

Cuadernos de Psiquiatría
y Psicoterapia del Niño
y del Adolescente

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

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

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

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

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)
Alain Braconnier Centro Alfre 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 Larbán ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París)
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (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 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)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

INDICE:

El lugar actual de las familias en la asistencia clínica en salud mental de niños y adolescentes <i>Fernando González-Serrano, Manuel Hernanz Ruiz y Consuelo Panera Uribe</i>	9
Análisis del rechazo infantil, más allá del maltrato emocional <i>Michel Socorro Carrié</i>	17
La interconsulta hospitalaria en salud mental infanto-juvenil: un modelo internacional <i>Raquel Alonso Gómez, Bárbara Morer Bamba, Gema Castro García y Pablo Ortega López-Alvarado</i>	27
El encuadre en contextos de intervención convivencial de protección de menores y justicia juvenil. Intervención psicoterapéutica en instituciones <i>Ángel Estalayo Hernández, Olga Rodríguez Ochoa y Raúl Gutiérrez Sebastián</i>	33
¿Qué hacer con Bartleby? Pensando emociones ante una gran inhibición <i>Agustín Béjar Trancón</i>	43
Trabajo focalizado en las emociones con adolescentes <i>Jose María Calavia Balduz, Beatriz López-Palop de Piquer, Paula Laita de Roda, Eduardo Barriocanal Gil y Daniel Vivancos Gil</i>	47
La coterapia: Una adaptación técnica en psicoterapias con familias de riesgo <i>Isabel Laudo</i>	55
Grupo paralelo de padres y niños con síntomas de hiperactividad <i>Cristina Catalina Fernández, José Luis Quintana Velasco, Mónica Avellón Calvo y Ana Elúa Samaniego</i>	59
Entre lo interno y lo externo: Una experiencia de juego grupal para la creatividad compartida <i>Odei Iriondo Villaverde, Carolina Pastor Jordà, Angélica Esteban Arroyo y Ángeles Castro Masó</i>	67
Un obstáculo en la psicoterapia de la adopción <i>Joseph Knobel Freud</i>	71
Intervención psicológica en una adolescente con dolor crónico <i>Esther Martín Ávila</i>	75
Duelo, migración y adolescencia, a propósito de un caso <i>Marcela Mezzatesta Gava</i>	79
Psicoterapia con adolescentes en conflicto. Cartografía y navegación <i>Ricardo Fandiño Pascual y Karina Bacelar Pereira</i>	89
Variaciones del encuadre. Reflexiones en torno a Daniel, un niño con TEA y su familia <i>Berta Requejo Báez</i>	93
Intervención en el contexto de adopción: La función del equipo técnico <i>Teresa Sandoval Intxaurreandieta</i>	101
Sostener la cuchara. La alimentación en niños con soporte artificial, trabajo en grupo de padres <i>Beatriz Sanz Herrero, Francisca González González y Consuelo Pedrón Giner</i>	105
El grupo multifamiliar en el hospital de día de niños <i>Teodoro Uría Rivera, Zulema Ahijado Guzmán, África Serrano Coello de Portugal, Jorge Mira Pérez y Amanda Rubio Plana</i>	109
Taller madres adolescentes embarazadas <i>Marta Báez López</i>	117
Consideraciones psicolegales sobre el abandono voluntario de menores de centros de protección en la modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia <i>Rafael Delgado Campos</i>	131

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

Impresión: Sorles, León

E-mail de información y envío de artículos: 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=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/?!sScript=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	Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

The current place of families in clinical care of child and adolescent mental health <i>Fernando González-Serrano, Manuel Hernanz Ruiz y Consuelo Panera Uribe</i>	9
Analysis of child rejection, beyond emotional maltreatment <i>Michel Socorro Carrié</i>	17
Interdisciplinary consultations in child and adolescent mental health: an international model <i>Raquel Alonso Gómez, Bárbara Morer Bamba, Gema Castro García y Pablo Ortega López-Alvarado</i>	27
The setting in contexts of convivial intervention for the protection of minors and juvenile justice. Psychotherapeutic intervention in institutions <i>Ángel Estalayo Hernández, Olga Rodríguez Ochoa y Raúl Gutiérrez Sebastián</i>	33
What to do with Bartleby? Thinking emotions within a great inhibition <i>Agustín Béjar Trancón</i>	43
Emotion-focused work with adolescents <i>Jose María Calavia Balduz, Beatriz López-Palop de Piquer, Paula Laita de Roda, Eduardo Barriocanal Gil y Daniel Vivancos Gil</i>	47
Cotherapy: a technical adaptation in psychotherapies with families at risk <i>Isabel Laudo</i>	55
Parallel group of parents and children with symptoms of hyperactivity <i>Cristina Catalina Fernández, José Luis Quintana Velasco, Mónica Avellón Calvo y Ana Elúa Samaniego</i>	59
Between the internal and the external: an experience of group game for shared creativity <i>Odei Iriondo Villaverde, Carolina Pastor Jordà, Angélica Esteban Arroyo y Ángeles Castro Masó</i>	67
An obstacle in the psychotherapy of adoption <i>Joseph Knobel Freud</i>	71
Psychological intervention in an adolescent with chronic pain <i>Esther Martín Ávila</i>	75
Mourning, migration and adolescence, about a case <i>Marcela Mezzatesta Gava</i>	79
Psychotherapy with adolescents in conflict. Cartography and navigation <i>Ricardo Fandiño Pascual y Karina Bacelar Pereira</i>	89
Variations of the setting. Reflections on daniel, a child with asd and his family <i>Berta Requejo Báez</i>	93
Intervention in the context of adoption: the role of technical team <i>Teresa Sandoval Intxaurrendieta</i>	101
Holding the spoon. The feeding in children with artificial support, work in group of parents <i>Beatriz Sanz Herrero, Francisca González González y Consuelo Pedrón Giner</i>	105
Multi-family group at children's day hospital <i>Teodoro Uría Rivera, Zulema Ahijado Guzmán, África Serrano Coello de Portugal, Jorge Mira Pérez y Amanda Rubio Plana</i>	109
Adolescent mothers workshop <i>Marta Báez López</i>	117
Psycholegal considerations on minors' voluntary abandonment of protection centers in the modification of the protection system for childhood and adolescence <i>Rafael Delgado Campos</i>	131

GRUPO PARALELO DE PADRES Y NIÑOS CON SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD*

PARALLEL GROUP OF PARENTS AND CHILDREN WITH SYMPTOMS OF HYPERACTIVITY

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

RESUMEN

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

Palabras clave: hiperactividad, función parental, terapia grupal.

ABSTRACT

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

Key words: hyperactivity, parental function, group therapy.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

- a) Apoyo de información y material. Los grupos de apoyo son coordinados por los profesionales de salud mental que facilitan las reuniones con los miembros del grupo. La riqueza del enfoque grupal terapéutico reside en el intercambio de experiencias entre los participantes entorno a una temática propuesta por el facilitador.
 - b) A la luz de la experiencia, los grupos de apoyo más cohesionados pasan del qué hacer al cómo hacer, aumentando considerablemente la percepción que tienen los propios miembros de las competencias y herramientas de las que disponen para comprender y hacer frente a las conductas y actitudes disruptivas que realizan sus hijos.
 - c) Red social. El grupo es una red positiva producto de las interacciones de sus miembros, las cuales en ocasiones pueden llegar a extenderse fuera de él para participar en actividades como congresos, formar asociaciones, voluntariado, grupos informales etc.
 - d) Apoyo emocional. En muchos de los casos el apoyo emocional da sentido de pertenencia a los miembros de los grupos, al sentirse acompañados y entendidos. Sentirse protegidos y cobijados por el resto de miembros del grupo y los propios terapeutas en momentos de angustia, ansiedad o depresión satisface a los participantes.
 - e) Aprendizaje / formación. Recibir información, orientación, estrategias de los miembros del grupo y de los terapeutas aumenta la seguridad y confianza con la que abordan los conflictos y situaciones de complicado manejo de la vida cotidiana.
- Respiro. Los momentos de reunión son una pausa en el camino, tomar aire para continuar. Los miembros sienten alivio y motivación.
- f) Refuerzo. El grupo refuerza ideas, promueve nuevos hábitos, cuestiona decisiones, evita que sus miembros se sientan aislados.
 - g) Reciprocidad de Ayuda. En los grupos de apoyo no solo se satisfacen necesidades individuales, también se comparten experiencias vitales por lo que las

necesidades se vuelven grupales, propiciando la reciprocidad entre los miembros.

- i) Espacio de identificación. En el grupo se habla el mismo lenguaje entorno a situaciones similares, es un espacio de expresión libre, sin censura donde los miembros participan y se identifican.

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

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

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

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

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

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

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

Por tanto, nos pareció esencial integrar a los padres dentro del tratamiento de sus hijos y proporcionales de esta manera un papel protagonista que propiciase una mayor implicación por su parte en el proceso evolutivo y de mejoría de los niños, desmarcando de esa manera su habitual rol pasivo, prácticamente como un espectador que se mantiene a la espera de que cambie algo sin asumir ninguna responsabilidad sobre el proceso iniciado. Asimismo, la angustia y el desbordamiento son habituales en los padres de niños hiperactivos. El continuo movimiento de sus hijos, el frecuente quebrantamiento de las normas y las continuas quejas del colegio hacen que se sientan agotados a la par que frustrados como padres. Sin

olvidar, que pudiera haber pautas de relación alteradas en la familia y el síntoma fuera una manera de evidenciar esta relación. Con frecuencia las intervenciones en las que se engloban a los padres de los niños con sintomatología de TDAH están centradas casi exclusivamente en técnicas psicoeducativas y aprendizaje de herramientas de manejo conductual y descuidan en gran medida el abordaje de la dimensión afectiva. Por ello, nos planteamos ofrecer información a los padres para reducir su inseguridad y sentimientos de culpabilidad, facilitarles estrategias para disminuir el nivel del estrés que les pueden provocar el comportamientos de sus hijos, enseñarles a identificar y valorar los progresos, asesorarles para potenciar las habilidades de comunicación y solución de problemas, ayudarles a promover una distribución clara de las responsabilidades y roles, y en último término alentarles para construir un estilo educativo asertivo, no coercitivo ni sobreprotector. Un aspecto fundamental es mejorar los sentimientos que tienen los padres sobre sí mismos y sobre sus hijos, ya que de esta manera se contribuye a reducir la tensión psicológica y emocional, favoreciendo la comunicación con sus hijos (Miranda, A. y cols 2008).

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

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

METODOLOGÍA.

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

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

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

Temas trabajados en el grupo de padres:

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

PROCEDIMIENTO

3.1. Grupo de padres

Entrevista previa

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

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

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

Cuestionario:

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

Sesiones grupales

PRIMERA SESIÓN. Presentación. Octubre 2014.

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

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

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

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

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

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

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

A continuación, se inicia el diálogo sobre el tema del refuerzo positivo, de las conductas favorables que realizan sus hijos y deben ser reconocidas como tal por sus padres. Además, se trata de buscar como grupo

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

TERCERA SESIÓN. Autonomía y separación. Noviembre 2014

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

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

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

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

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

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

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

Las conclusiones de esta sesión fueron las siguientes:

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

CUARTA SESIÓN. Tolerancia a la frustración. Diciembre 2014.

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

En esta sesión surge una clara escisión hombres vs. mujeres. Una madre se queja de que su marido no tolera a su hijo. Aunque un sector intenta desculpabilizarlo, la madre continúa explicando cómo su marido está sobrepasado por la situación y tanto ella como su hijo tienen miedo a que se vaya de casa. El sector maternal aprovecha para posicionarse y ejemplificar casos en que sus maridos no actúan adecuadamente con sus hijos: “Tú también te pones muy nervioso con el niño y deberías

hablarle más tranquilamente”. El papel del hombre y de la mujer ha sido diferente hasta hace relativamente poco tiempo en el cuidado de los hijos. La madre se dedicaba al cuidado del hogar, en el que la tarea de ser madre era fundamental, y el padre trabajaba fuera de casa para alimentar a su familia. Aunque estos roles se hayan difuminado en la época actual, todavía nos encontramos cómo en las consultas de salud mental, la madre es habitual que sea la que más preocupada acude a consulta, más observa la conducta del niño, y por lo tanto transmite con mayor detalle qué le ocurre a su hijo. Parece que este ha sido uno de los motivos de la escisión padre/madre de esta sesión. La madre se sentiría de alguna manera más implicada afectivamente y esto haría que en esa unión a dos, un tercero que en un determinado momento no apoya algún comportamiento, alguna opinión o hace una actuación contraria, sea visto como un enemigo temporalmente. En este momento había una unión madres-hijos en la que los padres estaban excluidos. Por lo que el trabajo en grupo fue ser capaces de comprender lo que estaba pasando y poder volver a integrar la figura paterna, tan necesaria, dentro de la unidad familiar.

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

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

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

SEXTA SESIÓN. Las relaciones sociales. Enero 2015.

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

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

SÉPTIMA SESIÓN. Las rabietas. Febrero 2015.

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

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

OCTAVA SESIÓN. Cierre del grupo.

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

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

CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

Consideramos que una de las claves para que el proceso grupal fuese fluido y se logaran los objetivos propuestos

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avellón, M. (2013). Psicoanálisis y TDAH: el origen de la hiperactividad y los problemas de atención en las vivencias primeras. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 56, 17-24.
- Berger, M. et al. (1999). *El niño hiperactivo con problemas de atención*. España: Síntesis.
- Lasa, A. (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao: Altxa.
- Lasa, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 31/32, 5-81.
- Manzano, J., Palacio, F & Zilkha, N. (1999). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao: Altxa.
- Miranda, A; Amado, L & Jarque, S. (2001). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljive.