

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

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

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

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

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)

Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Alicia Sánchez Suárez (Madrid)

Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)

Fernando González Serrano (Bilbao)

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)

María Dolores Gómez García (Sevilla)

Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)

Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)

Alain Braconnier Centro Alfret Binet (París)

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 Universidad Paris Descartes (París)

Carmen González Noguera (Las Palmas)

Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)

Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)

Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)

Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)

Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †

Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)

Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)

Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)

Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)

Mercè Mabres Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)

Roger Misés (París)

Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (París)

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 Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)

Jorge Tizón García (Barcelona)

Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)

Eulalia Torras Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)

Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)

Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)

Xaber Tapia Lizeaga (Bilbao)

INDICE:

V Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes. La atención a los trastornos graves de la personalidad. Bilbao octubre 23 y 24 de octubre de 2015 <i>Fernando González Serrano</i>	9
De la patología vincular al trastorno de inestabilidad emocional. De cómo el niño se convirtió en erizo <i>Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz</i>	11
Evaluación del Hospital de Día infante juvenil <i>Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Beneítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual</i>	17
Técnicas terapéuticas basadas en la teoría de la mentalización en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de Hospital de Día <i>Paula Laita de Roda</i>	35
Hospital de día comunitario como dispositivo de crisis: experiencia clínica sobre el abordaje institucional de la patología límite en la adolescencia <i>Jaume Claret</i>	43
La demanda a enfermería en un centro terapéutico educativo con adolescentes <i>Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes</i>	49
El grupo como recurso terapéutico en un centro terapéutico educativo <i>Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas</i>	59
Intervenciones psicoterapéuticas con familias <i>José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García</i>	65
Convivir con los límites: El Hospital de Día como experiencia terapéutica para adolescentes con trastorno límite de la personalidad <i>Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos</i>	73
Atención a las familias de niños con trastorno mental grave en un programa específico de atención ambulatoria <i>Begoña Solana Azurmendi</i>	81
Acompañando los procesos simbólicos. Intervención temprana en grupo <i>Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando</i>	87

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

Impresión: Sorles, Leon

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

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

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

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

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

Sistema de selección de los originales:

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

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

V JORNADAS NACIONALES DE HOSPITALES DE DÍA Y TERAPIAS INTENSIVAS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD. BILBAO OCTUBRE 23 Y 24 DE OCTUBRE DE 2015	
<i>Fernando González Serrano</i>	9
FROM BONDING PATHOLOGY TO THE EMOTIONAL INSTABILITY DISORDER. HOW THE CHILD BECAME AN HEDGEHOG	
<i>Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz</i>	11
EVALUATION OF THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL	
<i>Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Benítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual</i>	17
THERAPEUTIC TECHNIQUES BASED ON THE MENTALIZATION THEORY IN GROUPS OF TEENS AND THEIR FAMILIES IN THE CONTEXT OF DAY HOSPITAL	
<i>Paula Laita de Roda</i>	35
HOSPITAL DE DÍA COMUNITARIO COMO DISPOSITIVO DE CRISIS: EXPERIENCIA CLÍNICA SOBRE EL ABORDAJE INSTITUCIONAL DE LA PATOLOGÍA LÍMITE EN LA ADOLESCENCIA	
<i>Jaume Claret</i>	43
THE NURSING DEMAND IN AN EDUCATIONAL THERAPEUTIC CENTER WITH TEENAGERS	
<i>Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes</i>	49
THE GROUP AS A THERAPEUTICAL RESOURCE IN AN EDUCATIONAL THERAPY CENTRE	
<i>Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas</i>	59
PSYCHOTHERAPEUTICAL INTERVENTIONS WITH FAMILIES	
<i>José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García</i>	65
LIVING WITH THE LIMITS: THE DAY CARE HOSPITAL AS THERAPEUTIC EXPERIENCE FOR TEENS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER	
<i>Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos</i>	73
ATTENTION TO FAMILIES OF CHILDREN WITH SEVERE MENTAL DISORDERS IN A SPECIFIC OUTPATIENT TREATMENT PROGRAM	
<i>Begoña Solana Azurmendi</i>	81
GOING ALONG WITH SYMBOLIC PROCESSES. EARLY GROUP INTERVENTION	
<i>Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando</i>	87

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

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

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

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

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

ADOLESCENCIA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En general, el equipo puede tener mayor dificultad transferencial en los casos en que predomina: carencia

afectiva, narcisismo, auto y heteroagresividad, violencia, vínculo frágil o inestable que provoca absentismo, entorno poco contenedor de la escuela o la familia.

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

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

VIÑETA CLÍNICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otra complicación inicial era conseguir que siguiera cierta “normativa”: él iba comiendo pipas en todos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ese día salió del despacho sin explicar que era lo que le hacía sufrir tanto, con lo que la terapeuta tuvo que soportar el no saber. Al salir del despacho Marc se giró y le dio las gracias, algo estaba cambiando (Bowly, 1989). A partir de ese momento la relación dio un giro, un inicio de confianza franca que nos dio esperanza en las posibilidades de progreso, ya que todo lo duro, frío y agresivo de inicio, se transformó y apareció su lado sensible, frágil y agradecido. La contratransferencia de la terapeuta era de mucha pena y soledad. Sentimientos

que se podían relacionar con el comentario de la madre: “después del nacimiento de los pequeños, Marc se ha tenido que espabilar en todo y yo siempre estaba cansada, no soy cariñosa, chilló mucho y no pido ni doy las gracias”.

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

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

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

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

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

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

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

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

UN DÍA EN EL HD

Reunión de casos

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

- La psicóloga comenta que la reagudización de la sintomatología puede tener relación con que se le está buscando un nuevo recurso educativo y se prevé el alta.
- La enfermera y el psiquiatra comentan que claramente no se está tomando la medicación y no puede soportar la tensión interna que le provoca no dormir, entre otras cosas.
- Los educadores expresan el temor de que les pueda acabar agrediendo, dadas las amenazas que va haciendo desde hace días. A otros educadores les preocupa el absentismo de otros chicos que le tienen miedo.
- Todos estamos de acuerdo que desde hace dos semanas Marc no está bien, está más agresivo y desafiante.
- Otro compañero dice que los chicos en la asamblea comentaron que cuando Marc está solo es más llevable, pero que cuando hay algunos más como él, competitivos y poco tolerantes, es más difícil

aguantar la tensión que se genera.

- Nos encontramos con la realidad de que lleva un año de tratamiento y el momento actual pasa “por ayudarlo a ser capaz de saber estar y cumplir con los mínimos que le pedirán cuando vaya a hacer cualquier tipo de formación fuera del HD”.
- La educadora referente dice que le cuesta mucho estar allí donde le toca, seguir las normas y tolerar los límites. Cuando se dan estas situaciones hace una exhibición de su hombría, de su agresividad y falta de respeto. Se muestra desafiante, amenaza a sus compañeros y a todo el equipo. Pensamos en la posible regresión y reactivación conductual y paranoide ante el alta.
- La psicóloga explica que en casa se somete y en el HD quiere mandar e imponer. Cualquier indicación hace aparecer su parte más omnipotente y paranoide.
- La madre en algún momento lo ha amenazado con no dejarlo venir, ya que ve que el chico no falla y le gusta venir cada día.
- Otro educador comenta que él ya le hubiera aplicado el protocolo de agresión y se pregunta hasta cuándo vamos a aguantar.

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

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

Llegada de los chicos al HD

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

Acogida

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

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

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

Enfermería

Como cada mañana, la enfermera le administra la medicación, después de confirmar que Marc no se la estaba tomando de forma regular. Como siempre, está enfadado y rechistando, “esto no me hace nada, no sé para qué me sirve”. Se le ofrece un vaso de agua para

tomar la medicación y la rechaza, “yo no necesito agua para tragar la pastilla”. La enfermera observa que tiene muchas ojeras y le pregunta cómo ha descansado. Dice que no ha dormido nada, que a las once se metió en la cama y a las dos volvía a estar despierto, sin poder pegar ojo. Explora si es una situación puntual o si le pasa a menudo. Y resulta que actualmente es habitual.

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

Aula

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

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

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

Patio

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

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

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

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

Taller de tarde.

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

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

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

Intervención con el chico y la familia.

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

el chico sabía perfectamente lo que le esperaba en casa y tenemos la duda de si se fugará nuevamente, como otras veces ante situaciones similares.

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

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

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

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

REFLEXIONES FINALES

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

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

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

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal*. Mexico: Paidós Educador.
- Alexander y French (1946). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. New York: Seven Servants.
- Bowly, J. (1989). *Una base segura*. Argentina: Paidós
- Cirillo, S. (2012). *Malos padres*. Barcelona. Gedisa.
- Feduchi, L.; Tió, J. y Mauri, Ll. (2009). Identitat i violència a l'adolescència. *Revista Catalana de Psiconàlisi*, 25 (2).
- Finley- Belgrad, E. y Davies J. (2005). *Personality disorders borderline*. E Medecine.
- Fonagy, P. y Gergely, G. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the development of the self*. Londres: Karnac Books.
- Gualtero, R. D. y Soriano, A. (2013). *El adolescente cautivo*. Barcelona: Gedisa.
- Hinshelwood, R. D. (2004). *Sufering Insanity*. London: Routledge.
- Klein, M. *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*, En: *Obras completas de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidos.
- Rotenberg, E. (2013). *Familia y escuela: limites, borde y desbordes*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Soriano, A. (2011). *Adolescentes en riesgo de psicosis. Atención en un hospital de día*. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 18, 83-87.
- Tió J., Mauri, L. y Raventós, P. (2014). *Adolescencia y transgresión*. Barcelona: Octaedro.