

Becerra Gordo, Mercedes
Benaym, Liza
Busquets Ferré, Lourdes
Catalina Fernández, Cristina
D'Agostino Ermacora, Sebastián
De Castro Oller, María Jesús
De Uribe-Zorita, Isabel Reyes
Gabaldón Fraile, Sabel
Galán Rodríguez, Antonio
Garrán, Encarni
González-Serrano, Fernando
Gordo, Leire
Houzel, Didier
Iriarte, Leire
Labin. Agustina
Márquez Navarro, María Ángeles
Martínez Pampliega, Ana
Mascaró Masri, Norberto
Ortiz Soto, Paloma
Peinado Muñoz, Elisa
Rabain Lebovici, Nicolas
Taborda, Alejandra
Terán Sedano, Sara
Trejo, Diego
Ubía Alcántara, Ruth
Vegazo Sánchez, Esmeralda
Villanueva Ferrer, Rafael

N.º 65
1º semestre

2018

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

ISSN: 1575-5967



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 Alfrete 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:

¿Hacia falta abrir la caja de Pandora? <i>Didier Houzel</i>	9
Aspectos éticos implicados en la medicalización de las personas trans en la infancia y adolescencia <i>Sabel Gabaldón Fraile</i>	17
Grupos multifamiliares: un nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia <i>Nicolas Rabain Lebovici, Sebastián D'Agostino Ermacora, Liza Benaym y Norberto Mascaró Masri</i>	25
En busca de la dimensión clínica del apego a través de las narrativas infantiles <i>Antonio Galán Rodríguez</i>	35
Los avatares de la adolescencia en nuestra época, a ritmo de las nuevas tecnologías <i>Elisa Peinado Muñoz</i>	47
Observaciones basadas en el trabajo de los conflictos de la parentalidad en padres de menores de dos años con sospecha de Trastorno del Espectro Autista <i>Encarni Garrán</i>	59
La relación entre la función reflexiva parental y el ajuste socioemocional de bebés de 9 a 14 meses de la Comunidad Autónoma Vasca <i>Leire Gordo, Leire Iriarte y Ana Martínez Pampliega</i>	67
Los escenarios de la abuelidad <i>Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto, María Jesús de Castro Oller y María Ángeles Márquez Navarro</i>	73
Dificultades en el abordaje terapéutico: a propósito de un caso clínico en una paciente adolescente <i>Esmeralda Vegazo Sánchez, Diego Trejo, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Cristina Catalina Fernández</i>	79
Tramas de la constitución subjetiva y la complejidad del diagnóstico de niños desde un enfoque relacional (Parte 2) <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	85
Intimididad y tolerancia a la soledad en la adolescencia <i>Fernando González-Serrano</i>	95
Mecanismos autorregulatorios en el bebé y sus interacciones tempranas <i>Mercedes Becerra Gordo</i>	105
El grupo terapéutico con niños pequeños como tránsito entre familia y escuela Experiencia grupal: historia de la construcción de un tren <i>Lourdes Busquets Ferré, Ruth Ubía Alcántara y Rafael Villanueva Ferrer</i>	111

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	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:

Was it necessary to open Pandora's box? <i>Didier Houzel</i>	9
Ethical aspects involved in the medicalization of trans people in childhood and adolescence <i>Sabel Gabaldón Fraile</i>	17
Multifamily groups: a new therapeutic approach in adolescence <i>Nicolas Rabain Lebovici, Sebastián D'Agostino Ermacora, Liza Benaym y Norberto Mascaró Masri</i>	25
In search of the clinical dimension of attachment through children's narratives <i>Antonio Galán Rodríguez</i>	35
The vicissitudes of adolescence in our time, to the rhythm of new technologies <i>Elisa Peinado Muñoz</i>	47
Observations based on the work of parenting conflicts in parents of children fewer than two years of age with suspected Autism Spectrum Disorder <i>Encarni Garrán</i>	59
The relationship between the parental reflective function and the socio-emotional adjustment of babies 9-14 months old from the Basque Autonomous Country <i>Leire Gordo, Leire Iriarte y Ana Martínez Pampliega</i>	67
Scenarios of grandparenthood <i>Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto, María Jesús de Castro Oller y María Ángeles Márquez Navarro</i>	73
Difficulties in the therapeutic approach: clinical case of a teen patient <i>Esmeralda Vegazo Sánchez, Diego Trejo, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Cristina Catalina Fernández</i>	79
Networks of subjective constitution and the complexity of the diagnosis of children from a relational perspective (2nd part) <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	85
Intimacy and tolerance for loneliness in adolescence <i>Fernando González-Serrano</i>	95
Self-regulatory mechanisms in babies and their early interactions <i>Mercedes Becerra Gordo</i>	105
Group therapy with young children as a transition between family and school Group experience: the history of building a train <i>Lourdes Busquets Ferré, Ruth Ubía Alcántara y Rafael Villanueva Ferrer</i>	111

DIFICULTADES EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE*

DIFFICULTIES IN THE THERAPEUTIC APPROACH: CLINICAL CASE OF A TEEN PATIENT

Esmeralda Vegazo Sánchez**, Diego Trejo***, Isabel Reyes de Uribe-Zorita**** y
Cristina Catalina Fernández*****

RESUMEN

La complejidad del trabajo psicoterapéutico con adolescentes, edad conflictiva por antonomasia, supone no pocos desafíos para el equipo de Salud Mental Infanto Juvenil. En este artículo presentaremos un caso clínico, sobre el recorrido de una paciente adolescente atendida en un Centro de Salud Mental, diagnosticada de trastorno límite de la personalidad. Explicaremos su evolución psicopatológica, a la vez que las dificultades que encontramos a lo largo del tratamiento. Pretendemos ilustrar cómo la paciente encuentra una estabilidad sintomatológica al establecer relaciones objetales de tipo anaclíticas, primero con su pareja, y luego más tarde, en la búsqueda incesante de tener un hijo.

Palabras clave: tratamiento, adolescencia, trastorno límite de la personalidad, relaciones anaclíticas.

ABSTRACT

The complexity of the psychotherapeutic work with adolescents, conflicting age by antonomasia, involves few challenges for the team of Mental Health Infanto Juvenil.

In this article we will present a clinical case, about the course of a teenage patient attended at a Mental Health Center, diagnosed with borderline personality disorder. We will explain its psychopathological evolution, as well as the difficulties that we find throughout the treatment. We intend to illustrate how the patient finds a symptomatic stability in establishing anaclitic object relations, first with her partner, and later, in the incessant search for having a child.

Key words: treatment, adolescence, borderline personality disorder, anaclitic relationships.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo psíquico, es un proceso dinámico y sumamente complejo, que se sustenta tanto en la evolución biológica, psicológica y social. Por ello, partimos de que estas tres áreas estén íntimamente relacionadas, influyéndose mutuamente. Los niños y adolescentes son personas en desarrollo y por tanto influenciados por el entorno, y a su vez su problemática psíquica puede provocar reacciones en este mismo medio. El riesgo que

* Comunicación presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas” tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Aranjuez. E-mail: esmevegazo@hotmail.com

*** Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Aranjuez. E-mail: dansk68@hotmail.com

**** Psicóloga Clínica. Centro Salud Mental E-mail: isa_zorita@hotmail.com

***** Psicóloga Clínica. E-mail: cristinacatalina8@gmail.com

conlleva la no resolución de graves conflictos en esta etapa supone un aumento de la morbimortalidad en la edad adulta que es necesario evitar interviniendo lo más tempranamente posible.

Aunque existe disparidad de opiniones acerca de la nosología de los trastornos límites de personalidad, el término *borderline* apareció por primera vez en 1884, de la mano del psiquiatra C. Hughes, que hablaba al respecto de un “campo fronterizo”. Fue sin embargo, en el año 1938, cuando el psicoanalista Adolph Stern utilizó este término para caracterizar afecciones psiquiátricas que “superaban la neurosis pero que no alcanzaban la psicosis” ya que muchos autores califican los síntomas del trastorno límite como pseudopsicóticos (Stern, 1938). Bajo esta concepción se establecía un continuo gradual entre uno y otro extremo, situándose el trastorno en el «límite». Otros grupo de autores, como R. Knight (1954) y O. Kernberg (1967), consideran sin embargo, que los estados límites constituyen una entidad nosológica independiente.

Jean Bergeret, propone en su libro “La personalidad normal y patológica”, lo que él llamó “a-estructuración” o “estado” en los límites de la neurosis y psicosis. En tanto que habría estructuras sólidas y definitivas como es la psicótica y la neurótica, y otras “estructuras intermedias o a-estructuras” que incluirían disposiciones más estables como las perversiones y la patología caracterial (Pereña, 2009).

Aunque siguen existiendo dificultades a la hora de conceptualizar y clasificar este tipo de pacientes, los rasgos que se van describiendo en estos cuadros son: fragilidad del yo, el predominio de los impulsos pulsionales desintegradores, vacío interior (por lo que se pide a la realidad exterior que lo supla), el bloqueo ocasional, afectos inapropiados, dispersión de la atención y del pensamientos, significaciones paranoides y a veces trastorno del lenguaje (Pereña, 2009).

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. PRIMERA ENTREVISTA.

Aproximadamente hace tres años, acudía a nuestras consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil, una chica de catorce años de edad, acompañada de su madre, con un parte de Interconsultas que indicaba: paciente que sufrió intento de violación. Está nerviosa y con ansiedad. Ruego estudio y valoración. Junto con el parte, se adjunta una copia de una nota remitida por los responsables del

instituto donde estudia María, donde describen que: La alumna María, desde el inicio del presente curso la alumna ha venido presentando problemas de adaptación, de relación y de conducta que han derivado en situaciones de extrema gravedad para la propia niña y el entorno familiar entre los cuales se incluyen las autolesiones.

Durante la primera entrevista la paciente relata que el motivo de consulta se debe a que hace un año, un familiar muy cercano, intentó abusar sexualmente de ella, aunque sin llegar al acto. Nunca lo comentó a sus familia. María refiere que estando en clase, comenzó a recordar todo lo ocurrido y al no soportar más la idea, intentó arrojar por una ventana. Dice que lleva días sintiéndose ansiosa y que se ha autolesionado para calmar la ansiedad. La madre comenta que la nota “rara” desde hace 2 meses, que está teniendo muchos problemas con los compañeros del instituto y que por las noches duerme mal, se despierta sobresaltada y llorando. La madre describe, al menos, dos intentos de defenestración y cortes superficiales en antebrazos con finalidad ansiolítica. La paciente pone esto en relación con la angustia que le genera recordar lo ocurrido con este familiar.

Al preguntar por la historia familiar, la madre de María explica que provienen de un país de Latinoamérica. Ella vino a España por cuestiones económicas junto con sus otros tres hijos mayores, y con María, que por entonces tenía dos años de edad. Explica que sus cuatro hijos son del mismo padre, y que se divorció de éste antes de venir a España, teniendo poco contacto con él. Comenta que no le volvieron a ver puesto que falleció de cáncer cuando la paciente contaba con ocho años de edad.

La paciente actualmente vive con su madre, la pareja de ésta (con el que tienen una hija en común), dos de sus tres hermanos mayores. Refiere tener buena relación con toda su familia. No refieren contacto previo con Salud Mental ni antecedentes familiares al respecto.

En el contexto escolar, la paciente cursa 1º de la ESO, con un muy mal rendimiento académico. Su madre relata numerosos conflictos con sus profesores (falta de respeto) y con los compañeros (la acusan de promiscua). Reconoce que no le gusta estudiar y que quiere dedicarse, como su madre, al comercio.

En la exploración psicopatológica, la paciente se encuentra consciente y orientada, abordable y colaboradora. Llama la atención, que en gran parte de la entrevista hace alusiones a “la visión de espíritus”, tales

como la figura de su padre biológico, muerto cuando ella tenía 8 años, y “una niña vestida de negro”. No impresionan alteraciones sensorio-perceptivas, ya que el juicio de realidad está conservado en todo momento. No se evidencia ideación delirante. Refiere cierta ansiedad, aunque no manifiesta. Se observa cierta hipotimia reactiva a situación vital actual. Impresiona cierto grado de disociación respecto de la gravedad de los hechos que ha protagonizado. Reconoce consumo de OH y tabaco “para olvidarme de todo”. No se descarta el consumo de otras sustancias psicoactivas.

El juicio clínico presuntivo sería a un “probable diagnóstico de trastorno de personalidad límite a filiar”, teniendo en cuenta que la paciente no tiene 18 años y es conveniente tener en cuenta la evolución del cuadro.

Durante la entrevista se evidencia que la menor pasa gran parte del tiempo sola en casa, con escasa supervisión de adultos responsables (la madre y la pareja de la madre al que llama “padre” regentan un comercio). El instituto también ha dado cuenta del caso a los Servicios Sociales correspondientes.

Se plantean sesiones de psicoterapia individual tanto en Psicología como en Psiquiatría junto con intervenciones familiares. La paciente y su madre, conformes con esto.

GÉNESIS DE LOS ESTADOS LÍMITES. ORGANIZACIÓN LÍMITE

Según Jean Bergeret, en su libro “La Personalidad normal y patológica”, en el caso de los “estados límites” encontramos un “Yo” que ha superado sin excesivas frustraciones y sin fijaciones demasiado importantes los primeros momentos iniciales, por lo que ese Yo continuará sin grandes tropiezos hacia el Edipo. Es en el momento del inicio del Edipo, en la mayoría de los casos, cuando esta situación relacional triangular y genital no puede ser abordada en condiciones normales; el sujeto vive un contexto de una frustración muy viva, como riesgo de pérdida del objeto; esto es lo que llamaríamos el “traumatismo psíquico precoz”. “Tal traumatismo debe comprenderse en el sentido afectivo del término: corresponde ante todo a una intensa emoción pulsional, que sobreviene en un estado muy deficientemente organizado y poco maduro en cuanto a sus defensas, sus adaptaciones y a su equipamiento psíquico en general”. Este primer traumatismo afectivo o “traumatismo precoz” desempeñará el rol de primer desorganizador de

la evolución del sujeto. Su efecto inmediato será el de detener la ulterior evolución libidinal del sujeto.

En el caso de María, si revisáramos su biografía con atención, recordáramos que su madre se separa de su marido cuando ésta tenía dos años de edad, y deja su país de origen para venir a España, ella sola con sus 3 hijos. Esto nos haría pensar qué quizás esta madre no estaría en condiciones psíquicas para sostener y darle todas las atenciones afectivas que necesitó la paciente en ese momento. Por otro lado, además, recordemos que la paciente en las primeras entrevistas habla con gran dolor de la pérdida de su padre, del cual siente que no se pudo despedir, y culpa a la madre de ello. Quizás, podríamos pensar que esa “niña que viste de negro” que ve en ocasiones y que sueña con ella podría ser una proyección de ella misma vestida de luto ante la muerte de su padre.

Ya Stern, en 1945, refirió que estas personas con esta patología, “su narcisismo está mal establecido y se mantiene frágil”. Bergeret, confirma esta idea afirmando que los estados límites se trata ante todo “una enfermedad del narcisismo”. “Una vez superado el peligro de la psicogénesis del tipo psicótico, el Yo no ha podido, sin embargo, llegar a una psicogénesis del tipo neurótico; la relación de objeto ha permanecido centrada sobre la dependencia anaclítica del otro; el peligro inmediato contra el cual luchan todas las variedades de estados límites es ante todo la depresión”. La paciente en una sesión verbaliza, “he tenido otro ataque de depresión y me corté un poco en las muñecas”. No puede explicar por qué hace esto, dice ponerse muy triste cuando piensa en su padre fallecido a raíz de un cáncer “me siento culpable de que haya muerto”.

Otro experto en la materia, Otto Kernberg (1967), ha insistido en que los pacientes con personalidad límite, han mantenido “dos sectores operacionales del Yo, uno que se mantiene en el marco de una clásica adaptación a los datos de la realidad exterior, y otro que funciona de un modo mucho más autónomo en relación con la realidad, y esencialmente fijado en las necesidades narcisistas internas, en el anaclitismo tranquilizador” (...) “Todo el problema económico de la organización límite se verificará en las relaciones entre esos dos sistemas, adaptativos y defensivos a la vez, que permiten al Yo una cierta seguridad y una cierta movilidad pero que nunca constituyen una estructura

verdaderamente sólida; el sujeto seguiría dependiendo de manera demasiado masiva de las variaciones de la realidad exterior y de las posiciones de los objetos, así como de su distancia respecto de sí mismo. Todas las organizaciones límites, constituyen estados indecisos del Yo, que todavía no se hallan realmente estructurados de manera formal y definitiva. Esos estados se limitan, como hemos visto más arriba, a ser “acondicionados”, y en general, de manera bastante eficiente. Bajo su aspecto global, las defensas empleadas por un Yo semejante no son demasiado fijas, ni demasiado sólidas, ni demasiado especificadas, ni demasiado intercambiables. Conservan un cierto grado de fluctuación, pero infortunadamente pagan esta posibilidad con un detrimento de su fuerza.” (...) “Las organizaciones límites no resisten las frustraciones actuales que despiertan las antiguas frustraciones infantiles significativas; estos sujetos, que a menudo dan la impresión de estar “en carne viva” por su grado de sensibilidad, utilizan fácilmente rasgos de carácter paranoico para tratar de asustar a quien podría frustrarlos”. (Bergeret, 1974, 189-191).

Como hemos mencionado anteriormente, se ha considerado que uno de los rasgos propios de la organización límite consiste en las relaciones de objeto de tipo anaclítico que establece con su entorno. Es decir, “se apoya sobre el interlocutor, ya sea en espera pasiva y mendigando satisfacciones positivas, o bien en manipulaciones mucho más agresivas, evidentes o no, de esa pareja indispensable. La relación de objeto anaclítica constituye una relación de gran dependencia que sigue viviéndose y jugándose de a dos, pero de manera muy diferente a la partida fusional del psicótico con su madre. Para el anaclítico se trata de ser amado y ayudado tanto por uno como por otro de los integrantes de la pareja paterna.

EVOLUCIÓN DEL EN LOS PRIMEROS MESES DEL TRATAMIENTO Y ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO AL CASO

Debido a la gravedad y complejidad del caso, desde el inicio del tratamiento, sentimos que es imprescindible coordinarnos con servicios intrahospitalarios y extrahospitalarios que atienden la problemática de salud, al igual que con dispositivos sociales y de la red educativa. Además pensamos en la necesidad de prestar atención a las interacciones familiares, relaciones con otros adultos

y con sus iguales de su entorno.

- Inicio del tratamiento: a los pocos meses del inicio del tratamiento, se reiteran graves episodios de intentos autolíticos, muchos de los cuales terminan acudiendo la paciente y su familia al Servicio de Urgencias del Hospital. Llama la atención que durante las entrevistas posteriores a estos hechos, la paciente se muestra hipertímica, con sonrisas inmotivadas, en un estado de disociación.

- A lo largo que iban transcurriendo las entrevistas, María fue manteniendo el mismo patrón de conductas de tipo impulsivo, desafiante hacia la autoridad, ignorando las consecuencias de sus actos y reiterando las autolesiones que ocultaba activamente a su familia.

- Además, mantiene siempre un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, tendiendo a relacionarse con personas en riesgo de exclusión social o que muestran conductas abiertamente antisociales (parejas, amigos, etc.).

- Desde el instituto describen reiteradas actitudes de cierta desinhibición sexual (vestimenta, insinuaciones, etc.) lo que le ha generado el rechazo de gran parte de sus compañeros.

Durante este tiempo, varios graves episodios marcan la biografía de la menor:

- Ocho meses después del inicio del tratamiento: en una sesión, la paciente refiere encontrarse bien, aunque su madre rápidamente la rectifica y explica un suceso acontecido en el instituto. La madre de la paciente explica que a raíz de que unos compañeros que insultaran a María, ésta se llevó un arma blanca al instituto con la intención de darle “una lección” a su compañero. Habla de matar a su compañero, pero luego dice estar arrepentida de lo que hizo.

María es consciente de sus actos y dice saber que está mal lo que ha hecho. Presenta una baja tolerancia al fracaso con marcada tendencia al acting out. Debido a ello el instituto solicita que María reciba clases en casa dada la casi imposibilidad de que siga acudiendo al instituto por sus constantes disconductas.

- Un año después del inicio del tratamiento: Otro grave episodio marcará la dirección de la terapia de la paciente. A raíz de una fuerte discusión que mantenía con un amigo, María se arroja por la

ventana del patio de luces donde se encontraba con su amigo y sufre graves politraumatismos, quedando ingresada en el Hospital de referencia de la zona. Dada la gravedad de los hechos y la falta de una adecuada supervisión de la menor, proponemos la derivación a la Unidad de Media Estancia para adolescentes, centro concertado con la Comunidad Autónoma durante 6 meses para luego valorar el ingreso en un Hospital de Día. Tanto la paciente como su familia están de acuerdo con esta medida, la madre refiere que le parece una buena idea "para que le ayuden a estar mejor". María hace crítica relativa de lo sucedido, minimizando las consecuencias de sus actos.

- Seis meses después, la paciente que ha seguido su tratamiento ambulatorio a la espera de tener una plaza en este recurso, y ante el inminente ingreso, tanto la paciente como su madre, se oponen a esta medida. Alegan que "está mejor, no es como antes" y solicitan cancelar la solicitud del ingreso a este dispositivo. Parte de esta estabilidad refieren que se debe a la nueva pareja con la que llevan tres meses de relación y la supervisión más continuada por parte de sus familiares. Empieza a ser llamativo que esta pareja empieza a acompañarla a todas las consultas. Los profesores que acuden a su domicilio nos comentan que su pareja se encuentra siempre en su casa, incluso cuando están dando las clases su pareja permanece a su lado.

Francisco Pereña (2009), refirió que "relación con los otros se hace confusa por no responder a una elección amorosa sino a un uso maníaco o a una inhibición temerosa que evita tomar al otro como objeto de deseo". Esta confusión es correlativa a la falta de límite interno, que es el que pergeña el deseo en el mundo de los impulsos pulsionales, y que se fragua con la experiencia subjetiva del anhelo, la decepción, el encuentro, las pérdidas y los diversos avatares sensitivos, afectivos y morales, tales como la demanda, el amor, el rechazo, el temor, la angustia y la culpa".

A medida que pasa los meses, la paciente en líneas generales, refiere encontrarse mejor de estado de ánimo, menos sintomatología ansiosa, menos conductas auto y heteroagresivas (no ha vuelto a realizarse cortes en los brazos), no verbaliza tener visiones, y en las consultas su discurso parece más apaciguado. Ella refiere que desde que está con su pareja tiene "mucha paz, y me

da mucha tranquilidad", "yo he cambiado mucho desde que estoy con él". Su pareja, se trata de un chico que tiene antecedentes personales en Salud Mental y entre otras dificultades, ha tenido muchos conflictos con sus compañeros en el Instituto, abandonando el año pasado los estudios y ayudando actualmente en el trabajo de la familia. Helene Deutsch en 1945, nos presenta la imagen del "compañero", que traduce la necesidad de dependencia del objeto, la necesidad vital de su proximidad. Nos hallamos aquí muy cerca de la clásica relación de objeto de tipo contrafóbico, que es lo que parece que hayamos en la relación de su pareja actual.

La paciente continuará acudiendo a sus consultas de Psiquiatría y de Psicología, refiriendo encontrarse estable en todo momento.

Dos años después de inicio de tratamiento. Nos enteramos de forma indirecta, que María está embarazada de 35 semanas. La madre nos comenta que ella hasta hace muy poco no lo sabía, ya que María ha tratado de ocultarlo a toda su familia. Tanto la paciente como el feto se encuentran bien de salud, a pesar de que no se había hecho ninguna revisión ginecológica hasta el momento.

Última sesión: La última sesión que se tiene de la paciente por el momento, es tras haber dado a luz recientemente. María aparece en consulta muy contenta y conversadora, dice estar muy bien tanto ella como su hijo que aún no ha cumplido un mes de vida. Comenta que ella quería tener un hijo y que se lo ocultó a sus padres porque sabía que sino la iban a obligar a interrumpir el embarazo. Dice que el niño está muy bien pero que el parto fue complicado. No plantea ninguna demanda ni ninguna preocupación en la consulta, más allá de las propias del cuidado de un recién nacido. Dice tener buen apoyo por parte de su pareja y de la familia tanto de él como de la suya propia. Actualmente vive con sus padres, su pareja y su hijo, y se encuentra muy contenta con la situación. Con respecto a su hijo dice estar muy ilusionada, comenta muy sonriente. En esta última sesión, con respecto al cuidado de su hijo comenta que "su hijo siempre quiere estar con ella", "quiere estar en sus brazos en todo momento, y en cuanto lo deja en la cuna llora, por lo que siempre está con ella", "duerme con ella en su cama porque sino llora y en cuanto no me siente se pone otra vez a llorar". Llama la atención la dependencia que dice la paciente que tiene su hijo de ella.

A lo largo de las sesiones, María ha ido evolucionando favorablemente, y pareciera que la sintomatología de la

paciente ha ido disminuyendo, encontrando una mayor estabilidad en su psicopatología. Según refería Bergeret (1974), parece que María ha tenido “un acondicionamiento imperfecto de su personalidad”, a través de una relación de dependencia anaclítica con los otros, primero con su pareja y luego en la busca incesante de tener un hijo.

CONCLUSIONES

A lo largo del tratamiento, María, ha tenido una evolución favorable, teniendo una mejora en la sintomatología ansioso-depresiva, realizando menos acting-out, y pudiendo realizar una vida más normalizada, con proyectos de futuro. Sin embargo, esta disminución en su sintomatología no implicaría un cambio en su estructura sino un acondicionamiento particular que implicaría soluciones más estables y más duraderas.

La especificidad de la adolescencia exige replantear la técnica, pero también permite una comprensión nueva y abre nuevas vías teóricas y prácticas. Los obstáculos que encontramos, por un lado son los habituales al proceso, matizada por razones de la etapa las propias en cualquier proceso terapéutico en el adolescente, Además, en pacientes con graves pasos al acto, disociaciones, van a plantear importante problemas, que apuntarán a la necesidad de investigar y esclarecer una patología estructural más grave, así como implicarán la protección de los límites del encuadre y un trabajo de integración más

laborioso. En los casos de mayor severidad de patología del actuar y donde las manifestaciones comportamentales alcanzan una intensidad disruptiva importante exigirá la intervención institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergeret, J.(1974). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa.
- Deutsch, H. (1945). Some forms of emotional disturbance and their relationship tu schizophrenia, *Yearbook of Psychoanalysis*, 1, 121-136.
- Grunberger, B. (1958). *Preliminaire a une etude topique du narcissisme*, *R.F.P.*, 22, 269-296.
- Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 33/34, 59-91.
- Knight, R.: *Bordelines states. Psychoanal. Psychiat. And Psychol*. N.Y. Internat. U. Press, 97-108.
- Pereña, F. (2009). Denegación y límites. Acerca de los llamados trastornos límites, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29, 7-33.
- Stern, A. (1938): Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q*, 7, 467-489.