cuidado, protección y amor. En este sentido, los niños no conciben esta relación padre-hijo en términos dicotómicos (padre bueno versus padre malo), sino dentro de la complejidad de esta relación. Porque en efecto, si el abuso sexual resulta tan destructor para el mundo interno del niño es porque esa agresión al niño se desarrolla dentro de una relación nutricia, con todo lo que implica de dobles mensajes, de falsedad, de identificaciones contradictorias... Cuando se revela el abuso, queremos que el niño actúe desde la lógica del adulto ajeno a esa relación, y por ello nos sorprendemos (e irritamos) cuando la víctima insiste (a veces de forma temerosa y otras de manera abierta y reivindicativa) en seguir contando con el progenitor. El segundo motivo por el que parece conveniente trabajar terapéuticamente con los abusadores nos remite nuevamente a las necesidades de la víctima. Resulta difícil elaborar una vivencia traumática, un daño, sin ajustar cuentas con el agresor. Cuando nos

referimos a un “ajuste de cuentas” no nos referimos ni a una venganza ni a una respuesta sancionadora desde un punto de vista legal; nos estamos remitiendo a los aspectos más interpersonales de las relaciones humanas. Aquí estamos hablando de una experiencia humana con la que todos estamos familiarizados. Cuando hemos sido víctimas de un daño causado por otra persona, tenemos la necesidad de encararnos con él, de pedirle explicaciones, de expresarle nuestra rabia y nuestro dolor; cuando no tenemos la oportunidad de hacerlo, es más probable que la vivencia traumática permanezca enquistada como una página de la historia vital que nunca termina de pasar. Ahora bien, si en ese momento de confrontación el niño que acude con sus recuerdos, sus vivencias y su dolor, encuentra negación, culpabilización o desconsideración hacia su sufrimiento, estará experimentando una nueva agresión. Es por ello que se hace necesario un trabajo previo con el abusador, que permita ayudarle a avanzar en el reconocimiento de sus actos, en la aceptación del daño causado, y en la recuperación de la parte cuidadora de él mismo como padre/madre.

Estos aprendizajes transmitidos por los profesionales que trabajan con víctimas de abuso sexual nos confrontan con prejuicios muy extendidos, y ese mismo esquema es aplicable al resto de formas de maltrato, aunque frecuentemente tendamos a olvidarlo. Las instituciones pueden cuidar durante largos períodos de tiempo a menores alejados de sus padres, trabajar arduamente en la reintegración familiar y en la recuperación psicológica de los niños, pero aceptar las distintas formas de negación que los progenitores sostienen. De hecho, no es frecuente encontrar referencias a este punto entre los criterios de reintegración familiar. Indudablemente se trata de una labor difícil, pero permitir una reintegración familiar sin que los progenitores hayan reconocido que hicieron un daño, supone reforzar institucionalmente una (cruel) tendencia de los niños a culparse a sí mismos. Es un hecho que cuando un niño ha vivido una mala experiencia, dispone de pocos recursos para explicarse qué ha ocurrido, y si lo poco que sabe tiende a responsabilizar a sus figuras de referencia, acabará culpándose a sí mismo. Si a esto le añadimos que los padres no van a reconocer su culpa, se produce una colusión (es decir, una ilusión conjunta) entre ambos. Abordar estos temas constituye una labor ineludible de todos los profesionales encargados del cuidado del niño, incluyendo a quienes dirigen una intervención psicológica; y se trata de un reto importante, entre otras cosas porque podría requerir incluir a los progenitores en el trabajo psicoterapéutico,

y coordinarse con otras instancias profesionales que trabajan con los padres. Obviamente, todo esto se traduce en riqueza de la intervención, pero también complejidad y dificultades.

Obviamente, estos cuatro puntos no agotan la lista de temáticas especiales, puesto que podríamos añadir otros como el elemento traumático, los aspectos relativos a la identidad, el conocimiento de la propia historia, el estigma (la “mercancía dañada”) y muchos otros. Todas ellas van a hacer acto de presencia de alguna manera, a veces como síntomas y otras como un telón de fondo que sólo llegan a un primer plano si se despliega una intervención comprometida y/o el profesional dirige su foco de atención hacia ellos. En este ámbito, resulta muy sugerente la idea de Dio Bleichmar (2005) al hablar de la ansiedad como homogeneizador clínico, en el sentido de que un síntoma concreto aparece como el punto final y manifestación visible de múltiples recorridos de disfuncionalidad. Si ampliamos esta concepción para incluir también la agresividad, podemos entender que cuando el niño o adolescente se enfrenta a los desafíos que hemos ido analizando, es fácil que acaben surgiendo estos síntomas. Desentrañar su origen nos obligará a un trabajo concienzudo de esclarecimiento. Es en este punto donde nos encontramos con la perspectiva clínica, en sus diversas dimensiones: como el interés por los aspectos disfuncionales del funcionamiento personal, como el acercamiento individual a las dificultades personales, y como la búsqueda de un nuevo sentido al comportamiento (Cirillo, 2012).

4. LA ESPECIFICIDAD DEL FORMATO DE INTERVENCIÓN.

La especificidad de la situación vital de estos menores nos obligará a configurar nuestra intervención de una forma particular. En este sentido, tendremos la opción de implementar un formato de tratamiento específicamente diseñado para atender a esta población, o más bien introducir algunas modificaciones en los formatos más genéricos que usamos en nuestra práctica cotidiana.

En relación a la primera opción, encontramos una gran variedad de modelos específicamente desarrollados para el trabajo con menores maltratados/abusados, configurándose éste como un campo muy amplio, y que tampoco se ha sustraído a la actual orientación hacia las prácticas basadas en la evidencia. Nos limitaremos a remitir al lector a algunas revisiones recientes en torno a este tema, como las que aparecen en Leenarts, Diehle, Doreleijers, Jansma y Lindauer (2013), en Rosa-Alcázar,

Sánchez-Meca y López-Soler (2010), en el monográfico de Child Maltreatment del año 2012 (Volumen 17), o en la revisión aportada por el National Child Traumatic Stress Network en relación a tratamientos con apoyo empírico (<http://www.nctsn.org/resources/topics/treatments-that-work/promising-practices>).

Más allá de estos formatos estandarizados, existen propuestas concretas que han tenido un gran valor por resultar especialmente inspiradoras para muchos profesionales en nuestro país. Desde el ámbito de la terapia familiar (con aportes de otros campos, entre los que destacaría la teoría del apego), y limitándonos a las que han tenido eco en nuestro ámbito geográfico, podríamos señalar como especialmente representativa la aportación del Centro per il bambino maltrattato e la cura della crisi familiare (CBM) de Milán, recogiendo un amplio bagaje de trabajo con familias maltratantes (Cirillo, 2012; Cirillo y Di Blasio, 1991). También la de Juan Luis Linares, al desarrollar modelos de funcionamiento familiar que den cuenta tanto de los cuadros clínicos habituales (trastornos de ansiedad, cuadros depresivos, patología psicótica...) como de las situaciones de maltrato (Linares, 2002, 2006). Podríamos incluir a Arnold Bentovim y su visión de las familias a las que la violencia conduce a una organización muy particular a la que denomina “sistema organizado por traumas”, al que se enfrenta con lo que ha bautizado como “terapia familiar focal” (Bentovim, 2000). Otras propuestas eclécticas, muy inspiradas en la teoría del apego son las de Rygaard (2008) y Barudy (2001).

Más allá de estos formatos específicos, muchos profesionales optan por utilizar modelos conceptuales y técnicos genéricos, a los que introducen algunos ajustes destinados a adaptar su intervención a la especificidad de esta población. En relación a esta opción, hay algunos aspectos que pueden ser relevantes, y que quisiéramos subrayar.

La trayectoria vital de estos menores constituye en sí un objetivo de trabajo psicoterapéutico; así, encontramos muchas vivencias traumáticas, conflictos y lagunas que deben ser abordados. Es por ello que en muchos dispositivos que atienden a menores en situación de desprotección han incorporado como actividad regular el trabajo sobre un “Libro de vida” (véase por ejemplo Jiménez, Martínez y Mata, 2010), con los que se intenta que el menor desarrolle un sentido integrado y de continuidad en su vida. Dentro de un encuadre más clínico, una práctica que hemos implementado con algunos menores es la de leer con ellos su expediente de protección; se trata de un trabajo de elaboración compartida de su

trayectoria vital tal como ha sido vista por terceros (las instituciones que han supervisado su evolución); con un ritmo pausado, en el que el menor anticipa situaciones, en que ciertos datos dan lugar a un trabajo reflexivo, se busca: a) aportar un sentido de continuidad a una historia llena de lagunas por desconocimiento o porque algunas experiencias no pudieron ser elaboradas y dejaron así un hueco; y b) identificar y abordar algunas experiencias traumáticas.

Pero al mismo tiempo que hay que trabajar estos contenidos almacenados en su mundo interno, advertimos que hay muchas tareas pendientes en el sentido de que no se han desarrollado lo suficiente ciertas funciones y procesos. Esto nos remite a una distinción ya clásica entre “patología del déficit” y “patología del conflicto” (Killingmo, 1989). En estos menores vamos a encontrarnos con muchas funciones psíquicas que no han podido desarrollarse, dejando con ello incapacidad y dificultades para avanzar en el crecimiento personal. Es por esto que a veces designamos a esta parte del trabajo como “educación emocional”, quizá porque una de las tareas más necesarias es la de ayudarles a conocer sus emociones: sentirlas, reconocerlas, expresarlas, contenerlas... En este sentido, a veces sorprende el desconocimiento que pueden llegar a tener de su mundo interno, y de la dificultad para comprender el mundo interno del otro, de modo que se relacionan con el exterior a partir de una doble ignorancia. De la misma manera, a veces parece necesario de forma prioritaria ayudarles a desbloquearse, estimular su creatividad, de modo que se permitan dibujar, pensar, proyectar...

Alicia fue derivada para intervención psicológica con 16 años de edad, en un momento especialmente agitado de su vida; tras varios años de buena adaptación a un centro de acogida, se había embarcado en una conflictiva relación de pareja, al mismo tiempo que el resto de sus relaciones interpersonales se deterioraban. Cuando esta fase tan turbulenta finalizó, pudo abordarse con más tranquilidad un repaso de su historia vital. Resultaba llamativo cómo había pasado una infancia rodeada de sucesos dolorosos y traumáticos de los que ella parecía no haber registrado nada; en su familia se sucedieron situaciones difíciles de comprender para una niña pequeña, y que además acarrearaban un fuerte estigma social en una localidad pequeña (alcoholismo del padre, prostitución de la madre, penuria económica); pero las referencias de los profesionales que la habían conocido en aquel momento describían a una niña solitaria, triste y pasiva. Mucho después aparecía como una joven inhibida,

que seguía intentando no registrar internamente los graves sucesos que ocurrían a su alrededor; revisando su expediente pudimos comprobar cómo hubo épocas de su vida en que supo cosas de su familia que más tarde “olvidó”, lo que permitió ilustrar directamente el uso de ciertos mecanismos de defensa. De la elaboración de su situación vital emergió una vivencia de su recorrido por el Sistema de Protección como un largo paréntesis en su vida, en una espera pasiva hasta cumplir la mayoría de edad y recuperar entonces su vida “real”. Pero el análisis de su pasado nos mostraba una vida anterior en la que igualmente había tratado de desconectar internamente de su realidad inmediata, evitando comprometerse con un entorno que generaba dolor y sufrimiento.

Estas ideas, muy basadas en intuiciones clínicas, han encontrado un sólido soporte conceptual y empírico en el constructo “mentalización”, surgido dentro de la teoría del apego. La mentalización (o “función reflexiva”) puede ser entendida como la capacidad para comprender la conducta propia y de otros en términos de estados mentales e intenciones subyacentes; se trataría de una capacidad humana crucial, intrínseca a la regulación afectiva y a las relaciones sociales productivas. De todo el bagaje que conlleva este concepto, nos limitaremos aquí a subrayar un punto muy relacionado con el maltrato a la infancia. La mentalización se desarrolla en un contexto intersubjetivo de cuidado padre-hijo, y el elemento central aquí es la capacidad del cuidador para sostener en su propia mente una representación de su hijo como alguien que tiene sentimientos, deseos e intenciones, porque esto permite al niño descubrir su propia experiencia interna a través de la representación que el progenitor tiene de él (Fonagy, 2004). Pero si lo que el niño encuentra en la mente de su figura de apego es una visión fragmentada, negativa, enloquecedora... optará por buscar el alejamiento mental de ella; paradójicamente, el distrés causado por el abuso le llevará a la búsqueda de proximidad física, dando lugar así a una conducta que tendemos a designar como desorganizada o incoherente. Con ello, el contexto donde se desarrolla la función reflexiva resulta disfuncional y por tanto una tarea evolutiva queda inconclusa. Quizá por ello, una frase que repetimos continuamente ante los menores es “las cosas no pasan porque sí”, y estimamos que una de las cosas más valiosas que el cuidador (sea quien sea) puede darle a un niño es que se interese por cómo funciona su mente; esto no se transmite con una explicación racional, sino con una experiencia compartida en la que pueda vivir cómo un adulto muestra ese genuino interés por entender

por qué él mismo y los que le rodean actúan como actúan, piensan como piensan, y sienten como sienten.

La historia de estos menores implica que los contactos afectivos fundamentales en el desarrollo de un ser humano han revestido un importante componente de dolor y sufrimiento. Esto va a implicar obstáculos a múltiples niveles, desde la dificultad para experimentar cercanía (física y emocional), hasta las limitaciones en el desarrollo del pensamiento simbólico. Tanto una como otra van a dificultar la relación terapéutica, definida precisamente por la proximidad entre dos seres humanos, y por la comunicación a través de símbolos (y entre ellos, los verbales). Por ello, encontraremos dificultades para el contacto tú-a-tú, lo que obligará a buscar actividades mediadoras (tareas, juegos, sesiones conjuntas con educadores), ofrecer marcos bien regulados que contengan la relación, etc. Esto obliga a introducir pequeñas adaptaciones y a estar sensibilizados ante ciertas angustias para cuyo manejo será necesario enfatizar aspectos del encuadre.

La atención psicológica estándar a un niño o adolescente incluye a sus padres, quienes ocupan un lugar muy próximo al de “paciente”; en efecto, aun cuando no se realiza una terapia familiar propiamente dicha, es factible ampliar la intervención para recoger en ella las angustias, los déficits o los traumas de los progenitores; de hecho, forma parte de las habilidades terapéuticas poder considerar estos aspectos parentales sin dejar de tener al hijo como el auténtico paciente. Cuando se trabaja con menores del sistema de protección la situación es ligeramente diferente, puesto que aquí las figuras encargadas de su cuidado son (o al menos deben ser) personas muy comprometidas emocionalmente con el niño, pero también son profesionales. Es por ello que en la intervención psicológica ocupan un lugar indefinido, con respecto al cual el encargado de la intervención psicológica podría no saber cómo situarse; además, pocas veces se explicita esta dificultad, a pesar de la incomodidad que puede generar. No obstante, estos profesionales deben ser incluidos en la intervención, y merecen además una mirada especialmente atenta y cuidadosa. Son los que realizan la labor más difícil, porque trabajan con su ser, en un espacio relacional con poco tiempo para la reflexión; a diferencia de la intervención psicoterapéutica, configurada como encuentros breves, en contextos asépticos, donde el profesional tiene la oportunidad de contar con unos minutos previos y posteriores de reflexión, el educador interviene de forma continua, en contextos familiares, y afrontando crisis que

surgen de forma repentina y que requieren intervenciones inmediatas. De ahí la importancia de reforzar su cualificación técnica pero también de crear espacios de trabajo personal en los que atender a esa parte de su ser que involucran en la intervención cotidiana.

Otro aspecto técnico a considerar se relaciona con la necesidad de un trabajo previo de clarificación de las demandas. Es frecuente que muchos profesionales encargados del cuidado de los menores tiendan a derivar muchos casos para una intervención, considerando que las dificultades psicológicas están presentes en casi todos los niños y adolescentes del sistema de protección, o al menos en todos los que muestran conductas disruptivas. No obstante, resulta más difícil determinar qué se demanda realmente, es decir, establecer unos objetivos operativos que permitan determinar quién necesita la intervención, qué tipo de actuación se requiere y cómo implementarla. En este sentido, es conveniente atender a los modelos internos de psicoterapia que tienen muchos derivantes, y que frecuentemente se parecen a los que encontramos en la visión popular; así, es frecuente la prescripción de “que lo saque todo”, respondiendo a una visión tradicional de la psicoterapia como un lugar de confianza en el que el paciente se permite exponer secretos o vivencias muy íntimas, cuya expresión tendría cierto efecto catártico. Otra visión muy frecuente es la intervención psicológica como un lugar donde “recibir pautas” (ya sea el educador o el propio menor), en la que el psicólogo o psiquiatra adopta un papel de consultor. Ciertamente algunas intervenciones se ajustan bastante a estos modelos, pero en otras ocasiones no es así. Por ejemplo, en aquellos casos en los que atendemos más a los aspectos estructurales del funcionamiento psíquico, o a lo que más arriba designábamos “educación emocional”; en estos casos abordamos más la forma que el contenido del pensamiento, y esto debe ser explicado a los educadores. En estos casos solemos hablar del despacho como un laboratorio, donde se despliegan de forma más aséptica dinámicas difíciles de captar en la relación diaria, lo que permite a todos los implicados percatarse de ellas y comenzar a ensayar formas nuevas de sentir y actuar.

A veces los educadores expresan cierto escepticismo ante la intervención psicológica considerando que el profesional que la dirige no puede llegar a conocer realmente al menor, puesto que la presentación de éste en la consulta es diferente a la que muestra en el recurso residencial. Es cierto que a veces los niños reservan lo mejor de ellos mismos para la consulta, no sólo porque se encuentran ante alguien “de fuera”,

sino también porque también tienen la necesidad de ser valorados positivamente, y es más fácil lograrlo en un contexto donde se pasa poco tiempo y no existe una convivencia diaria. Este hecho nos está dando claves para entender al menor y nos da la oportunidad de establecer una relación que permita más adelante recibir su parte “mala”. Pero mientras, existe el peligro de caer en un “buenismo” que confronte al psicólogo con los educadores, al defender visiones antagónicas del menor. Ésta sería una de muchas formas en que la intervención psicológica puede formar parte una triangulación que obstaculice los avances. En sí, las triangulaciones no son malas dentro de una intervención psicológica, porque forman parte de las relaciones humanas. Pero sí que es necesario identificarlas, desactivarlas cuando boicotean la intervención, y utilizarlas para enseñar al menor cómo formar parte de triángulos sanos.

Pero además, es importante ampliar la mirada más allá del espacio de la intervención psicológica y de la actuación con los educadores, porque estos menores requieren ante todo una red de cuidado. Es sorprendente la complejidad de estos casos, y para constatarlo basta con asistir a una de las frecuentes reuniones en la que se toman decisiones respecto a estos menores; en ellas se ponen en juego infinidad de variables, con aspectos legales, institucionales, psicológicos, sociales, familiares... Esta complejidad, más la diversidad de miradas ajenas a lo propiamente psicoterapéutico, constituyen un reto para algunos profesionales de la intervención psicológica, quienes ven difícil manejarse en la gran diversidad de elementos que deben encajar en una formulación del caso, en las relaciones interinstitucionales, e incluso en la propia logística de la participación en los encuentros.

Otra dificultad que se plantea en estos casos es la relativa a fijar la finalización de la intervención, y relacionado con este punto, la determinación de unas medidas de resultado.

Mariana, una adolescente de 17 años, fue derivada para recibir atención psicológica, presentando como problema central los numerosos conflictos con iguales y con educadores; de forma secundaria se señalaban conductas peligrosas en relación a la alimentación (muchas restricciones, vómitos provocados ocasionales), por los que ya se había iniciado paralelamente una canalización hacia un recurso especializado en trastornos de la conducta alimentaria. Al realizar la valoración inicial, lo que destacamos fue un importante fondo depresivo. Tras ese enfado externo, había mucha tristeza que ella quería negar; así, describió momentos en los

que se sentía abatida, buscaba el aislamiento y pasaba muchas horas tumbada en la cama, llorando y pensando repetidamente en el suicidio; eran episodios bastantes frecuentes, que quedaban disimulados ante su entorno como momentos de calma entre crisis disruptivas. A lo largo de varios meses la intervención psicológica resultó muy productiva; se abordaron temas muy cargados emocionalmente que tenían que ver con su difícil historia familiar, con duelos no resueltos, con algunos retos evolutivos a los que se estaba enfrentando muy precariamente (el acceso a la sexualidad, su formación académico-laboral...), y se trabajó sobre situaciones conflictivas en el recurso residencial para desbloquear algunas dinámicas de agresión que enturbiaban su convivencia diaria. La intervención finalizó al cumplir la mayoría de edad; para entonces su estado afectivo había mejorado considerablemente, estaba más capacitada para enfrentarse a los restos que la esperaban... pero su comportamiento disruptivo seguía siendo el mismo.

El criterio de reducción sintomatológica resulta ineludible, si bien se muestra limitado en el momento en que los motivos que sustentan la derivación se ajusten poco a una visión psicopatológica; cuando se pide una intervención por la confusión que un chico muestra a la hora de entender su situación vital, la dificultad para relacionarse con su familia de una forma madura, o la tendencia a entrar en conflicto en sus distintos ámbitos de relación, es difícil establecer unos criterios de eficacia basándonos en los síntomas clásicos de los cuadros psicopatológicos. En estos casos pareciera que tenemos que usar otros criterios de salud. En este punto nos sumaríamos al cuestionamiento frente a la tendencia a medir la eficacia de la terapia psicológica sólo en función de los síntomas, cuando lo más relevante pudiera estar en otras contribuciones, como la promoción de la flexibilidad psicológica, el autoconocimiento, el esclarecimiento de las decisiones personales, la potenciación de recursos, o la capacidad para solucionar problemas. Esta postura no está lejos de la definición de Salud Mental de la OMS, al situarla en un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, logra trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (World Health Organization, 2001); y a su vez, no se encuentra lejos de la postura atribuida a Freud al plantear como criterios de curación el poder amar y trabajar, y cuando ponía como condición para ello conocerse mejor a sí mismo.

No obstante, cuando se trabaja con menores del ámbito de protección nos enfrentamos a la dificultad adicional de que se encuentran en una situación: a) en la que sus procesos psíquicos se están estructurando; y b) frecuentemente se mantiene de forma indefinida una situación patógena (la disfuncionalidad de la familia) junto con un contexto de vida artificial (el institucional). Esto hace que resulte difícil establecer una finalización para los procesos terapéuticos, puesto que continuamente se están reactualizando traumas que impactan sobre un mundo interno en evolución. Así, muchos menores se ven enfrentados a una situación dolorosa que permanece indefinidamente como una herida abierta; por ejemplo, quienes viven con un anhelo persistentemente frustrado por volver con una casa que no puede recibirles, lo que se configura frecuentemente como un deseo irreductible a pesar de las intervenciones. En este sentido, la intervención psicológica no podría aparecer como una actuación puntual ante un problema a solucionar, sino como un acompañamiento a lo largo de trayectorias de vida especialmente difíciles. Esta idea del acompañamiento terapéutico resulta muy intuitiva, y puede entenderse como una pieza más de esa red de cuidados que se organiza alrededor del niño desprotegido (Marcos y Córcoles, 2010). Esto implica ayudar al paciente pensando en términos de acompañamiento y de contención, más que en curar, sustituir o solucionar. El problema a nivel técnico es que de esta manera resulta muy difícil establecer el momento de la finalización, con lo que ello implica en cuanto a riesgo de estancamiento, y a la conveniencia de contar con una supervisión externa.

Los temas que hemos abordado no completan todos los aspectos técnicos que resultaría conveniente tener en consideración, pero la limitación de espacio nos impide ampliarlo aún más. No obstante, sí querríamos hacer un señalamiento en torno a la necesidad de que el profesional que realiza estas intervenciones dedique cierto espacio para el análisis y reflexión respecto a sí mismo. El trabajo con estos menores nos sitúa ante vivencias que resuenan en nosotros mismos, y cada profesional se mostrará especialmente sensible hacia ciertos temas; consideramos que más allá de los que habitualmente se mencionan en estos casos (la violencia, el abuso sexual), existen otros menos llamativos pero que pueden resultar igualmente contundentes a la hora de generar sufrimiento, provocar actuaciones o amparar puntos ciegos: ciertas dinámicas familiares, el estancamiento vital de algunos menores, la desesperanza que invade a algunos de ellos, el poco control que tienen de sus vidas, etc.

5. OTRAS CUESTIONES.

Al enfrentarse a las dificultades psicológicas que presentan estos menores, el profesional debe hacer uso de un marco conceptual que le permita entender y actuar sobre esos problemas. Estos modelos de comprensión tienen una gran importancia, porque de alguna manera marcan qué se va a percibir y cómo se puede actuar; y por ello es recomendable abordar una reflexión crítica sobre los modelos teóricos que cada profesional está utilizando. Ya se trate de un enfoque genérico (es decir, utilizado en cualquier contexto asistencial), o uno elaborado específicamente para la población maltratada/abusada, estimamos que esa forma de entender la realidad debe contemplar en su debida medida tres aspectos muy concretos:

- la gran carga de sufrimiento que lleva aparejada la realidad personal de estos niños y adolescentes;
- el enorme esfuerzo técnico y emocional que demanda de los profesionales que les cuidan y atienden; y,
- el tremendo lastre que ciertas vivencias imponen al desarrollo sano y productivo de muchos seres humanos.

De la misma manera, es necesario un planteamiento riguroso en torno a cómo organizar la atención a esta población. Un recorrido por los distintos sistemas asistenciales (de Salud Mental y de Protección a la Infancia) de nuestro país nos presenta una gran heterogeneidad respecto a cómo se ha organizado esta atención psicológica y psiquiátrica. De esta manera, no se ha clarificado de una forma global qué institución debe asumir la responsabilidad, qué profesionales tendrían que abordar esta tarea, y qué modelo de relación profesional-usuario convendría usar.

No obstante, todo ello resultará poco útil si no aumenta la visibilidad y el conocimiento de esta población. Muchos profesionales de los servicios comunitarios no conocen la especificidad de la población que estamos considerando en este trabajo; sus médicos, sus profesores, sus psicólogos... desconocen las particularidades de su situación administrativa o algunas características peculiares de los desafíos vitales a los que sus usuarios se enfrentan. De la misma manera, el conocimiento sobre la red de protección es escaso; aun contando con un recorrido de más de 30 años integrando a los menores acogidos en recursos residenciales dentro de los servicios comunes a toda la población (colegios, actividades del

barrio...), persisten los estereotipos y las leyendas negras sobre estos niños y sobre los lugares que los acogen. A pesar de haber transcurrido tanto tiempo, la población general sigue utilizando el término “orfanato”, y la prensa repetidamente identifica “centro de menores” con las instituciones para el cumplimiento de medidas judiciales. Aun contando con repetidas campañas de divulgación, los ciudadanos y muchos profesionales siguen confundiendo las medidas de tutela, acogimiento y adopción.

De la misma manera, las intervenciones no serán productivas si no avanzamos en el logro de visiones integradoras que puedan dar cuenta de la complejidad de las situaciones vitales, administrativas e institucionales a las que nos enfrentamos. Finalmente, nada de lo anterior es válido si de fondo no existe un compromiso ético con los niños y adolescentes, junto con una visión humanista de la infancia, que sitúe a aquellos como el objeto de un cuidado comprometido de toda la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Barudy, J. (2001). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós
- Bentovim, A. (2000). *Sistemas organizados por traumas*. Barcelona: Paidós
- Cirillo, S. (2012). *Malos padres*. Barcelona: Gedisa.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1991). *Niños maltratados*. Barcelona: Paidós.
- Del Valle, J. F., Sainero, A. M., y Bravo, A. (2011). *Salud Mental de Menores en Acogimiento Residencial*. Junta de Extremadura-Servicio Extremeño de Salud.
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (2013). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ferenczi, S. (1933/1984). *Confusión de lengua entre los adultos y el niño*. Obras Completas. Psicoanálisis. Tomo IV, cap. IX. Madrid: Espasa-Calpe.
- Freud, A. (1971). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y Psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- Frankel, J. (2002). Exploring Ferenczi's concept of identification with the agresor. Its role in trauma, everyday life, and the therapeutic relationship. *Psychoanalytic Dialogues. A Journal of Relational Perspectives*, 12, 101-139.

-
- Galán, A. (2011). *La protección a la infancia. El desafío del Rey Salomón*. Madrid: EOS.
- Grimau, M. (2011). Menores institucionalizados. Conflicto de identidades. *Intersubjetivo*, 11, 199-217.
- Jiménez, J. M., Martínez, R., y Mata, E. (2010). *Guía para trabajar la historia de vida con niños y niñas. Acogimiento familiar y residencial*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social- Junta de Andalucía <http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/descargar.aspx?id=3368&tipo=documento>.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65-79.
- Lasa, A. (2010). Logros y fracasos de la latencia como parámetros del diagnóstico clínico. *Revista de Psicopatología y Salud Mental*, 16, 21-28.
- Leenarts, L. E. W., Diehle, J., Doreleijers, T. A. H., Jansma, E. P., y Lindauer, R. J. L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 22, 269-283.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2006). *Las formas del abuso*. Barcelona: Paidós.
- Marcos, C. y Córcoles, L. M. (2010). Un lugar para crecer: de lo ideal a lo posible. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 115-131.
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., y López-Soler, C. (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis. *Psicothema*, 22, 627-633.
- Rygaard, N. P. (2008). *El niño abandonado*. Barcelona: Gedisa.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001-Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO.

