





# 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 Alfred Binet (París)

M<sup>a</sup> 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:

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

**Impresión:** Sorles, Leon

**E-mail de información y envío de artículos:** [publicaciones@sepyrna.com](mailto:publicaciones@sepyrna.com)

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

**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](http://www.sepypna.com)

---

## INDEX:

---

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

---

---

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

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

Begoña Solana Azurmendi\*\*

---

### RESUMEN

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

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

### ABSTRACT

The complexity of the treatment of children with severe mental disorders requires a multidisciplinary and inter-

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

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

### INTRODUCCIÓN

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

---

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

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



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

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

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

## **PRIMEROS CONTACTOS Y COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

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

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

En estos primeros momentos suelen estar muy angustiados. Para los padres siempre es una herida narcisista que su hijo necesite atención y en la mayoría de los casos suele acompañarse de dolor, vergüenza y culpa, aunque no lo expresen abiertamente. Ellos también pueden temer que se les culpabilice. No hay que

olvidar que algunas corrientes psicoanalíticas, en épocas relativamente recientes, han acusado a los padres y les han mantenido alejados del tratamiento del niño.

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

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

Si tienen algo más de recorrido asistencial, con relativa frecuencia asistimos a una enumeración de dificultades y conductas patológicas del niño aunque a continuación puedan decir “pero es un niño normal, como todos, no le pasa nada”.

Sea cual sea la presentación inicial, a los padres les suele resultar complicado pararse a pensar en el niño como sujeto, con sus deseos y preocupaciones, así como en las relaciones afectivas entre ellos y su hijo.

Como terapeutas de niños, solemos tender a identificarnos con estos y corremos el riesgo de ver a los padres como los responsables de que el niño no evolucione psíquicamente, lo que puede generar una contratransferencia negativa. C. Geissmann habla de los efectos en la contratransferencia en términos de “trabajoso combate”. Como terapeutas algunas actitudes de los padres nos agotan, nos hacen sufrir y nos dificultan pensar con claridad. Es necesario superar esta actitud y tratar de comprenderles, además de aceptar y elaborar nuestro propio sufrimiento. En la elaboración de estas vivencias supone una gran ayuda poder contar con cierta regularidad con la experiencia de un supervisor.

Es comprensible que tener un hijo con graves problemas psíquicos produzca un gran sufrimiento en los padres. Este dolor puede ser vivido como una herida narcisista que puede favorecer el desarrollo de defensas patológicas que, si no se superan, van a incidir negativamente en la evolución del niño. Se pueden presentar todas o algunas de las etapas típicas de la situación de duelo:

- Negación de la patología del niño. “No le pasa nada, es normal”. Otras veces se trata de una conciencia escindida: por una parte se sabe del trastorno pero luego se actúa o se espera que el niño se comporte como si no lo tuviera.
- Proyección de la culpa y hostilidad, bien hacia el niño: “lo hace porque quiere, para llamar la atención, para fastidiarnos”, o hacia el personal sanitario y la escuela: “una profesora que no supo entenderle”.
- Sentimientos de culpa y autodesvalorización.

Todos los padres, de forma general, tienen que hacer el duelo por el “hijo imaginario” que se habían formado en su mente y que nunca se ajusta al niño real. Este duelo es aún más doloroso en el caso de que el niño tenga severas dificultades en el desarrollo. Es fundamental ayudar a los padres a superar con éxito esta etapa, vivida a veces de forma persecutoria y depresiva, para que puedan lograr la aceptación del niño tal y como es, con sus dificultades y potencialidades. Solo así van a estar en condiciones de poder ayudar a su hijo y convertirse en un motor de cambio psíquico. Esta aceptación por parte de los padres, les hace ser más conscientes, sensibles y comprensivos, lo que a su vez va a ser de gran ayuda para que el hijo acepte sus propias limitaciones, y así poder enfrentarlas y superarlas si es posible.

## DURANTE EL TRATAMIENTO

Como ya se ha avanzado, además del trabajo psicoterapéutico individual o grupal con los niños, se precisa de un trabajo familiar simultáneo. Por un lado, para que comprendan las dificultades de sus hijos y por otro para que puedan apoyar sus procesos evolutivos. En algunos casos, los trastornos psíquicos de uno o ambos padres requieren de una psicoterapia individual, de pareja o familiar, realizada por otro profesional en el propio Centro infantil o en el de adultos.

Como ya se ha expuesto, estas patologías precisan de la intervención de múltiples profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos: sanitario (pediatra, neuropediatra, psiquiatra, psicólogo, logopeda, psicomotricista, etc.), educativo y social. Por lo tanto, a los padres les toca gestionar una compleja agenda, además de hacer de puente de unión entre los diferentes profesionales que atienden al niño, lo que supone una sobrecarga añadida. Para aprender a manejarse en esta compleja red sanitario-educativo-social van a necesitar nuestra orientación y apoyo.

Al mismo tiempo, debido a la necesidad de tan variadas intervenciones y tener que delegar en tantos profesionales, se corre el riesgo de que los padres se cuestionen sobre su competencia para prodigar cuidados y bloqueen sus capacidades naturales, pudiendo generarse una excesiva dependencia de los profesionales. En este sentido, conviene estar atentos para rescatar y fomentar los aspectos sanos de la parentalidad y revalorizar su rol parental.

Así como el objetivo final del tratamiento del niño es que tome conciencia de lo que le pasa y sea sujeto de su propia historia, en el trabajo con los padres también se trata de darles un lugar como sujetos. Esto implica informarles de nuestro modo de trabajar, de su derecho a opinar, aceptar o rechazar nuestras propuestas. De esta manera, no tendrán que defenderse de nosotros. A cambio se les invita a que colaboren en nuestro trabajo, compartiendo el saber que ellos tienen sobre su hijo porque, en algunas cuestiones, son quienes más saben sobre él. Esta actitud de “saber no saber” de parte de los profesionales, va a ayudar a los padres a renunciar a la frecuente posición de saberlo todo sobre el hijo, facilitando así que él llegue a ser el sujeto de su historia.

## OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

1. Acogerles, acompañarles y escucharles.
2. Alivio de su sufrimiento psíquico.
3. Crear con ellos una alianza terapéutica sólida.
4. Decidir conjuntamente las orientaciones terapéuticas, escolares o institucionales.
5. Ayudarles a descodificar las expresiones emocionales del niño. Esta identificación va a tener dos efectos positivos. Por un lado, ayuda a los padres a soportar mejor los síntomas del niño y a sentirse menos perseguidos por ellos. Por otro lado, permite al niño verbalizar la emoción que solo podía evacuar a través de sus síntomas, con lo que va a sentirse menos desbordado.
6. Ayudar a los padres a reconocer los progresos y a valorarlos. Inicialmente pueden mostrarse decepcionados porque esperan -y es comprensible- que haya logros a corto plazo a nivel de rendimientos y competencias. Sin embargo, al comienzo, los progresos suelen manifestarse en otras áreas, fundamentalmente en las relaciones con los otros, en la capacidad para expresar sus emociones y para descodificar las de los demás. Reconocer los progresos realizados por el niño

hace que los padres se sientan revalorizados a nivel narcisístico, miren al niño de otra manera y puedan representarse un futuro para él.

7. Modificar o atenuar las interacciones patógenas. Tener un hijo con graves problemas psíquicos produce, a menudo, determinadas alteraciones en la dinámica familiar. Interesa comprender estas interacciones, especialmente las que se desarrollan alrededor de los aspectos más molestos de la psicopatología actual del niño, ya que resultan más fáciles de modificar.
8. Abordar las proyecciones patológicas sobre sus hijos. Ayudar a discriminar lo que es del padre y/o madre, de lo que es del niño.
9. Ayudar a clarificar y delimitar las diferencias generacionales y sexuales dentro de la familia. Con frecuencia hay un borramiento de los límites generacionales y confusión de roles.
10. Preparar a la familia para afrontar los cambios que van a vivir cuando el niño progrese psíquicamente. Hay que estar prevenidos acerca de las consecuencias que, eventualmente, puede tener una evolución favorable, ya que puede romper el equilibrio familiar mantenido hasta entonces. Esto puede generar todo tipo de resistencias inconscientes a seguir el tratamiento, además de la posibilidad de descompensación de algún otro miembro de la familia.
11. Proyecto de futuro: si los padres expresan cierta ansiedad sobre cómo se va a desenvolver el niño en el futuro, es un buen indicador de que va a tener una atmósfera protectora y estimulante. Pero, a menudo, falta esa preocupación y somos los profesionales los que tenemos que abrir esas escenas de futuro, despertarles, porque ellos están como congelados en un presente continuo. Observamos un bloqueo de la "ilusión anticipatoria". A veces, pueden no querer hacerse ilusiones para no sufrir más. Sin embargo, otras veces asistimos a una negación maníaca, que se traduce en unas exigencias y expectativas muy desproporcionadas en relación a las capacidades del hijo. Lo habitual es constatar la dificultad que los padres presentan para verles crecer como personas independientes. Sin caer en un optimismo inapropiado, el mensaje esperanzador va a permitir a los padres mantener cierta confianza en el futuro de sus hijos.

## GRUPO DE PADRES

Además de las intervenciones con cada familia, se realizan varios grupos de padres de frecuencia quincenal o mensual. Me voy a centrar fundamentalmente en los grupos de padres con niños en la segunda infancia. El grupo se constituye con aproximadamente ocho parejas, aunque generalmente quienes acuden son las madres. Como mucho pueden asistir dos o tres padres. Es un grupo semiabierto y la duración es de aproximadamente dos años.

El grupo de padres no es un grupo propiamente psicoterapéutico. No se abordan problemas profundos de la personalidad de los padres ni se hacen interpretaciones y tampoco se tiene en cuenta la transferencia. Aunque no es un grupo dirigido, si se acotan los temas que van a ser tratados. La tarea es comprender las dificultades de sus hijos, reflexionar sobre las dinámicas familiares y las funciones parentales. Un tiempo y un lugar donde puedan conectar con las emociones en relación a sus hijos, pensar en ellos como individuos separados y diferentes. También es un espacio donde compartir experiencias y preocupaciones comunes, intercambiar información, además de apoyarse mutuamente respecto a la forma de enfrentarse a los problemas.

Con mucha frecuencia suelen pedir pautas a los terapeutas; es decir, recetas para tratar los diferentes problemas que presentan sus hijos. Desde el modelo de orientación psicodinámica, la única respuesta es que no existe un tratamiento estándar porque no hay niños estándar. La orientación es la clínica del caso por caso. Cada niño y cada familia son particulares y requieren de soluciones e invenciones singulares por parte de cada niño-familia-equipo terapéutico. Así que en lugar de buscar recetas universales, que no funcionan, se pretende favorecer la comprensión del hijo real, singular, aprender a tenerle en cuenta en sus necesidades y favorecer su diferenciación.

A pesar de esta enunciación, habitualmente, el terapeuta se va a sentir muy presionado ante la insistencia por parte de algunos padres en pretender que abandone su posición de neutralidad y se posicione. La tarea no es fácil, pero si sabemos escuchar, contener las ansiedades, hacer hipótesis y abrir interrogantes donde solo había certezas, el trabajo dará sus frutos. Los padres podrán identificarse con esta capacidad del terapeuta, de contención de la angustia y de curiosidad por el funcionamiento mental.

A veces, los padres están muy apegados al discurso científico-médico y a las posibles causas neurobiológicas o bien quedan fijados a algunos diagnósticos emitidos

previamente: TDAH, Trastorno negativista desafiante, entre otros. Les proponemos que observen a sus hijos, les animen a hablar y les escuchen, se hagan preguntas y reflexionen sobre ellos. En la medida en la que puedan comprender las necesidades y deseos de sus hijos, podrán dar sentido a muchas de las conductas que antes podían parecer caprichosas e irritantes. Estas conductas serán más tolerables y quizás podrán ayudarles a transformarlas. Este trabajo de mentalización, de pensar en los estados emocionales del hijo, en lo que puede estar pensando y sintiendo, les va a permitir responder mejor a sus demandas y favorecer su desarrollo de una forma más adecuada.

Los temas que aparecen con más frecuencia son:

1. Quejas e incomprensión sobre las manifestaciones de la enfermedad. Comentarios como: "Lo hace porque quiere, para llamar la atención, para fastidiarnos. No hace caso, no para quieto, no obedece, él es la ley, nos reta de continuo. Todo tiene que ser al momento, cuando él lo quiere y no soporta esperar. Los compañeros le rechazan porque es muy brusco, siempre quiere mandar y si no lo consigue, se aísla".

Lo que sucede es que la mayoría de estos niños no han podido renunciar a la omnipotencia infantil y acceder a la posición depresiva. Por eso, ante las frustraciones, se defienden de la tristeza a través del comportamiento: se agitan, se ponen furiosos, se portan mal, culpan al profesor, se escapan y rechazan la ayuda. Otras veces, lo que predomina es la inhibición y el bloqueo. Ciertamente, estos niños están sometidos a grandes frustraciones. Debido a sus dificultades simbólicas presentan importantes trastornos instrumentales y cognitivos, lo que va a ser una ofensa narcisística permanente que va a reforzar las defensas maníacas. A los padres les conviene aprender a leer estas conductas, a identificar cuando el niño no se está pudiendo confrontar con las angustias depresivas y cómo ayudarles.

2. Expresión de la frustración y rabia que les produce un hijo con dificultades, incapaz de ocuparse de sus necesidades. Lo más frecuente es que desarrollen una actitud de sobreprotección. Los padres, a su vez, también tienen dificultades para separarse de sus hijos y expresan su angustia

ante las situaciones de asistencia a campamentos, salidas con el colegio o con la familia ampliada. Es importante ayudarles a encontrar un equilibrio, una distancia adecuada entre el cuidado y el control excesivo.

Por el contrario, otras veces, los padres pueden mostrar una satisfacción omnipotente al sentir que ellos son los únicos que entienden y pueden cuidar del hijo, no pudiendo delegar en otros, lo que imposibilita a este la vivencia de experiencias enriquecedoras y de autonomía fuera del ámbito familiar. El hijo enfermo se convierte entonces en el centro de la vida familiar, descuidando la vida de pareja y la relación con los otros hijos.

3. Aislamiento social de la familia a causa de la inadaptación del hijo (que se desborda cuando hay mucha gente, con las novedades, las emociones, etc.). Los padres con más experiencia comparten información con el resto sobre el beneficio de utilizar los recursos de ocio protegido y/o educadores sociales y familiares, entre otros.
4. Expresión del malestar por los sucesivos desencuentros con sanitarios y educadores. También por las insuficiencias de los recursos y de las instituciones para dar siempre una respuesta adecuada. Se les anima a colaborar en la creación de nuevos recursos o la mejora de los existentes.

## VIÑETA CLÍNICA

Voy a ilustrar con una pequeña viñeta clínica, la importancia de que los padres elaboren sus conflictos para que los hijos puedan progresar. Hablaré de la evolución de un niño y su madre en los respectivos grupos de niños y de padres. El niño, al que llamaremos Rubén<sup>1</sup>, tiene siete años y a pesar de su buena capacidad intelectual no tiene un buen rendimiento escolar. Tiene problemas de conducta en el colegio y dificultad para la relación con los iguales. Se obsesiona con diferentes temas que ocupan todo su interés y sobre los que presenta notables conocimientos, temas que aunque no son bizarros obstaculizan sus relaciones sociales. Presenta confusión entre la fantasía y la realidad. Los padres están separados desde que él tiene 4 años. Vive con la madre y pasa fines de semana alternos con el padre, con el que mantiene una buena relación.

El grupo, conducido por dos terapeutas, está compuesto

<sup>1</sup> Los datos personales de este ejemplo clínico han sido modificados con el fin de preservar el anonimato



por 3 niños y 2 niñas de edades parecidas, que presentan trastornos graves de la personalidad con predominio del funcionamiento psicótico. Se trata de su primer año en el grupo. Rubén presenta un funcionamiento hipomaniaco y una arrogancia narcisista. En los momentos de mayor verbalización, al comienzo de la sesión, se muestra omnipotente y grandioso, exhibiendo sus logros y conocimientos. Cuando no consigue ser el centro de atención, ignora a los compañeros y a las terapeutas, molestando o bien escondiéndose debajo de la mesa o de una silla. En el tiempo de juego y/o representación, siempre elige una relación dual con un compañero al que propone un rol pasivo, y él encarna un personaje omnipotente (cirujano, bombero, etc.). A medida que se iba desarrollando la historia, empezaban a emerger contenidos del proceso primario, alejándose del “como si” del juego y a pretender invadir el cuerpo del compañero y cuando este expresaba su negativa a seguir, Rubén no podía reconocer su sufrimiento, y mostraba una actitud desconsiderada y despótica.

La madre, en el grupo de padres, hablaba de sus dificultades para frustrar al hijo y a veces se sentía muy tiranizada por él. Tenía una nueva pareja, que frecuentaba la casa, pero al niño se lo ocultaba, le decía que era un amigo “para no hacerle sufrir”. Rubén solicitaba a menudo dormir con ella. La madre decía que le consentía porque se culpabilizaba de las circunstancias en las que se había producido la separación, de una forma muy abrupta, sin ninguna preparación y anticipación al niño. Este se vio obligado a cambiar de domicilio, ciudad y colegio a mitad de curso. El grupo la apoyó en su derecho a tener una nueva pareja, a hablarlo con el hijo y situarlo en su lugar en la cadena generacional. Ella lo entendía racionalmente, pero lo postergaba, aunque finalmente lo hizo. A las pocas sesiones, el niño pudo por primera vez conectar con sus sentimientos depresivos y habló espontáneamente y con mucha autenticidad del gran dolor que sufrió cuando sus padres se separaron, lo que aún le hacía sentirse muy triste y asustado. Vemos cómo el trabajo de elaboración psíquica de la madre y el hijo se refuerzan mutuamente.

## CONCLUSIONES

Es innegable la complejidad del tratamiento de los niños con trastorno mental grave, pero no es menos cierto que sin la colaboración de la familia, los resultados se ven seriamente comprometidos. En este sentido, conseguir su implicación en este proceso es un objetivo prioritario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bion, W. (1990). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Colas Sanjuan (1996). Intervenciones terapéuticas destinadas a la recuperación de las funciones parentales. *Revista Sepypna*.
- Di Ciaccia, A. (2001). Una práctica al revés. En *Desarrollos actuales en la investigación del autismo y psicosis infantil en el área mediterránea*. Ministerio de Asuntos Exteriores. Embajada de Italia. Madrid.
- EGGE, M. (2008). *El tratamiento del niño autista*. Madrid: Gredos.
- EGGE, M. (2001). *Cuáles son las exigencias de los niños psicóticos*. Colofón. n° 20 Buenos Aires.
- Freud, S. (1925). *La negación*. Obras completas. Tomo 3. Madrid: Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1915). *Duelo y melancolía*. Obras Completas. Tomo 2. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Geissmann, C. (2006). *Tratamiento de las psicosis infantiles*. Cap. 60. En C. Geissmann y D. Houzel (dir.), *El niño, sus padres y el psicoanalista*. Madrid: Síntesis.
- Geissmann, C. (2008). *El vínculo madre-padre-hijo psicótico*. En C. Geissmann y D. Houzel (dir.), *Psicoterapias del niño y del adolescente*. Cap. 36. Madrid: Síntesis.
- Klein, M (1978). *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*, en *Obras completas*. Tomo 2. Buenos Aires: Paidós Hormé.
- Lopez, P. y Tárrega, B. (2010). *Grupo de padres con trastorno mental grave*. *Revista de Psicopatología y Salud Mental*. n° 15. págs. 85- 91. Abril 2010.
- Manzano, J.; Palacio, F. y Zilkha, Natalie. (1999). *Los escenarios narcisísticos de la parentalidad*. Bilbao: Asociación Altxa.
- Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (1993). *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Buenos Aires: Paidós.
- Misés, R. *La función paterna*. En C. Geissmann y D. Houzel (dir.), *El niño, sus padres y el psicoanalista*. cap 18. Madrid: Síntesis.
- Torras de Beà, E. (2013). *Psicoterapia de grupo para niños, adolescentes y familias*. Barcelona: Octaedro.
- Torras de Beà, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sabatini-Scalmati, A. (2008). *La relación con los padres de niños psicóticos*. En C. Geissmann y D. Houzel (dir.), *Psicoterapias del niño y del adolescente*. cap 37. Madrid: Síntesis.